



## نیاز به بازنگری معیارهای طبقه‌بندی اختلالهای سلوکی در نوجوانان

دکتر سید حسین سلیمی\*

### چکیده

با بهره‌گیری از دو ابزار مقیاس راتر و پرسشنامه سنجش دوستی، بروز اختلالهای سلوکی در ۸۸۱ دختر و پسر ۱۴-۱۱ ساله در مناطق جنوب لندن مورد بررسی قرار گرفته است. دانش‌آموزان از مدارس عادی و با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌های پژوهش نشان داد که تفاوت معنی‌داری در بروز اختلالهای سلوکی بین دختران و پسران وجود ندارد، اما به نظر می‌رسد که الگوهای رفتاری در دختران و پسران متفاوت می‌باشد. ضرورت بازنگری اختلالهای سلوکی نوجوانان با توجه به جنس آنان به منظور شناسایی ملاک‌های تشخیصی مورد تأکید قرار گرفته است.

### کلید واژه: رفتار ارتباطی، مشکلات رفتاری، اختلالهای سلوکی، طبقه‌بندی، نوجوان

نگرفته‌اند (پترسون<sup>(۶)</sup>، ۱۹۸۲؛ کزدین<sup>(۷)</sup>، ۱۹۸۷؛ لوریون<sup>(۸)</sup>، تولان<sup>(۹)</sup> و واهلر<sup>(۱۰)</sup>، ۱۹۸۷). از سوی دیگر عنوان کردن اختلالهای سلوکی نیاز به بررسی ملاکهای تشخیصی مربوطه دارند، در حالیکه عنوان کردن مشکلات رفتاری نیازمند چنین تشخیصی نیست. هر چند این دو واژه نیز به صورت مشترک به کار برده شده و مفاهیم هر یک برای دیگری در نظر گرفته شده

برای مشکلات رفتاری در نوجوانان همچون بیرون‌ریزی<sup>(۱)</sup>، بزهکاری<sup>(۲)</sup>، رفتار قهری<sup>(۳)</sup>، جامعه‌ستیزی<sup>(۴)</sup> و پرخاشگری<sup>(۵)</sup> واژه‌های گوناگونی توسط روانشناسان ارائه گردیده است. هرچند هر یک از این واژه‌ها به رفتار معینی اشاره داشته و تعریف مشخصی دارد، یافته‌های پژوهشی وابسته به این واژه‌ها در پژوهشهای گوناگون مرز مشخصی را برای آنها در نظر

\* دکتری تخصصی در روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی دانشگاه علوم پزشکی بقیة... (عج) تهران، اقدسیه، سه راه اراج.

- |                  |               |
|------------------|---------------|
| 1-acting out     | 2-delinquency |
| 3-coercion       | 4-antisocial  |
| 5- agressiveness | 6-Patterson   |
| 7-Kazdin         | 8-Lorion      |
| 9-Tolan          | 10-Wahler     |

است، برخی پژوهشگران کوشش در متمایز کردن واژه‌ها داشته و مرزهای آنان را مشخص کرده‌اند. برای نمونه فرینگتن<sup>(۱)</sup> (۱۹۹۳) واژه‌های اختلال رفتاری و بزهکاری را از یکدیگر متمایز نموده است. به باور وی اختلال سلوکی تنها در مورد کودکان کاربرد دارد در حالیکه بزهکاری بیشتر برای نوجوانان بکار گرفته می‌شود. زوکولی<sup>(۲)</sup> (۱۹۹۳) یادآور می‌شود که بزهکاری و پرخاشگری بیشتر در مردان رایج است، با عواملی همچون نژاد، محیط و وضعیت اقتصادی - اجتماعی همبستگی دارد و می‌تواند رفتارهای ضد اجتماعی شدیدتری را در پی داشته باشد. از سوی دیگر اختلال سلوک می‌تواند همانند یکی از ویژگیهای رفتار ضد اجتماعی باشد. کزدین (۱۹۸۷) اختلال سلوک را شامل رفتارهای جامعه ستیزی می‌داند که با آسیب دیدگی شدید کنش‌های روزانه فرد در خانه و مدرسه همراه است. افزون بر آن افراد با اهمیت زندگی فرد بر این باورند که در زمینه مهار کردن رفتار وی ناتوان هستند.

ICD-10 (سازمان جهانی بهداشت، ۱۹۹۲) اختلال سلوکی را یک الگوی مقاوم و پایدار رفتار غیر اجتماعی<sup>(۳)</sup>، پرخاشگر و دفاعی می‌داند و نشانه‌های آن را دزدی، خشونت نسبت به حیوانات و اشخاص، تخریب اموال، آتش سوزی، دروغ، فرار از مدرسه، خلق خشمگین و بغض آلود و پیروی نکردن از دستورها می‌داند. DSM-IV (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴) تعریف و نشانه‌های مشابهی را ملاک تشخیص این اختلال دانسته است. ICD-10 انواع اختلالهای سلوکی را در چهار گروه اصلی شامل: ۱) اختلال سلوکی تعریف شده در بافت خانواده؛ ۲) اختلال سلوکی غیر اجتماعی که در برگیرنده نبود تأثیر مثبت و مؤثر در ارتباط با همسالان است و تهاجم مهمترین نشانه، برای تشخیص این نوع از دیگر انواع اختلال بشمار می‌رود؛ ۳) اختلال سلوکی اجتماعی که بطور کلی سازگاری خوبی با گروه همسالان دارند؛ ۴) اختلال سلوک دفاعی مقابله‌ای<sup>(۴)</sup> که در کودکان زیر ۱۰

سال با نشانه‌های مخالفت ورزیدن، نافرمانی برانگیزنده (تحریک آمین)<sup>(۵)</sup> دیده می‌شوند.

میزان شیوع اختلال سلوکی در بررسیهای گوناگون ۴ تا ۱۰ درصد گزارش شده است (ارلز<sup>(۶)</sup>، ۱۹۹۴؛ چارلتون<sup>(۷)</sup> و همکاران ۱۹۹۳؛ راتر<sup>(۸)</sup> و همکاران، ۱۹۷۰، ۱۹۷۵). کوسکی<sup>(۹)</sup> و همکاران (۱۹۸۵) گزارش نمودند که ۱۰ درصد از جمعیت بالینی در درمانگاههای سرپایی نشانه‌های اختلال سلوکی داشته‌اند. بطور کلی بررسیها نشان داده‌اند که شیوع این اختلال در نوجوانان پسر بیش از نوجوانان دختر است. (چارلتون و همکاران، ۱۹۹۳؛ کزدین، ۱۹۸۷؛ گراهام<sup>(۱۰)</sup>، ۱۹۷۹). کزدین (۱۹۸۷) نشان داد که ۹٪ پسران و ۲٪ دختران زیر ۱۸ سال دچار اختلالهای سلوکی هستند. پژوهشهای دیگر نشان داده‌اند که پسران ۳ تا ۴ برابر بیشتر از دختران دچار این اختلال می‌گردند (انجمن روانشناسی آمریکا، ۱۹۸۷؛ راتر و همکاران، ۱۹۷۰). وست<sup>(۱۱)</sup> (۱۹۸۵) یادآور می‌شود که تفاوت میزان شیوع در دو جنس می‌تواند به ویژگیهای بافت خانواده، بستگی داشته باشد بدین معنی که در خانواده، پرخاشگری بیشتر از جنس پسر پذیرفته می‌شود تا دختر. نکته دیگر آنکه اختلال سلوکی نخستین اختلال در پسران (راتر و همکاران، ۱۹۷۵) و دومین اختلال در دختران (کاشانی و همکاران، ۱۹۸۷؛ مک‌گی<sup>(۱۲)</sup> و همکاران، ۱۹۹۰) بشمار می‌آید. رابینز<sup>(۱۳)</sup> (۱۹۶۶) گزارش نمود که سن شروع این اختلال در پسران ۷ سالگی و در دختران ۱۳ سالگی می‌باشد. در بررسی دیگری رابینز (۱۹۸۶) گزارش نمود که پس از ۵ سال پیگیری، آزمودنی‌های مبتلا به اختلال

1-Farrington	2-Zoccolillo
3-asocial	
4-oppositional defiant disorder	
5-provocative behaviors	6-Earls
7-Charlton	8-Rutter
9-Kosky	10-Graham
11-West	12-McGee
13-Robins	

سلوکی تفاوت معنی داری از نظر جنسیت نشان ندادند. راتر و همکاران (۱۹۷۵) دریافتند که میزان شیوع اختلال سلوکی در مناطق شهری لندن برای پسران ۱۴/۲٪ و برای دختران ۵/۱٪ می‌باشد. بر پایه یافته‌های DSM-IV میزان شیوع این اختلال در پسران کمتر از ۱۸ سال بین ۶٪ تا ۱۶٪ و برای دختران ۲٪ تا ۹٪ می‌باشد.

زوکولی‌لو (۱۹۹۳) با بازنگری پژوهش‌های مربوط به میزان شیوع در دو جنس پیشنهاد می‌کند که به دلایل گوناگون یافته‌های بررسی‌های پیشین در حد لازم نمی‌تواند تأییدکننده تفاوت میزان شیوع اختلال سلوکی در پسران و دختران باشد؛ زیرا بیشتر بررسی‌های انجام شده بر آزمودنی‌های مرد متمرکز شده‌اند. دوم، بیشتر پژوهش‌ها درباره آزمودنی‌هایی انجام گرفته که آلوده جنایت شده‌اند و بیشتر این افراد را مردان تشکیل می‌دهند. سوم، معیارهای DSM-III و DSM-III-R بر آزمودنی‌های مرد بنا شده‌است. از این رو می‌توان گفت معیارهای تشخیصی این اختلال برای دختران معتبر نمی‌باشد. چهارم، اختلال‌های سلوکی در زنان کمتر آنها را به مراکز روانپزشکی و قضایی می‌کشاند. افزون بر آن رابینز (۱۹۹۰) بر این باور است که معیارهای اختلال رفتار ارتباطی بطور کافی روشن نیست. با توجه به چنین مسایل پیچیده‌ای زوکولی‌لو (۱۹۹۲)، (۱۹۹۳) پیشنهاد می‌کند که احتمال تفاوت جنسی در میزان شیوع اختلال سلوکی وجود ندارد مگر در شیوه بروز این اختلال. وی باور دارد که علائم اختلال سلوکی در دختران دیرتر آشکار می‌شود و در دست نبودن معیارهای مناسب برای تشخیص اختلال سلوکی در دختران می‌تواند مشکلاتی در شناسایی دختران مبتلا به این اختلال را در پی داشته باشد. مک‌گی و همکاران (۱۹۹۲) نشان دادند که در پسران اختلال رفتاری پرخاشگرانه و در دختران اختلال رفتاری غیرپرخاشگرانه رایج است. کزدین (۱۹۸۷) و راتر و همکاران (۱۹۷۰) نشان دادند که رفتارهای دروغ‌گویی، فرار، دعوا کردن و دزدی در پسران رایج‌تر از دختران است.

## روش

هدف از انجام این پژوهش بررسی میزان شیوع اختلال‌های سلوکی در دختران و پسران است. در این پژوهش کوشش شده است به پرسش‌های زیر پاسخ داده شود:

۱- میزان شیوع اختلال‌های سلوکی در دختران و پسران چگونه است؟

۲- آیا میزان شیوع اختلال‌های سلوکی در پسران و دختران متفاوت است؟

۳- آیا میان ارزیابی اختلال‌های سلوکی توسط آموزگاران و همکلاسی‌ها همبستگی وجود دارد؟

آزمودنی‌های پژوهش دانش آموزان دبیرستان‌های عادی پایه‌های ۷ تا ۹ بوده و شامل ۸۸۱ دانش آموز ۱۴-۱۱ ساله (۶۲۹ دختر و ۲۵۲ پسر) می‌باشند. میانگین سنی آنان ۱۲/۳ (SD=۰/۸۷) بوده و از ۳ مدرسه دخترانه و ۳ مدرسه پسرانه واقع در مناطق جنوب لندن انتخاب شده‌اند. آزمودنی‌ها پس از کسب موافقت مسئولین مدرسه و اولیا آنان به روش نمونه‌گیری در دسترس در پژوهش شرکت کرده‌اند. به بیان دیگر همه افرادی که در مراکز آموزشی یاد شده آمادگی خود را برای پاسخ دادن به پرسشنامه‌ها اعلام نمودند، به عنوان آزمودنی برگزیده شده‌اند. گفتنی است که مدارس زیادی به ویژه مدارس پسرانه به علت عدم موافقت مسئولین مدرسه از پژوهش کناره‌گیری نمودند و همین امر سبب افزایش آزمودنی‌های دختر گردید. پس از اجرای ابزار پژوهش، ۸۸ دانش آموز دارای اختلال سلوکی تشخیص داده شدند و با توجه به داده‌های بدست آمده از پرسشنامه سنجش دوستی، مورد بررسی قرار گرفتند.

ابزار پژوهش به شرح زیر بوده است:

۱- مقیاس راتر (فرم آموزگاران): مشکلات روانشناختی (رفتاری - عاطفی) نوجوانان را در ۱۲ ماه گذشته بوسیله آموزگاران می‌سنجد. این مقیاس دارای ۲۶ پرسش می‌باشد. نمره مساوی با ۹ یا بالاتر بعنوان معیار

تشخیص مشکلات روانشناختی در نظر گرفته می‌شود. بر این اساس آزمودنی‌ها با توجه به نمره‌های دریافتی به دو گروه بدون مشکل و دارای مشکل تقسیم می‌شوند و گروه دارای مشکل نیز با توجه به نوع و کمیت (سنگینی نمره‌ها) مشکل در ۳ گروه مشکلات رفتاری، مشکلات عاطفی و مشکلات عاطفی - رفتاری جای می‌گیرند.

۲- پرسشنامه سنجش دوستی<sup>(۱)</sup>: این پرسشنامه به ارزیابی رفتار دانش آموز از دیدگاه همکلاسی‌های او می‌پردازد. در پرسشنامه‌هایی از این نوع از افراد خواسته می‌شود که رفتار هم کلاسی‌های خود را با توجه به ویژگی‌ها و نقش‌های متفاوت رفتاری ارزیابی نمایند (رابین<sup>(۲)</sup> و همکاران، ۱۹۹۰). شاخص‌های آماری این پرسشنامه در پژوهشهای چندی مورد تأیید قرار گرفته است (رابین و همکاران، ۱۹۹۰؛ کوی<sup>(۳)</sup> و دوج<sup>(۴)</sup>، ۱۹۸۸). این پرسشنامه دارای ۹ پرسش است و از دانش آموزان خواسته می‌شود که از هم کلاسی‌های خود تا ۳ نفر را که مناسب توصیف با مقوله‌های پرسشنامه (دوست داشته شدن، خجالتی، دعوا کردن، رهبری) می‌باشند مشخص نمایند.

## یافته‌ها

یافته‌های پژوهش، نشان داد که میانگین نمره‌های آزمودنی‌ها در مقیاس راتر برابر با  $3/8 (SD=5/3)$  است.

همان‌گونه که جدول ۱ نشان می‌دهد، ۸۲٪ آزمودنی‌های پسر و ۸۴٪ آزمودنی‌های دختر مشکلات روانشناختی در مقیاس راتر نداشته‌اند. شمار بیشتری از پسران (۱۲/۷٪) نسبت به دختران (۸/۹٪) مشکلات رفتاری داشتند، در حالیکه دختران بیشتر (۶/۵٪) از پسران (۵/۲٪) مشکلات عاطفی نشان دادند. در مجموع ۱۶/۵٪ از آزمودنی‌ها دارای مشکلات روانشناختی بودند که ۸۸ نفر آنها دارای اختلال سلوکی، ۵۴ نفر دارای مشکلات عاطفی و ۳ نفر دارای مشکلات سلوکی - عاطفی بودند.

مقایسه نمره‌های دختران و پسران به کمک آزمون t مستقل نشان داد که تفاوت معنی داری از نظر آماری میان این دو گروه وجود ندارد.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که تمام مقوله‌های مثبت پرسشنامه سنجش دوستی (بهترین دوست، دوست داشتن فرد) با نمره‌های دانش آموزان در مقیاس مشکلات روانشناختی راتر همبستگی منفی دارند ( $r=0/20$ ). در مقابل مقوله‌های منفی پرسشنامه سنجش دوستی (فرد دوست نداشته‌ام، شروع به دعوا کردن، دعوا بر سر هیچی) با نمره‌های دانش آموزان در مقیاس مشکلات روانشناختی راتر همبستگی مثبت داشتند ( $r=0/40$ ). برپایه نتایج یاد شده می‌توان گفت دانش آموزان دارای مشکلات رفتاری بر اساس ارزیابی همسالان به احتمال

جدول ۱- توزیع فراوانی و درصد مشکلات روانشناختی در دانش آموزان مورد بررسی برحسب جنسیت در مقیاس مشکلات روانشناختی راتر

جنس	فاقد مشکل		مشکلات رفتار ارتباطی		مشکلات عاطفی		مشکلات عاطفی - ارتباطی	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
پسر	۲۰۷	۸۲	۳۲	۱۲/۷	۱۳	۵/۲	۰	۰
دختر	۵۲۹	۸۴	۵۶	۸/۹	۴۱	۶/۵	۳	۰/۵
جمع	۷۳۶		۸۸		۵۴		۳	

1-Friendship Questionnaire

2-Rubin

4-Dodge

3-Coie

میانگین نمره‌های آزمودنی‌های پسر برابر  $4 (SD=5/04)$  و میانگین نمره‌های دختران برابر با  $3/7 (SD=5/4)$  بود.

جدول ۲- نمره‌های همبستگی مشکلات روانشناختی آزمودنیهای پژوهش در پرسشنامه سنجش دوستی و مقیاس مشکلات روانشناختی راتر (N=۸۳۷)

ابعاد مقیاس سنجش دوستی	بهترین دوست	فرد دوست	دوست داشتن	دوست داشته	شروع کننده	جنگ بخاطر
	انتخاب شدن	داشتنی	توسط همه	نشدن فرد	دعوا	هیچ
نمره همبستگی	-۰/۱۷	-۰/۱۸	-۰/۱۴	۰/۳۶	۰/۴۲	۰/۳۸
سطح معنی داری	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱	P<۰/۰۰۱

### بحث در یافته‌ها

یافته‌های پژوهش حاضر در راستای دیدگاه‌های DSM-IV مبنی بر افزایش میزان شیوع اختلال سلوکی در دهه حاضر است. نتایج نشان می‌دهد که ۱۰٪ از کل آزمودنی‌ها دارای اختلال سلوکی هستند (۸/۹٪ دختران و ۱۲/۷٪ پسران). این یافته مشابه میزان شیوع اختلال سلوکی در بررسیهای پیشین می‌باشد (راتر و همکاران، ۱۹۷۰، ۱۹۷۵)، که میزان شیوع این اختلال را ۴ تا ۱۰ درصد گزارش کرده‌اند و در DSM-IV میزان شیوع این اختلال ۶٪ تا ۱۶٪ برای پسران و ۲٪ تا ۹٪ برای دختران گزارش شده است.

مقایسه یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش راتر و همکاران (۱۹۷۵) در جمعیتی مشابه در لندن نشان می‌دهد که، میزان شیوع اختلال سلوکی در پسران (۱۲/۷٪ در برابر ۱۴/۲٪) یکسان است اما برای دختران (۸/۹٪ در برابر ۵/۱٪) افزایش بیشتری را نشان می‌دهد. به بیان دیگر افزایش شیوع اختلال سلوکی در دختران در دهه حاضر مشهود است. افزون بر آن این افزایش در سنین پایین‌تر نیز دیده می‌شود و یافته‌های پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های پیشین که نشان داده‌اند اختلالهای سلوکی به سنین جوانتر گرایش یافته است، همخوانی دارد.

هر چند میزان شیوع اختلال سلوکی در پسران (۱۲/۷٪) بیشتر از دختران (۸/۹٪) گزارش شد اما تحلیل آماری تفاوت معنی داری بین دو جنس را نشان نداد. در تلفیق پرسشنامه‌های راتر و سنجش دوستی نیز این تفاوت معنی دار نبود.

زیاد دارای مشکلات روانشناختی در مقیاس راتر نیز می‌باشند. به بیان دیگر ارزیابی همسالان و آموزگاران در مورد مشکلات رفتاری و روانشناختی دانش آموزان با یکدیگر همبسته است.

با توجه به همبستگی مشکلات روانشناختی و مشکلات رفتاری بر پایه پرسشنامه راتر و سنجش دوستی، تصمیم گرفته شد آزمودنی‌هایی که در هر دو مقیاس دارای اختلال سلوکی تشخیص داده شده بودند با توجه به جنس، مورد بررسی آماری قرار گیرند تا مشخص شود که آیا بین آزمودنی‌های دختر و پسر تفاوت معنی داری وجود دارد یا نه؟ بر این پایه از ادغام گروههای دارای مشکلات روانشناختی و رفتاری در هر دو پرسشنامه گروههای زیر مشخص گردیدند:

۱) گروه فاقد مشکلات روانشناختی و رفتاری در هر دو پرسشنامه (n=۶۵۸).

۲) گروهی که نمرات بالایی در مشکلات رفتاری در پرسشنامه سنجش دوستی داشتند، اما در مقیاس راتر دارای اختلال سلوکی نبودند (n=۵۸).

۳) گروه دارای اختلال سلوکی در هر دو پرسشنامه (n=۳۷).

۴) گروه دارای اختلال سلوکی در مقیاس راتر که در پرسشنامه سنجش دوستی دارای اختلال سلوکی نبودند (n=۳۶).

تجزیه و تحلیل نمره‌های آزمودنیها به کمک آزمون خی ۲ نشان داد که دو گروه دختران و پسران تفاوت معنی داری در این زمینه با یکدیگر ندارند.

این یافته پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش رابینز (۱۹۸۶) که در پیگیری ۵ ساله هیچ گونه تفاوت معنی داری در زمینه شیوع اختلالات سلوکی در دختران و پسران مشاهده نکرد، انطباق دارد. اما با یافته‌های پژوهش‌های دیگری که در این زمینه انجام شده تفاوت نشان می‌دهد (راتر و همکاران، ۱۹۷۵؛ کاشانی و همکاران، ۱۹۸۷؛ کزدین، ۱۹۸۷؛ مک گی و همکاران، ۱۹۹۰؛ چارلتون و همکاران، ۱۹۹۳).

معنی دار نبودن نمره‌های دو گروه دختران و پسران از نظر آماری در زمینه اختلال سلوکی می‌تواند نکات زیر را در خور توجه قرار دهد:

۱) در دهه اخیر، میزان شیوع اختلال سلوکی افزایش یافته و این افزایش بیشتر در دختران نوجوان دیده می‌شود که سبب از بین رفتن تفاوت معنی دار در میزان شیوع اختلال سلوکی در دختران و پسران گردیده است.

۲) می‌توان چنین فرض نمود که امروزه هر دو جنس رفتارهای پرخاشگرانه خود را در الگوهای مشابهی ارائه می‌نمایند و یا اینکه دختران رفتار پرخاشگرانه پسران را تقلید می‌کنند. این امر نیاز به پژوهش‌های بیشتری دارد.

۳) همچنانکه زوکولی‌لو (۱۹۹۳) نتیجه‌گیری نمود، بیشتر پژوهش‌هایی که نشان دهنده تفاوت در میزان شیوع اختلال سلوکی در دختران و پسران هستند بر آزمودنی‌های پسر متمرکز شده‌اند که دارای پیشینه اختلالات سلوکی همچون بزهکاری و جنایت می‌باشند.

۴) هرچند در بررسی حاضر اختلالات سلوکی بر اساس تشخیص بالینی صورت نگرفته است اما می‌توان گفت که آزمودنی‌های شناسایی شده در مقیاس مشکلات روانشناختی راتر ۹۰٪ با تشخیص‌های بالینی همپوشی دارند (راتر، ۱۹۶۷).

۵) این امکان نیز وجود دارد که معیارهای تشخیص بالینی برای شناسایی اختلالات سلوکی در پسران سمت و سو داده شده و معیارهای تشخیصی در دختران را نادیده گرفته باشد. سخن کوتاه، برای تدوین معیارهای

تشخیصی، باید نتایج پژوهش‌های مربوط به شیوع اختلالات سلوکی در دختران را نیز در نظر داشت.

همان گونه که زوکولی‌لو (۱۹۹۳) نشان داده است، تفاوت در میزان شیوع اختلال سلوکی، بیشتر به دلیل متفاوت بودن الگوهای رفتاری دختران و پسران است. چنانچه بتوان به شناسایی این الگوها پرداخت، می‌توان معیارهای تشخیصی جداگانه‌ای برای تشخیص اختلالات سلوکی در پسران و دختران تدوین نمود. از آنجا که پژوهش‌های گذشته پیرامون میزان شیوع اختلالات سلوکی در مراکز قضایی انجام شده و بیشتر مردان بزهکار مورد بررسی قرار داده‌اند، یافته‌های پژوهشی آنها نمی‌توانند نشان دهنده میزان شیوع این اختلال در دو جنس باشند.

#### سپاسگزاری

با سپاس و قدردانی از سرکار خانم دکتر ماریا کالیاس<sup>(۱)</sup> استاد دانشگاه و انستیتو روانپزشکی لندن که مرا در اجرای این پژوهش یاری و راهنمایی نمودند.

#### منابع

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.-R)*: Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed)*: Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Charlton, T., Bloomfield, A., & Timm, E. (1993). Prevalence of problem behaviors in the school population on St. Helen, South Atlantic: Preliminary findings. *Therapeutic Care and Education*, 2, 244-251.
- Coie, J. D., & Dodge, K. A. (1988). Multiple sources of data on social behavior and social status in the school: A cross-age comparison. *Child Development*, 59, 815-

- Earls, F. (1994). Oppositional - defiant and conduct disorder. In M. Rutter, M. Taylor, L. Hersov (Eds.). *Child psychiatry, modern approaches (3rd ed.)* Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Farrington, D. P. (1993). Motivation for conduct disorder and delinquency. *Developmental and Psychopathology*, 5, 225-241.
- Graham, P. (1979). Epidemiological studies. In H. C. Quay, & J. S. Werry (Eds.). *Psychological disorders of childhood (2nd ed.)*. New York: John Wiley.
- Kashani, J. H., Beck, N. C., & Hooper, E. et al. (1987). Psychiatric disorders in community samples of adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 144, 584-589.
- Kazdin, A. (1987). *Conduct disorders in childhood and adolescence*. New York: Sage Publication Inc.
- Kosky, R., McAlpine, I., Silburn, S., & Richmond, J. (1985). A survey of child psychiatric outpatients: Clinical and demographic characteristics. *Australian and Newzland Journal of Psychiatry*, 19, 155-156.
- Lorion, R. P., Tolan, P. H., & Wahler, P. G. (1987). Prevention. In H. Quay (Ed.), *The handbook of juvenile delinquency*. New York: John Wiley.
- McGee, R., Fechan, M., Williams, S., Portridge, F., Silva, P. A., & Kelly, J. (1990). DSM-III disorders in a large of adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 611-619.
- Patterson, G. R. (1982). *A social learning approach: coercive family process*. Eugene: Castelia.
- Robins, L. N. (1966). *Deviant children grown Up: A sociological psychiatric study of sociopathic personality*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Robins, L. N. (1986). The consequences of conduct disorder in girls. In D. Olweus, J. Block, & M. Radke-Yarrow, (Eds.). *Developmental of antisocial and prosocial behavior, research, theories, and issues*. New York: Academic Press Inc.
- Rubin, K. H., Lemare, L. J., & Lollis, S. (1990). Social withdrawal in childhood: Developmental pathways to peer rejection. In S. R. Asher & J. D. Coie (Eds.). *Peer rejection in childhood*. London: Cambridge University Press.
- Rutter, M., Cox, A., Tuplin, C., Berger, M., & Yule, W. (1975). Attainment and adjustment in two geographical areas: the prevalence of psychiatric disorders. *British Journal of Psychology*, 126, 493-509.
- Rutter, M., Tizard, J., & Whitmore, K. (1970). *Education, health and behavior*. London: Longmans.
- Tolan, P. H., Mitchell, M. E. (1990). Families and therapy of antisocial and delinquent behavior. In P. H. Tolan (Ed.). *Multi-systemic structure-strategic for interventions child and adolescent behavior problems*. London: Howorth Press.
- West, D. (1985). Delinquency, In M. Rutter, & L. Hersov (Eds.). *Child and adolescent psychiatry modern approaches*, (2nd ed.) Oxford: Blackwell Scientific.
- World Health Organization (1992). *International statistical classification of diseases and related health problems: (ICD-10)*. Geneva: World Health Organization.
- Zoccolillo, M. (1992). Co-occurrence of conduct disorder and its adult outcomes with depressive and anxiety disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 547-556.
- Zoccolillo, M. (1993). Gender and developmental of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 65-78.