研　　究

高機能広汎性発達障害幼児とその親へのペアレントトレーニングによる効果の検討

津田　芳見[1]，田中　美沙[2]，高原　光恵[3]，橋本　俊顕[4]

〔論文要旨〕

高機能広汎性発達障害のある就学前幼児の母親に認知介入したペアレントトレーニングを実施し，児と親への効果について4種類のスケールを用いて検討した。親の育児ストレスは前後で有意に低下し，養育知識，自己効力感は有意に上昇しフォロー時まで持続した。子どもは総得点，内向尺度，外向尺度，社会性の問題，思考の問題，注意の問題などで，前後で有意に減少し，フォロー時まで持続した。親の育児ストレスと育児効力感は負の相関を示し，育児効力感と子どもの行動上の問題点の減少は正の相関を示し，早期からのペアレントトレーニングによる介入は親子両方に効果があることがわかった。

Key words：高機能広汎性発達障害，就学前幼児，ペアレントトレーニング，CBCL

I．目　　的

高機能広汎性発達障害（以下 HFPDD：High Functioning Pervasive Developmental Disorders）は，DSM-Ⅳ-TR によると，知的障害を伴わない広汎性発達障害，すなわち自閉性障害および特定不能の自閉性障害，アスペルガー障害などの発達障害のグループ名である[1]。社会性の質的偏り，コミュニケーションの質的偏り，行動・興味・活動における常同性などの発達の3領域の障害が，乳幼児期から存在し生涯続くとされている。また，本格的な集団生活である学校生活の中で，友だち関係のトラブルや集団行動が取れない，パニックを起こすなどの行動上の問題が発生しやすいとされている。

近年，HFPDD についても，幼児期に発見診断されることが多くなっている。その親に対して，早期から支援していくことは，子どもへの介入と同様に重要である。HFPDD については，知的な遅れが目立たないため，親がその障害特性を適確に理解することは，容易なことではない。母親は，乳幼児期より相互的対人関係の偏りや，こだわりの強さなどで独特の育てにくさを感じており，定型発達児の母親に比べて不安や負担感が高いのであるが，同時に期待感も高いという，構造自体が異なるストレスを有していたとの報告もある[2]。特に幼児期は，就園などでゆるやかな集団生活を経験し，認知行動上の問題が顕在化してくる時期である。また就学に向けての準備の時期としても介入支援のために重要と考えられる。そこで，われわれは就学前の HFPDD 児の親を対象に，早期介入支援としてペアレントトレーニング「お母さんの勉強室」（以

The Effects of Parent Training for the Parents Having Preschool Children with High Functioning Pervasive Developmental Disorders
Yoshimi Tsuda, Misa Tanaka, Mitue Takahara, Toshiaki Hashimoto
1）鳴門教育大学大学院特別支援専攻（小児科医師）
2）京都市立北総合支援学校（教師）
3）鳴門教育大学大学院特別支援専攻（研究職）
4）徳島赤十字ひのみね総合療育センター（小児科医師）
別刷請求先：津田芳見　鳴門教育大学大学院学校教育研究科　〒772-8502 徳島県鳴門市鳴門町高島字中島748
Tel/Fax：088-687-6313

〔2249〕
受付 10. 6.28
採用 11. 9.20

Presented by Medical*Online

下勉強室）を実施した。

障害を持つ子どもへの対応スキルを伝える親支援のひとつとしてペアレントトレーニングがあげられる。日本においては，自閉症や精神発達遅滞のある子どものために開発された肥前方式訓練，AD/HD 児を対象として開発された国立精神神経センター精研方式，同じく奈良県立医科大学で開発された奈良方式があるが，知的障害を伴う自閉症や AD/HD を主たる対象としていることが多い[3~5]。また就学後の小児を対象としている研究が多く，就学前の HFPDD 児を対象とした研究は報告が少ない。本研究の目的は就学前の HFPDD 児とその親を対象とし，母親の育児ストレスへの影響，育児効力感の変化，障害への知識の変化について検討するとともに，児の認知行動発達上の変化についても，「勉強室」プログラムの効果を検討することである。

Ⅱ．方　　法

1．対　象

T 大学病院小児科外来受診中で HFPDD と診断された男児８名（平均年齢５歳６か月：３歳８か月～６歳７か月）とその母親でペアレントトレーニングに参加した８名（年齢29歳～45歳）を対象とした。診断に関しては，WISC Ⅲまたは WIPPSI で知能検査を実施し，小児神経専門医と経験を積んだ小児科医が DSM-Ⅳ-TR に基づき協議し判断した。全員が保育所または幼稚園などに在籍しており，集団生活を経験していた。

2．調査時期・場所

実施時期は，2007年１月から2008年12月で，第１組（参加者Ｐ１～３）は2007年１月から３月，第２組（参加者Ｐ４～６）は2008年５月から７月，第３組（参加者Ｐ７～８）は2008年10月から12月であった。それぞれペアレントトレーニングを行い，６か月後にフォローアップを行った。ペアレントトレーニングの前後とフォローアップ時に調査した。場所はＴ大学病院小児科外来の１部屋を使用した。

3．方　法

スタッフは，講義と演習サポートを行う２名のトレーナーとスーパーバイザーとして１名の小児科医師の計３名であった。

プログラムは，表１に示すように１回／１～２週の

表１　ペアレントトレーニングプログラム

回	講　義	演　習	ホームワーク
1	オリエンテーション 発達障害の基礎知識	子どもの行動特性について話し合う	行動観察シート
2	行動を3種類に分ける	指導目標を考える	行動観察シート
3	良い行動へ注目する ほめ方ロールプレイ	指導目標を考える	ほめ方ワークシート 行動観察シート
4	できない時の手助け	指導計画を決める	指導記録用紙
5	効果的な指示の出し方 指示のロールプレイ	指導計画の見直し	指導記録用紙
6	困った行動を減らすには 無視のロールプレイ	指導を振り返る トークン表について	無視ワークシート トークン（仮スタート）表
7	制限を設ける 警告のロールプレイ	トークン表作り	トークン表作り
8	勉強会の振り返り 修了式		

フォローアップ６か月後

ペースで全８回実施した。各回は前半１時間の講義，間に15分程度の休憩を設け，後半45分を演習とした。

内容は，岩坂らが行っているペアレントトレーニングを基に，自閉症の特性を踏まえた支援方法についての講義と，ロールプレイ，家庭で行うための演習を取り入れ HFPDD 児を対象としたプログラムを作成した[6,7]。HFPDD 児は，知的に遅れがないため，親にとってもわが子の障害を理解しにくいことを考慮し，第１回目に HFPDD の障害特性についての講義を行い，それぞれの特性を十分に理解してから具体的な対応スキルを習得できるようにプログラムを構成した。

勉強室修了６か月後の経過観察としてフォローアップ教室を行った。フォローアップ教室では，修了後の児の状況などの報告を参加者が発表し，必要に応じてスーパーバイザーがコンサルティングを行い，互いにピアカウンセリング的な情報交換を行い，経過観察した。

4．調査方法

ⅰ．母親に関する評価

母親に関する評価として，３種類の質問紙を用いた。

a）Parenting Stress-Short Form（以下，PS-SF）[8]

母親の育児ストレスの変化の評価のために，PSI（Parenting Stress Index）育児ストレスインデックス簡略版（PS-SF）を用いた。PS-SF は，子どもの特徴に関するストレス９項目，肯定的な２項目を含む親

Presented by Medical*Online

自身に関するストレス10項目からなり，回答は「まったくそのとおり」から「まったく違う」まで5件法で5点〜1点で回答し，得点の範囲は15点〜95点で，得点が高いほど育児ストレスが高いと捉えることができる。

b）Parental Self-Agency Measure日本語版（以下，PSAM）[9]

母親の育児自己効力感の変化を評価するために，PSAMを用いた。PSAMは育児領域における自己効力感を測定する。8項目の質問に「あてはまる」から「あてはまらない」までの5件法で，5点〜1点で得点化し，得点の範囲は8点〜40点で得点が高いほど育児効力感が高いと捉えることができる。

c）KBPAC（Knowledge of Behavior Principles as Applied to Children）簡略版（以下，KBPAC）[10,11]

母親の養育知識の変化を評価するために，KBPAC簡略版のうち項目6と項目14を除いた23項目を用いた。この質問は子どもの仮定的な行動に対して4つの選択肢が示され，最適なものを選択する形式である。選択肢には行動変容の原理に基づいた正解が1つ含まれており，回答が正解の場合を1点とし，最高23点として評価した。

ii．子どもに関する評価

Child Behavior Checklist（以下，CBCL）[12]

子どもの情緒と問題行動の変化を評価するために，親評価によるCBCLを用いた。CBCLは118項目からなり，「0＝当てはまらない」，「1＝ややあてはまる」，「2＝よくあてはまる」の3件法で得点化した。項目は8つの下位尺度（Iひきこもり，II身体的訴え，III不安／抑うつ，IV社会性の問題，V思考の問題，VI注意の問題，VII攻撃的行動，VIII非行的行動）と2つの上位尺度（内向尺度；I〜III，外向尺度；VII，VIII）から構成されている。また，それぞれのT得点によって臨床域・境界域・正常域の3つの領域に評価することができる。下位尺度では，70点以上を臨床域，67点〜70点を境界域，66点以下を正常域とし，上位尺度では，同様に64点以上，60点〜63点，59点以下とし，子どもの能力，適応状況，および問題について幅広く理解することが可能である。

5．分析方法

統計分析は，SPSS16.0 J forWindowsを使用した。データの解析は，対応のあるt検定，ピアソンの相関係数を用いて行った。有意水準は0.05とし，検定は両側で行った。

6．倫理的配慮

対象となる母親には，調査の目的，個人情報の保護，情報は研究以外には使用しないこと，情報は統計的処理を行い個人が特定されることがないこと，不都合が生じた場合いつでも協力の継続を拒否でき，そのことにより不利な扱いを受けることがないことについて，説明し同意書に署名を得た。

調査に使用した質問紙について，PS-SF，CBCLは市販品を購入した。KBPACについては，著者の許可を得，PSAMについては，文献を明記した。

III．結　　果

勉強会に参加した対象者8名の勉強会，フォローアップへの出席率は91.3％と良好で，1回程度の欠席はあっても全員全過程を熱心に修了した。

1．対象について

参加時年齢，全知能指数FIQ（言語性知能指数VIQ，動作性知能指数PIQ），診断名の順に表2に示した。知能指数は，すべて70以上であり，知的障害は伴わなかった。7名は100以上であり，そのうち3名は120以上の優秀知能であった。VIQとPIQで有意差のある乖離が，C1，C2，C3，C6で認められた[13,14]。併存障害は特に認められず，服薬治療中の者はなかった。

2．母親に関する評価

i．PS-SF

PS-SF得点による母親の育児ストレスの評価の変化は表3に示すように開始時50.8±6.8，修了時44.9±6.5であり，有意差を認めた（$t=2.45$，$p<0.05$）。

表2　知能検査結果

母親		子ども			
	年齢		年齢	FIQ（VIQ，PIQ）	診　断
P1	39	C1	5：3	107（VIQ＝114，PIQ＝97）	PDD疑い
P2	35	C2	6：7	140（VIQ＝152，PIQ＝118）	Asp
P3	36	C3	6：6	129（VIQ＝134，PIQ＝117）	Asp
P4	36	C4	5：3	82（VIQ＝86，PIQ＝86）	Asp
P5	35	C5	5：3	101（VIQ＝104，PIQ＝97）	PDDNOS
P6	45	C6	6：5	120（VIQ＝110，PIQ＝127）	Asp
P7	29	C7	3：8	116（VIQ＝110，PIQ＝106）	Asp
P8	35	C8	5：4	109（VIQ＝110，PIQ＝106）	Asp

Presented by Medical*Online

表3　母親における PS-SF，PSAM，KBPAC 得点の変化

	PS-SF		PSAM		KBPAC	
時期	N	平均得点±SD	N	平均得点±SD	N	平均得点±SD
開始時	8	50.8±6.8 ┐*	8	24.1±4.1 ┐*	5	9.8±1.7 ┐*
修了時	8	44.9±6.5 ┘	8	26.3±3.2 ┘	5	15.8±3.0 ┘
フォロー時	8	45.9±8.7	8	25.8±4.8	5	16.8±2.4

*：p＜0.05

フォローアップ時は有意差を認めなかった（t＝0.00，n.s)。

ⅱ．PSAM

PSAM 得点による母親の育児効力感の変化は**表3**に示すように勉強室開始前24.1±4.1，勉強室修了時26.3±3.2であり，有意差を認めた（t＝3.33，p＜0.05)。フォローアップ時は有意差を認めなかった（t＝0.41，n.s)。

ⅲ．KBPAC 簡略版

回答の得られた5名について分析した。KBPAC 簡略版得点による母親の行動変容に関する養育知識の変化は**表3**に示すように開始前9.8±1.7，修了時15.8±3.0と上昇し，有意差を認めた（t＝3.52，p＜0.05)。フォローアップ時は有意差を認めなかった（t＝0.23，n.s)。

3．子どもに関する評価

CBCL

勉強室開始時における子どもの情緒と問題行動の評価は**表4**に示すように，CBCL 上位尺度の内向尺度平均値は62.0±14.9，外交尺度平均値62.4±8.6といずれも境界域にあり，下位尺度の「社会性の問題」も，平均値が68.4±13.1と境界域であった。

CBCL 総得点は，開始前65.6±11.5，修了時59.5±10.1であり，有意差を認めた（t＝4.14，p＜0.01)。

内向尺度も前後で，有意差を認め（t＝4.40，p＜0.01)，その下位尺度の「ひきこもり」，「不安抑うつ」についても前後で有意差を認めた（t＝2.66，p＜0.05，t＝3.17，p＜0.05)。「身体的訴え」には前後で有意差は認めなかった（t＝1.52，n.s.)。

外向尺度も，前後で有意差を認めた（t＝2.43，p

表4　子どもにおける CBCL 得点の変化

CBCL 尺度	開始時	修了時	フォロー時
N	8	8	8
総得点	65.6±11.5**	59.5±10.1	58.9±11.4
内向尺度	62.0±14.9*	54.4±11.5	56.0±12.5
ひきこもり	62.6±11.5*	56.5± 9.4	58.9± 9.5
身体的訴え	53.8± 8.8	52.4± 6.7	52.5± 5.3
不安抑うつ	63.0±14.0*	57.8±11.2	57.9±11.7
外向尺度	62.4± 8.6*	58.3± 8.6	57.3± 9.0
非行的行動	59.6± 5.1	56.1± 6.2	55.3± 5.7
攻撃的行動	62.3± 9.5	58.3± 8.6	57.8± 9.0
社会性の問題	68.4±13.1**	61.0±12.5	59.1± 9.1
思考の問題	63.3±11.5*	56.4± 8.3	57.6±10.6
注意の問題	65.9± 7.2*	61.0± 6.7	59.1± 7.9

** p＜0.01　* p＜0.05

Presented by Medical*Online

<0.05）が，その下位尺度である「非行的行動」，「攻撃的行動」についてはどちらも前後で得点の減少は認めたが，有意差は認めなかった（$t=2.01$，n.s.，$t=2.37$，n.s.）。

その他の下位尺度については「社会性の問題」，「思考の問題」，「注意の問題」すべてにおいて前後で有意差が認められた（$t=3.87$，$p<0.01$，$t=3.30$，$p<0.05$，$t=2.55$，$p<0.05$）。

修了時とフォローアップ時においては，すべての項目で有意差は認められなかった。

4．母親 PS-SF，PSAM，KBPAC 簡略版と子ども CBCL の相関

表5に示すように母親の育児ストレス，育児効力感，養育知識と子どもの問題行動との関係をみるためにペアレントトレーニング修了時の PS-SF，PSAM，KBPAC 簡略版と CBCL 総得点，内向尺度点，外向尺度点との間で，ピアソンの相関係数を算出した。PS-SF と PSAM の間に－0.63で負の相関が見られ，PS-SF と CBCL 内向尺度，および CBCL 総得点との間に0.67，0.67で正の相関を認めた。

Ⅳ．考　　察

1．対象について

対象児8名中7名は知能指数が100以上であり，知的には優秀な子どもが多かった。しかし，半数で VIQ と PIQ に有意な乖離を認め，認知の偏りが大きいことがうかがわれた。津田らは，言語性知能指数の高い群が，ハイリスクな行動様式が多く，悩みや問題行動が高い傾向にあること，優秀知能群へも社会性の発達支援が重要であることを報告した[15]。

参加時の対象児の CBCL は，総得点，内向尺度，外向尺度，下位尺度の「社会性の問題」において境界域値を示していた。このことから母親は，集団生活においてわが子が持つさまざまな困難さを感じていることが示唆された。これらの認知行動上の問題は，HFPDD 児の障害特性である対人関係や集団生活への適応に問題を生じやすいことを示し，二次的に抑うつなどの情緒的問題をも生じ始めていることがうかがわれた。

表5　母親の PS-SF，PSAM，KBPAC 簡略版得点と子どもの CBCL 得点の相関

	PSAM	KBPAC簡	CBCL内向	CBCL外向	CBCL総得点
PS-SF	－0.63*	－0.13	0.67*	0.54	0.67*
PSAM		－0.37	－0.34	－0.02	－0.16
KBPAC簡			0.15	0.18	－0.09

*$p<0.05$

2．母親に対する効果：PS-SF，KBPAC 簡略版，PSAM

育児ストレスについては前後で有意に低下し，養育知識，育児自己効力感については，有意に高くなった。そして，いずれもフォローアップ時まで維持された。また，母親の育児ストレスと育児自己効力感は負の相関を示した。

勉強室では，HFPDD の障害特性や対処方法などの知識を得，その後わが子の特性に応じた対応について演習やホームワークで実践・発表し，参加者間でピアカウンセリング的な情報交換とスーパーバイズが行われた。

刀根は，育児ストレスは，子どもの行動特徴に由来することが多いため，特性に応じた対応スキルを伝える必要性があると報告した[16]。また，川上らは，従来の子育ては障害特性のある児にはミスマッチを生じるため，親に対して認知的枠組みの修正を行うことが必要であると報告した[17]。

本研究の結果より，プログラムが参加者にピアカウンセリング的なサポート効果を与え，認知的枠組みの修正が進んだこと，行動特性に応じた効果的な養育技術を身につけていったことが考えられた。また，障害特性の理解が高まり，具体的な対応スキルの学習と実践の結果，親としての育児自己効力感が高くなり，反対に育児ストレスは減少したことが示唆された。

3．子どもへの効果：CBCL による子どもの行動評価

表3に示すように CBCL の総得点が下がったことから，勉強会が子どもの行動変化に良い影響を及ぼしていることが示唆された。内向尺度得点が減少したことから，母親の対応が変わることにより，子どもの不安や抑うつなどの情緒的な問題を減少させる効果があると考えられる。外向尺度得点においても有意に減少したことは，母親の育児ストレスの軽減に有効であったと考えられる。

下位尺度「社会性の問題」，「思考の問題」，「注意の問題」はいずれも，集団生活への適応，対人関係，学習などにおいて影響が大きい項目である。すべてにお

Presented by Medical*Online

いて前後で有意差を認め，子どもの認知行動への改善的な変化が見られ，それがフォローアップ時まで持続したことを示している。

早期介入支援のためには，児本人に療育等を実施するとともに，母親に障害の理解を促し，障害の特性を踏まえた養育技術を学べるように支援することが重要と考えられる。

4．母親 PS-SF，PSAM，KBPAC 簡略版と子ども CBCL の相関

母親の育児ストレスと子ども CBCL の総得点および内向尺度が正の相関を示したことは，子どもの行動上の問題点が，「ひきこもり」，「不安抑うつ」など内向的な問題を中心に改善したことと親の育児ストレスの低下には，相関があることが明らかとなった。この勉強室は，親子双方に改善的な効果を生じさせることが示唆された。

渡邊らは HFPDD 児の親は不安感，負担感が高いとともに期待感も高く定型発達児の親に比べてストレスの構造自体が異なる不安定な心理状態であると報告し，早期に親子へのサポートが開始されることが親のストレスの軽減に影響を与えることが示唆されるとした[2)]。本研究の結果からも，このプログラムにより子どもの認知行動が効果的に変化し，親のストレスが減じ，より適切な対応ができるという好循環が生じたと考えられる。

V．結　語

ペアレントトレーニング「お母さんの勉強室」を高機能広汎性発達障害幼児の親を対象に，母親への早期支援を目的として実施した。

母親への効果としては，子どもの特性を理解し，それに応じた対応スキルを身につけ実践し，実際に子どもの行動変化が見られたことにより，母親の育児効力感を高め，育児ストレスを減少させたことである。

子どもへは，情緒的な問題や「社会性の問題」など障害の中核的な問題を減少させる効果があると考えられた。

HFPDD はその障害特性のために，従来の子育てでは，ミスマッチを生じることが多い。そのため，親に対してこうしたプログラムで認知的枠組みの修正を幼児期から行うことが重要であると考える。HFPDD については，早期から，子どもだけでなく，特に親への介入支援の必要性が示唆された。

付　記

本研究の内容は，平成21年10月第56回日本小児保健学会において発表したものに加筆修正を加えたものである。

文　献

1) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edition) Text Revision. Wachington DC, 2000.
2) 渡邊裕子，伊藤良子，総　慧珍．高機能広汎性発達障害の子どもをもつ親の入園・就学前のストレスに関する研究．発達障害研究　2006；28（1）：72-85.
3) 免田　賢，伊藤啓介，大隈紘子，他．精神遅滞児の親訓練プログラムの開発とその効果に関する研究　行動療法研究　1995；21（1）：25-38.
4) 藤井和子．ペアレントトレーニング・プログラム―AD/HD を持つ子どもと親への理解と援助のために―．小児の精神と神経　2003；43（1）：18-22.
5) 岩坂英巳，清水千弘，飯田順三，他．注意欠陥／多動性障害（AD/HD）児の親訓練プログラムとその効果について．児童青年精神医学とその近接領域　2002；43（5）483-497.
6) 岩坂英巳，井澗知美，中田洋二郎編．ADHD 児へのペアレント・トレーニングガイドブック―家庭と医療機関・学校をつなぐ架け橋．東京：じほう，2004.
7) 木戸ルリ子，井上雅彦，平山菜穂．高機能自閉症児を持つ親へのペアレント・トレーニングの効果．日本特殊教育学会．第43回大会発表論文集　2005；518.
8) 兼松百合子，荒木暁子，奈良間美保，他．PSI 育児ストレスインデックス手引き．初版．東京都：社団法人雇用問題研究会，2006.
9) 田坂一子．育児自己効力感（parenting self-efficacy）尺度の作成．江南女子大学大学院論集創刊号2003　人間科学研究編：1-10.
10) 梅津耕作．KBPAC（Knowledge of Behavioral Principles as Applied to Children）日本語版．行動療法研究会，1982.
11) 志賀利一．行動変容法と親トレーニング（その知識の獲得と測定）．埼玉大学教育学部教育心理学科．自閉症児教育研究．1983；6：31-45.
12) 井澗知美，上林靖子，中田洋二郎，他．Child Behav-

Presented by Medical*Online

ior Checklist/4-18日本語版の開発　小児の精神と神経　2001；41（4）：243-252.
13）Wechsler D．日本版 WISC-Ⅲ刊行委員会，訳編．Wechsler Intelligence Scale for Children. Third Edition. Manual. 東京：日本文化科学社，1998.
14）Wechler D，日本心理適正研究所．WPPSI 知能検査手引き．東京：日本文化科学社，1969.
15）津田芳見，橋本俊顕，福本　礼，他．高機能広汎性発達障害のある幼稚園・小学生における認知・行動発達に関する検討．脳と発達　2009；41（6）：420-425.
16）刀根洋子．発達障害児の母親の QOL と育児ストレス―健常児の母親との比較―日本赤十字武蔵野短期大学紀要　2002；15：17-23.
17）川上ちひろ，辻井正次．高機能広汎性発達障害を持つ子どもの保護者へのペアレント・トレーニング―日本文化のなかで子育てを楽しくしていく視点から―．精神科治療学　2008；23（10）：1181-1186.

〔Summary〕

The purpose of this study is to clarify the effect of parent training for the parents having preschool children with High Functioning Pervasive Developmental Disorders, using four kinds of scales. The results showed significant reduction about the stress of parents, significant increase about the knowledge of raising child, and self-efficacy between the first time and the last time, and continued follow-up time. In children, the results showed significant reduction about total scores (introverted scores, extroverted scores, social scores, thinking scores, and attention scores) between the first time and the last time, and continued follow-up time. The result showed negative correlation between parenting stress and parenting self-efficacy, and showed positive correlation between parenting self-efficacy and reducing children's behavioral problem.

The findings suggest that early intervention by parent training is conductive to the effect for both parent and their children.

〔Key words〕
high functioning pervasive developmental disorders, preschool children, parent-training, child behavior checklist

Presented by Medical*Online