

# عوامل دخیل در بروز اختلالات سلوکی در اطفال: مطالعه ۴۳ بیمار

دکتر بهروز جلیلی، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران

## Factors Influencing Childhood Conduct Disorders: Study of 43 cases ABSTRACT

Conduct disorders are a group of behavior disorders in which the basic rights of others or major age appropriate social norms or rules are violated. To evaluate the factors Influencing childhood conduct disorders, we reviewed records of 43 cases (84% boys, mean age 11 years) referred to shahid Esmaili psychiatric hospital, Tehran. all patients fulfilled diagnostic criteria of DSMIV. 15 variables were included; age and sex and step of patient among siblings, parental educational level, social class of the family, medical and psychiatric history of entire family members and the kind of therapy.

The most frequent complaints were aggressiveness, stealing and lying. The dominant age group was 10-14 years. The most frequen family members was 5. Most of the children were 2nd child of the family. The most often educational level of the parents were illiteracy followed by primary school educated. Most of the patient were of low to intermediate socioeconomic classes. The most effective therapy was behavior modification along with appropriate medications.

**Key Words:** Conduct disorder, Children, Behavior therapy

### چکیده

شایعترین علایم ارجاعی شامل پرخاشگری، دزدی و دروغگویی بود. شایعترین گروه سنی ۱۴-۱۰ ساله بوده است. بیشتر بیماران عضو خانواده‌های ۵ نفره و بیشتر بودند. اکثر موارد فرزند دوم یا بالاتر خانواده بودند. شایعترین سطح تحصیلات والدین بی‌سواد تا سطح تحصیلات ابتدایی بود. بیشتر بیماران به سطوح اقتصادی-اجتماعی متوسط و پایین جامعه تعلق داشتند. بیشترین تأثیر درمان در گروهی دیده شد که رفتاردرمانی به همراه دارو در موردشان اجرا گردیده بود.

### مقدمه

چون کودکان کمتر می‌توانند نازاحتی‌های خود را با روانپزشکان در میان بگذارند، تشخیص اختلالات روانی بیشتر متکی به مشاهدات رفتار کودک توسط والدین، معلمین

اختلالات سلوکی یک گروه از اختلالات رفتاری می‌باشند که با بروز در زمان کودکی مولد مشکلات عمده‌ای در زندگی طفل می‌گردند.

در این بررسی که به روش رتروسپکتیو صورت گرفت، با هدف بررسی عوامل دخیل در بروز اختلالات سلوکی در اطفال، پرونده ۴۳ مورد (۸۴٪ پسر، میانگین سنی ۱۱ سال) از بیماران مراجعه کننده به مرکز روانپزشکی شهید اسماعیلی تهران را مرور نمودیم. همه بیماران ملاک‌های تشخیص لازمه جهت اختلال سلوک را کاملاً دارا بودند. ۱۵ متغیر در مورد بیماران مدنظر قرار گرفت که عمدتاً شامل سن و جنس و رتبه فرزندی و سطح تحصیلات والدین و گروه و طبقه اجتماعی و سوابق طبی و روانپزشکی کلیه افراد خانواده و نیز نوع درمانهای بکار رفته بود.

یک روش درمانی بهتر و قاطع تر، انجام شده است.

## مواد و روش ها

کلیه اطفالی که از آغاز سال ۱۳۶۸ تا آذر ماه ۱۳۷۲ به درمانگاه روانپزشکی اطفال مرکز روانپزشکی شهید اسماعیلی تهران مراجعه کرده دارای پرونده بودند در نظر گرفته شدند. تعداد این پرونده‌ها بالغ بر ۱۰۳۲ بود که از میان آنها ۴۳ بیمار با تشخیص اختلال سلوک با توجه به تقسیم‌بندی DSM-IV وارد مطالعه شدند. اطلاعات مربوط به سن، جنس، تعداد اعضای خانواده و اینکه بیمار مورد نظر چندمین فرزند خانواده است، سطح تحصیلات پدر و مادر، گروه یا طبقه اقتصادی-اجتماعی، وجود تاریخچه پزشکی خاص در فرد بیمار و خانواده، نوع اختلال سلوک، نوع روان درمانی بکار رفته، نوع دارویی که برای درمان بیمار بکار رفته، جواب به درمان (اعم از دارویی و روان‌درمانی)، روابط بین والدین و وجود مسایل و مشکلات خاص غیرطبی در بیمار از پرونده‌ها استخراج گردید. فراوانی‌های مطلق و نسبی داده‌های کیفی و کمی دسته‌بندی شده محاسبه گردید.

## یافته‌ها

از بین ۱۰۳۲ پرونده مطالعه شده، در ۴۳ مورد این بیماری تشخیص داده شده است، یعنی شیوعی برابر ۴/۱۷٪ در بین کلیه بیماران روانپزشکی اطفال که به این مرکز مراجعه کرده‌اند داشته است.

۸۴٪ بیماران را پسران و ۱۶٪ بیماران را دختران تشکیل می‌دادند. متوسط سنی بیماران ۱۱ سال بوده است. در سنین زیر ۶ سال هیچ موردی دیده نشد. شایعترین سنین ۹ و ۱۲ سالگی بوده است که هر یک ۱۸/۶٪ از بیماران را شامل می‌شده‌اند. شایعترین سن پس از این دو گروه ۱۰ سالگی با شیوع ۱۶/۳٪ بوده است. ۶۲/۸٪ بیماران بین ۱۰-۱۴ سالگی بودند. در هر دو جنس بیشترین بیماران در سنین ۱۴-۱۰ سال قرار داشتند.

بیشترین بیماران (۱۶/۳٪) عضو خانواده‌های ۵ نفره بودند. ۴۴٪ خانواده‌های ۵، ۴ و ۶ نفره و ۱۴٪ خانواده‌های ۱۰، ۹، ۷ و ۱۲ نفره داشتند.

بیشتر (۱۸/۶٪) بیماران بچه دوم بودند. پس از آن بچه‌های

و دیگران است. از آنجایی که بعضی از رفتارهایی که به عنوان اختلال سلوک شناخته می‌شوند از تعداد زیادی از کودکان در حین دوره رشد سر می‌زند، تشخیص اختلال سلوک تنها برای کودکانی مطرح می‌شود که رفتارهای مورد نظر را در یک دوره طولانی و با شدت بیشتر نشان می‌دهند. بنابراین ممکن است بسیاری از کودکان علائم اختلال سلوک را داشته باشند و تعداد کمتری از آنان ممکن است برای یک دوره کوتاه علائم بالینی این سندرم را نشان دهند (۱). حتی تعداد کمتری از آنان می‌توانند یک اختلال پایدار مشخص و واضح را نشان دهند. در ICD/10 زیرگروه‌های اختلال سلوک بدین ترتیب می‌باشند (۲):

اختلال سلوک محدود به افراد خانواده  
Conduct disorder confined to the family context

اختلال سلوک غیراجتماعی  
Unsocialized conduct disorder

اختلال سلوک اجتماعی  
Socialized conduct disorder

اختلال رفتار مقابله‌ای  
Oppositional defiant disorder

سایر اختلالات سلوکی  
Other conduct disorders

اختلال سلوک - نوع نامتایز  
Conduct disorder, unspecified

اهمیت و ارزش سرمایه‌گذاری بر روی کودکان که آینده‌سازان هر جامعه و ملتی هستند بر کسی پوشیده نیست. آگاهی پزشکان عمومی و حتی مردم از مسایل و مشکلات و بیماری‌های کودکان، بویژه ناهنجاری‌های رفتاری آنان، شاید بتواند موجب پیشگیری از ابتلا به بسیاری از این گونه رفتارها در جامعه باشد. بعلاوه آموزش بودن مشکلات رفتاری کودکان و احتمالاً قابل پیشگیری بودن این رفتارها با حذف علل آنها در سطح جامعه و خانواده‌ها، شاید بتوان به سلامتی روانی جامعه خود که از اهداف سازمان بهداشت جهانی نیز می‌باشد دست یافت. از آنجایی که شیوع این گونه رفتارهای ایدایی در میان کودکان ما کم نیست و نوع برخورد ما با این رفتارها به درستی مورد بررسی، شناخت و تجزیه و تحلیل قرار نگرفته است، شاید این تحقیق گام کوچکی در آشنایی پزشکان عمومی و حتی خانواده‌های ما در جهت شناخت بهتر مسایل روحی روانی کودکان و حل آن با کمک متخصصین مربوطه باشد.

تحقیق حاضر باهدف بررسی شیوع انواع اختلال سلوک در اطفال و شناسایی عوامل مؤثر در بوجود آمدن آن و بررسی پاسخ بیماران به انواع درمان‌های بکار رفته، جهت دستیابی به

بود. شایعترین نوع روان‌درمانی رفتاردرمانی با ۳۲٪ فراوانی بود و کمترین فراوانی را خانواده درمانی با ۹/۳٪ داشت. در نوع نامتمايز اکثراً خانواده درمانی بکار رفته است. ۱۸/۶٪ هیچ نوع روان‌درمانی دریافت نکرده بودند. شایعترین داروی بکار رفته ديفن‌هیدرامین با شیوع ۲۷/۹٪ و کمترین درمان مربوط به پرومتازین با ۴/۷٪ مورد استفاده بود. چگونگی پاسخ به درمان در ۴۶/۵٪ بیماران به علت عدم مراجعه ناشناخته ماند. از ۵۳/۵٪ بیماری که مراجعه بعدی داشتند در ۴۶/۵٪ موارد پاسخ خوب یا تقریباً خوب و در ۷٪ بیماران پاسخ به درمان چندان رضایت‌بخش نبوده است.

روابط والدین در ۳۳/۶٪ از کل ۴۲٪ موارد مشخص شده نامطلوب و تنها در ۹/۳٪ نسبتاً مطلوب بود. تنبیه بدنی با ۲۵/۶٪ و بعد از آن مرگ والدین یا وجود ناپدري یا نامادری با ۱۱/۶٪ شایعترین مسائل خاص در فرد بیمار بودند. ۴۴/۲٪ از بیماران از مشکل خاصی رنج نمی‌بردند و ۹/۳٪ از بیماران دارای چند عامل مشترک بودند. مثلاً هم تنبیه بدنی شده‌اند و هم اخراج از مدرسه داشته‌اند. بیشترین مسایل در مورد گروه سنی ۱۰-۱۴ سال و کمترین آن در گروه سنی ۱۵-۱۸ سال بود. بیشترین مسأله در گروه‌های سنی ۵-۹ سال و گروه سنی ۱۰-۱۴ ساله در هر دو جنس تنبیه بدنی بوده است. بیشترین مسایل خاص، بیشترین وجود سابقه بیماری و بیشترین درصد نامطلوب بودن روابط بین والدین در گروه اقتصادی-اجتماعی C دیده شد. مسایل خاص بیشتر در فرزند دوم و در کودکان دارای پدر و مادر بی‌سواد یا با تحصیلات ابتدایی ملاحظه گردید.

## بحث

در بررسی ما اختلال سلوک ۴/۱۷٪ بیماران مراجعه‌کننده به یک مرکز روانپزشکی را تشکیل می‌داد که البته این رقم به هیچ‌وجه نشان‌دهنده شیوع بیماری در جامعه نمی‌باشد، بلکه تنها نسبت آن را به سایر بیماریها نشان می‌دهد. در حقیقت از هر ۲۵ کودکی که به این مرکز روانپزشکی مراجعه کرده‌اند یک کودک از این اختلال رنج می‌برده‌اند. چون پرخاشگری، دزدی و دروغگویی شایعترین علایم بالینی بوده‌اند، با در نظر گرفتن شایعترین گروه سنی ۱۰-۱۴ سال که در آن علایم آزار و اذیت دیگران نیز وجود دارد، پرخاشگری و دروغگویی از علایم

اول و چهارم هر کدام ۱۴٪ بیماران را تشکیل می‌دادند. کلاً ۳۲/۶٪ بیماران فرزندان اول و دوم خانواده بودند. در ۳۰٪ موارد شماره فرزند مشخص نبود.

از ۵۳/۵٪ بیماران که سطح تحصیلی پدران آنان مشخص بود، ۱۸/۶٪ پدران با تحصیلات ابتدایی و ۱۶/۳٪ پدران بی‌سواد داشتند. ۲۱٪ مادران در مقطع ابتدایی و ۱۴٪ بی‌سواد بودند. هیچ بیماری مادر لیسانس یا بالاتر از لیسانس نداشته است.

از میان ۶۵٪ بیماران که گروه اقتصادی-اجتماعی آنان معلوم بود ۵۶٪ در گروه اقتصادی-اجتماعی C و ۴/۷٪ در گروه اقتصادی-اجتماعی B و ۴/۷٪ در گروه اقتصادی-اجتماعی D قرار داشتند. از گروه اقتصادی-اجتماعی A هیچ بیماری نداشتیم. دزدی، پرخاشگری و خشونت نسبت به دیگران و دروغگویی مکرر شایعترین علایم بالینی را تشکیل می‌دادند. نزدیک به ۵۰٪ بیماران حداقل ۲ علامت از ۳ علامت فوق را دارا بودند. شایعترین سه علامت مشترک نیز همین علایم دزدی، دروغگویی مکرر و پرخاشگری بود. پس از علایم فوق آتش‌افروزی، فرار از مدرسه و تخریب اموال به ترتیب با شیوع ۲۰٪، ۱۵٪ و ۱۰٪ دارای بیشترین فراوانی در بین بیماران بودند. شایعترین مسأله همراه با اختلال سلوک بیش‌فعالی بوده است که حدود ۳۰٪ بیماران دارای این ویژگی بعلاوه اختلال سلوک بوده‌اند. در مرتبه بعدی نافرمانی و تمرد و سرکشی در ۵٪ بیماران علاوه بر اختلال سلوک دیده شد. یک مورد (Sexual-abuse) سوءاستفاده جنسی و یک مورد نزاع همراه با اسلحه سرد و دو مورد فرار از منزل برای چند بار وجود داشت.

در ۴۸/۸٪ از بیماران هیچ سابقه‌ای از بیماری خاص را نمی‌دادند. سابقه شب‌اداری در ۱۴٪ و ضربه به سر در ۱۴٪ و تب و تشنج در ۱۱٪ موارد وجود داشت. ۱۴/۷٪ از بیماران چند عامل را با هم داشتند. سه تاریخچه شب‌اداری ضربه سر و تشنج در ۳۹٪ از بیماران وجود داشت. ۸۴٪ بیماران سابقه بیماری روانی در خانواده را نداشتند. تنها در ۱۴٪ بیماران یکی از اعضای خانواده‌شان از یکی از بیماریهای روانپزشکی رنج می‌برد. شایعترین نوع اختلال سلوک نوع گروهی با فراوانی ۴۱/۹٪

اگرچه توجه به این فرزندان بیشتر است، شاید لوس بار آوردن کودکان عاملی برای بروز رفتارهای ناهنجار سلوکی در آنان باشد. همانطور که اشاره کردیم کاهش و فقدان انضباط خانوادگی خود از عوامل مستعدکننده بیماری فوق است.

بیشترین بروز بیماری در میان خانواده‌هایی بوده که سطوح تحصیلی پدر و مادر در آنها بین بی‌سوادی تا مقطع ابتدایی بوده است. این مسأله ارتباط فرهنگ و سطح تحصیلات را با بیماری مزبور به خوبی نشان می‌دهد. هیچکدام از مادران بیماران مدرک لیسانس یا بالاتر نداشته‌اند و پدران نیز در داشتن این مدارک از شیوع بسیار کمی نسبت به گروه‌های تحصیلی دیگر برخوردار بوده‌اند. تأثیر طبقه اقتصادی-اجتماعی نیز در بروز بیماری به خوبی از آمارهای بدست آمده هویدا است. بیش از نیمی از موارد گزارش شده بیماران در گروه اقتصادی-اجتماعی C یعنی کارمندان جزء و کسبه جزء بوده‌اند. با توجه به تأثیر مسایل اقتصادی خانواده در بروز این بیماری مشاهده می‌شود که این اختلال در گروه‌های اقتصادی-اجتماعی متوسط پایین بیش از سایر گروه‌ها دیده می‌شود. در گروه اقتصادی-اجتماعی A بیماری نداشته‌ایم که این شاید به دلیل:

- ۱- اندک بودن تعداد خانواده‌های موجود در این کلاس اقتصادی-اجتماعی نسبت به جمعیت عمومی بوده است.
- ۲- اینان بیشتر به مطب‌های خصوصی مراجعه می‌کنند.
- ۳- کاهش بروز بیماری در اثر خوب بودن وضعیت اقتصادی در این گروه

همچنین در گروه اقتصادی-اجتماعی D نیز میزان بروز بیماری کم بوده است که شاید بدلیل:

- ۱- مراجعه نکردن این خانواده‌ها به مراکز روانپزشکی در مورد مشکلات کودکان خود
- ۲- عدم تشخیص این اختلالات در رفتار کودکان خود باشد.

شاید شیوع حداکثر بیماری در گروه C اقتصادی-اجتماعی به دلیل این بود که جمعیت این گروه اقتصادی-اجتماعی در کشور ما در اکثریت می‌باشد و این مسأله روی آمار به دست آمده تأثیر می‌گذارد. به هر حال به نظر می‌رسد که این آمار نشان‌دهنده تأثیر مسایل اقتصادی بر روی افزایش بروز بیماری اختلال سلوک در اطفال باشد.

سنین نسبتاً پایین‌تر هستند، یعنی شروع آنها از سنین مقطع ابتدایی و قبل از آن است و یا در بیماران ما از یک شروع دیررستری برخوردار بوده‌اند و یا اینکه این رفتار برای سالهای نوجوانی نیز باقی مانده است. البته شیوع دزدی و سرقت و ابراز خشمونت و بی‌رحمی که در گروه نوجوان شایع‌تر است در بررسی ما نیز در همین سنین شایع‌تر بوده است. شایع‌ترین علامت همراه با اختلال سلوک در بررسی ما بیش‌فعالی بوده است که در ۳۰٪ بیماران دیده شده است و این مسأله حکایت از اهمیت سندرم‌های شبیه ADHD همراه با اختلال سلوک می‌نماید. علایم رفتاری بی‌اعتنایی مقابله‌ای تنها در ۵٪ دیده شده که به صورت نافرمانی، سرکشی و نمرد بوده است و از شیوع کمتری نسبت به بیش‌فعالی برخوردار بوده‌اند. علایمی نظیر سوءاستفاده جنسی یا استفاده از اسلحه سرد در نزاع‌ها تنها در یک مورد یعنی ۲/۴٪ موارد دیده شده است. در بررسی ما متوسط شیوع سنی ۱۱ سال بود و همانطور که دیده شد شایع‌ترین گروه سنی ۱۴-۱۰ سال بود، یعنی مرحله (Late childhood and early adolescent) شیوع بیماری در پسران مانند همه جای دیگر دنیا بیش از دختران بود. در آمارهای جهانی این نسبت بین ۴ به یک تا ۱۲ به یک می‌رسد (۴،۳). در بررسی ما این نسبت تقریباً ۴ به یک بود و این مسأله افزایش بروز بیماری را در دختران ما نسبت به سایر نقاط جهان نشان می‌دهد بطوری که نسبت بدست آمده پسر به دختر در حداقل میزان سایر جاها بوده است. این موضوع اهمیت مسأله اختلال سلوک در دختران را نشان می‌دهد و اینکه چرا در کشور ما اختلال سلوک در دختران نسبت به سایر مناطق بیشتر است یا در حال رشد است احتیاج به مطالعه و تحقیق بیشتری خواهد داشت. بررسی‌های انجام شده در سطح کشورهای مختلف نشان می‌دهند که بزرگی خانواده عامل مهمی در مستعد کردن کودکان به اختلال سلوک می‌باشد و در میان خانواده‌های پرجمعیت میزان بروز بیماری بیشتر می‌باشد (۵، ۶). بررسی‌های ما نشان می‌دهند که مسأله بزرگی خانواده در بیماران ما چندان از اهمیت اتیولوژیکی برخوردار نبوده است. مطلب دیگر که مورد بررسی قرار گرفت پیداکردن حداکثر بروز در فرزندان اول و دوم خانواده‌ها بود. نزدیک به نیمی از بیمارانی که در آنها شماره فرزند مشخص شده بود، بیماری در فرزند اول یا دوم بروز کرده بود. به نظر می‌رسد که

حداکثر شیوع بیماری وجود داشت و این رابطه نزدیک بین عوامل مساعدکننده فوق با شیوع این بیماری را به خوبی نشان می‌دهد. تنبیه بدنی شایع‌ترین مسأله بوده است و به نظر می‌رسد باید به آن اهمیت ویژه‌ای داده شود چون همانطور که گفته شد این مسأله نه تنها باعث کاهش رفتارهای ایذایی نمی‌شود بلکه در تشکیل آنها نیز مؤثر خواهد بود. از لحاظ رابطه جنس با سن هیچ دختری در گروه سنی ۱۵-۱۸ سال قرار نگرفت و در هر دو جنس شایع‌ترین گروهی سنی ۱۰-۱۴ سال بود که توجه بیشتر به این گروه سنی را می‌طلبد. در مورد سطح تحصیلات دیده شد که در سطوح تحصیلی پایین والدین یعنی بی‌سوادها و تا مقطع ابتدایی وجود مشکلات خاص نیز (نظیر تنبیه بدنی، جدایی والدین، مرگ والدین و ...) بیشتر است و در همین گروه حداکثر شیوع بیماری را داریم و این رابطه فرهنگی و اجتماعی عوامل مساعدکننده را با شیوع بیماری نشان می‌دهد ضمناً در گروه اقتصادی-اجتماعی C نیز بیشترین تاریخچه پزشکی و بیشترین مسایل خاص دیده شده است که رابطه مسایل اقتصادی با این دو متغیر و در کل با شیوع بیماری را بخوبی نشان می‌دهد در مورد روابط بین والدین بیش از  $\frac{2}{3}$  از موارد مشخص شده دارای روابط نامطلوب بوده‌اند. همچنین حداکثر این روابط نامطلوب در گروه اقتصادی-اجتماعی C بوده است که باز نشان‌دهنده رابطه این دو متغیر با به وجود آمدن اختلاف در فرزندان این گروه از خانواده‌ها می‌باشد.

متغیر مهم دیگری که مورد بررسی قرار گرفت وجود تاریخچه پزشکی در بیماران فوق بود.  $52/2\%$  بیماران دارای چنین سابقه‌ای بودند و شب‌ادراری، تب و تشنج و تروما به سراز شایع‌ترین مسایل بودند که به عنوان عوامل مساعدکننده از قبل شناخته شده‌اند. در بررسی ما هم  $25\%$  بیماران سابقه این دو مسأله را داشته‌اند. این موضوع کلاً اثر بیماریهای دیگر را بر روی شیوع این بیماری نسبت به جمعیت کنترل نشان می‌دهد. از لحاظ تاریخچه بیماری روانی تنها در  $14\%$  بیماران یک چنین سابقه‌ای وجود داشت. به نظر می‌رسد اثبات این مسأله به عنوان یک عامل مساعدکننده احتیاج به مطالعات بیشتری داشته باشد.

از لحاظ نوع درمان و جواب به درمان در مورد دوران درمانی، رفتاردرمانی بیشتر به کار رفته است و داروی بنادریل بیشترین داروی مصرفی بوده است و از لحاظ پاسخ به درمان نیز جواب به آن از همه بیشتر بوده است. این که این پاسخ بالاتر به علت اثر بیشتر دارو یا میزان استفاده بیشتر از این دارو در بیماران ما بوده است مورد سؤال بوده و احتیاج به بررسیهای دوسوکور را می‌طلبد. ضمناً تقریباً نیمی از بیماران پاسخ مثبت به درمان داده‌اند و در نیمی دیگر نیز اکثراً به دلیل عدم مراجعه پاسخ به درمان ناشناخته مانده است. به هر حال بررسی نشان می‌دهد که درمان دارویی همراه با درمان روان‌درمانی تأثیر نسبتاً خوبی داشته است. بیشترین درصد مسایل خاص (تنبیه بدنی، حاملگی ناخواسته، مرگ والدین و ...) در گروه سنی ۱۰-۱۴ سال دیده شد و در همین گروه هم

## منابع

- 1- Abikoff H, Klein RG. Attention-deficit hyperactivity and conduct disorder comorbidity and implications for treatment. *J Consult Clin Psychol* 1992 Dec.
- 2- World Health organization. International statistical classification of disease and relative health problems. volume 1. 10th Rev. Geneva: World Health organization; 1992.
- 3- Bird HR, Gould MS, Staghezza BM. Patterns of diagnostic comorbidity in a community sample of children aged 9 through 16 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993 Mar.
- 4- Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry. behavioral sciences. clinical psychiatry. 7th ed. 1994.
- 5- Lahey BB, Loeber R, Quay HC, Frick PJ, Grimm J. Oppositional defiant and conduct disorder issues to be resolved for DSM-IV. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992 May.
- 6- Myers WC, Burket RC, Otto TA. Conduct disorder and personality disorders in hospitalized adolescents. *J Clin Psychiatry* 1993 Jan.
- 7- Phillips BB, Drake ME, Hietter SA, Andrews JE, Bogner JE. Electroencephalography in childhood conduct and behavior disorders. *Clin Electroencephalogr* 1993 Jan.
- 8- Simonoff E. A comparison of twins and singletons with child psychiatric disorders: an item sheet study. *J Child Psychol Psychiatry* 1992 Nov.
- 9- Soussignan R, Tremblay RE, Schaal B, Laurent D, Larivee S, Gagnon C, et al. Behavioral and cognitive characteristics of conduct disorder hyperactive boys from age of 6 to 11. *J Child*

- Psychol Psychiatry 1992 Nov.
- 10- Wells P, Faragher B. Inpatient treatment of 165 adolescents with emotional and conduct disorders: A study of outcome. Br J Psychiatry 1993 Mar.
- 11- Zoccolillo M, Pickles A, Quinton D, Rutter M. The outcome of childhood conduct disorder: Implications for defining adult personality disorder and conduct disorder. Psychol Med 1992 Nov.