

مروری بر درمان های اختلال سلوک در کودکان و نوجوانان

محمد رضا خدا بخش^۱ عذرا عابدی^۲

^۱استادیار، گروه روان شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران (نویسنده مسئول)

^۲دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه آزاد واحد نیشابور

چکیده

افراد مبتلا به اختلال سلوک اغلب به حقوق دیگران بی توجهی می کنند و هنجارها و قوانین اجتماعی را زیر پا می گذارند. این اختلال می تواند اثرات منفی قابل توجهی بر عملکرد اجتماعی، تحصیلی و شغلی فرد داشته باشد. بنابراین توجه به درمان این اختلال بسیار مفید و ضروری است. هدف این پژوهش انجام مروری بر درمان های اختلال سلوک در کودکان و نوجوانان بود. این پژوهش به روش کتابخانه ای انجام شد. بدین صورت که ابتدا روش های درمانی اختلال سلوک در کودکان و نوجوانان از منابع پیشین استخراج و دسته بندی شد. سپس پیشینه پژوهشی هر درمان به صورت جداگانه استخراج و در دسته های مربوطه قرار گرفت که در نهایت روان درمانی به روش های مختلف در گروه های درمانی رفتاری، شناختی رفتاری، خانواده درمانی، درمان چندسیستمی، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، نقاشی درمانی و دارودرمانی خلاصه شد.

واژه های کلیدی: اختلال سلوک، کودکان و نوجوانان، روان درمانی

مقدمه

اختلال سلوک^۱ یک اختلال روانی است که با رفتارهای پرخاشگرانه و ضداجتماعی مشخص می شود که در آن فرد حقوق اولیه افراد دیگر را زیر پا می گذارد، نسبت به حیوانات و اشیاء نگرش مخرب نشان می دهد و به طور مداوم و مکرر ارزش های جامعه و قوانین وضع شده را زیر پا می گذارد (تونالی^۲ و همکاران، ۲۰۱۹؛ کولس^۳ و همکاران، ۲۰۲۱) و با نشان دادن رفتارهای ضد اجتماعی مکرر یا شدید به مدت حداقل ۶ ماه خود را نشان می دهد. هنگامی که به تصویر بالینی کودکان خردسال نگاه می کنیم، رفتارهای نافرمانی واضحی مانند سرکشی، خصومت، مشکلات سازگاری و مخرب بودن فراتر از حد معمول وجود دارد، در حالی که رفتارهایی مانند دزدی، تقلب، فرار از مدرسه یا خانه، دروغ گفتن، دعوا و... موارد مضر در کودکان بزرگتر مشاهده می شود. در موارد شدیدتر، رفتارهای افراطی مانند طغیان خشم، برافروختن آتش سوزی و آسیب رساندن به حیوانات یا کودکان دیگر می تواند باشد. (محمد^۴، ۲۰۲۲؛ یوسل^۵، ۲۰۲۰) در مطالعه ای که تجربیات آزار سایبری افراد مبتلا به اختلالات رفتاری را مورد بررسی قرار داد، به نکته متفاوتی پرداخت. بر این اساس، مشخص شده است که افراد مبتلا به اختلالات سلوک می توانند مرتکب یا قربانی آزار اینترنتی باشند. (باومن^۶ و همکاران، ۲۰۲۲) اختلال سلوک یکی از چالش برانگیزترین و پایدارترین اختلالات سلامت روان در کودکان و نوجوانان است. در یازدهمین ویرایش طبقه بندی آمار بین المللی بیماری ها و مشکلات بهداشتی در سال ۲۰۲۲ سازمان جهانی بهداشت ۷ اختلالات ناهنجار تحت عنوان اصلی "رفتار مخرب یا اختلال رفتاری و اختلالات اجتماعی" تعریف شده است. در (DSM-5)^۷ الگوهای رفتاری اختلال سلوک به چهار دسته طبقه بندی می شوند. پرخاشگری نسبت به افراد یا حیوانات، تخریب اموال، سرقت، تجاوز و نقض جدی قوانین و معیارهای اضافه شده عبارتند از سلوک به همراه هیجان های جامعه دوستانه محدود: فرد باید در مدت ۱۲ ماه گذشته در روابط میان فردی و هیجانی ۲ مورد از ۴ مورد را دارا باشد و روند معمولی زندگی فرد باشد نه به صورت جسته و گریخته و حاصل گزارش اطرافیان هم باشد. عدم ندامت یا عذاب وجدان، بی عاطفگی _ عدم همدلی، عدم دغدغه درباره کیفیت عملکرد، عاطفه سطحی یا ساختگی.

اختلالات ناهنجار کودکان و نوجوانان مبتلا به سلوک به دلیل تأثیر مؤلفه های ژنتیکی زمینه ای و همچنین عوامل محیطی به خصوص، زمانی که این اختلال پایدار باشد، عوامل خطر قوی برای بزهکاری (به ویژه جرایم مکرر، شدید و خشونت آمیز)، اختلال شخصیت ضد اجتماعی، سوء مصرف مواد، و همچنین با بارداری زودهنگام، عدم تکمیل دبیرستان، افزایش تعداد تصادفات وسیله نقلیه، میزان جراحات بالا، روابط ضعیف با همسالان و مشکلات سلامت جسمانی. علاوه بر این، اختلال سلوک

^۱. Conduct Disorder^۲. Tonyalı et al^۳. Kohls et al^۴. Mohamed^۵. Yücel^۶. Bauman et al.^۷. World Health Organization^۸. Diagnostic and statistical manual of mental disorders

یک عامل خطر قوی برای افسردگی و اضطراب در بزرگسالی را دارا می باشند. (سلمانیان و همکاران ۲۰۱۸، مسرور^۹ و همکاران ۲۰۱۹، کرکس و همکاران ۲۰۲۰) در علت شناسی اختلالات سلوک نمی توان مانند سایر اختلالات روانی تنها از تأثیر یک عامل صحبت کرد. دقیق تر است که بگوییم عوامل ژنتیکی با عوامل محیطی در این اختلال همراه شده و باعث پیدایش آن در چارچوب اپی ژنتیکی می شوند. عوامل ژنتیک، روانشناسی، نوروبیولوژی و اجتماعی با تعامل بین خود نقش مهمی در علت شناسی اختلالات سلوک ایفا می کنند. سطح پایین اجتماعی-اقتصادی، خانواده از هم پاشیده، مواجهه مداوم با آزار جسمی و جنسی، داشتن والدین ضداجتماعی، والدینی با دو یا چند فرزند، تنبیه بیش از حد یا نظارت ناکافی والدین، بیکاری، و مدارس و محله های پرخطر. میزان جرم و جنایت به عنوان عوامل خطر برای اختلال سلوک در نظر گرفته می شود علاوه بر این، مشاهده خشونت اجتماعی یا قربانی خشونت اجتماعی، احتمال ابتلا به اختلال سلوک را به ترتیب دو و چهار برابر افزایش می دهد. عوامل خطر موثر بر اختلالات سلوک را به سه گروه تقسیم کردند. اینها عوامل بیولوژیکی، مرتبط با کودک و روانی اجتماعی هستند. عوامل بیولوژیکی شامل یافته های ژنتیکی، عصبی-آناتومیک و عصبی شیمیایی، تحریک سیستم عصبی خودمختار، مشکلات پیش از تولد و پس از تولد است. عوامل کودک عبارتند از خلق و خو، دلبستگی، هوش، پیشرفت تحصیلی. عوامل روانی اجتماعی شامل تربیت کودک، تأثیر همسالان، کودک آزاری، عوامل استرس زای زندگی و مهارت های مقابله ای. (اوزبی و همکاران، ۲۰۲۴) و سایر عوامل مانند تکانشگری، غفلت، آسیب روانی والدین، روش انضباطی خشن و تنبیهی والدین، طلاق، همسر آزاری که با آشفتگی های خلقی و پرخاشگری و گوش به زنگی ذکر شده است. اگرچه اختلال سلوک در تمام سطوح اقتصادی دیده می شود، اما در خانواده هایی که دارای سطح پایین وضعیت اجتماعی-اقتصادی هستند، مشکلاتی مانند بیکاری دارند، شایع تر است (چان و همکاران ۲۰۲۲) در مطالعه ای که روی دوقلوها انجام شد به رابطه بین زن و محیط در علت شناسی اختلال سلوک پرداخته شد، ۴۳ درصد از تفاوت های فردی در مشکلات رفتاری در کودکان ۹ تا ۱۰ ساله با عوامل ژنتیکی و ۴۴ درصد با عوامل محیطی توضیح داده شد، در حالی که مطالعه دیگری نشان داد که واریانس ژنتیکی ۶۱ درصد است. در مطالعه دیگری که با دوقلوها انجام شد، رفتارهای پرخاشگرانه (آسیب رساندن به اشیاء، حیوانات، افراد و ...) ژنتیکی است. با این حال رفتارهای منفی مانند فرار از مدرسه و خانه، دزدی و آتش زدن تحت تأثیر محیط رخ می دهد. علاوه بر این، کودکانی که پدران شان دارای اختلال شخصیت ضداجتماعی هستند، در مقایسه با کودکانی که پدران شان اختلال شخصیت ضد اجتماعی ندارند، دو برابر بیشتر در معرض خطر ابتلا به اختلال سلوک و انجام رفتارهای ضد اجتماعی در زندگی بزرگسالی هستند موضوع دیگری که می توان آن را عامل بیولوژیکی دانست، جنسیت است. اختلالات سلوک در مردان بیشتر از زنان است این تفاوت مربوط به جنسیت بر رابطه بین هورمون های آندروژن و پرخاشگری در مردان تأکید می کند مطالعات قبلی نشان داده اند که سروتونین موثرترین انتقال دهنده عصبی در برابر پرخاشگری سروتونین است. سروتونین با تکانشگری و پرخاشگری مرتبط است و در افراد دارای کنترل تکانه و اختلالات رفتاری به مقدار کم یافت می شود. قرار گرفتن مادر در معرض مواد سمی مانند الکل، سیگار، متادون و مواد افیونی در دوران بارداری، جنین را در معرض خطر بالای مشکلات رفتاری قرار می دهد طبق یک مطالعه، سیگار کشیدن مادر بیش از نیم بسته در روز در دوران بارداری، خطر ابتلا به اختلال سلوک را تا ۴،۴ برابر افزایش می دهد. نظریه های رشد عصبی اختلال سلوک و سایر اختلالات ضداجتماعی

^۹. Salmanian et al^{۱۰}: Masroor et a^{۱۱}, Kerekes et al^{۱۲} ÖZBAY, A et al^{۱۳} Chan L. et al

نشان می دهند که اختلالات در تعدادی از نواحی قشر مغز و زیر قشری، به ویژه قشر پیشانی شکمی، جسم مخطط، آمیگدال، قشر تمپورال فوقانی و قشر سینگولیت قدامی و خلفی در ایجاد این ناحیه نقش دارند. . در یک مطالعه تصویربرداری عصبی ساختاری با مقایسه جوانان با اختلال سلوک و گروه کنترل، جوانان مبتلا به اختلال سلوک کاهش ضخامت قشر در شکنج گیجگاهی فوقانی، کاهش سطح در قشر اوربیتوفرونتال و افزایش چین خوردگی قشری در اینسولا را نسبت به جوانان در گروه کنترل نشان دادند (فیرچایلد^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۵). فهیم^{۱۵} و همکاران (۲۰۱۱) کاهش ضخامت قشر مغز، نازک شدن قشر سینگوله، پیش پیشانی و کاهش تراکم ماده خاکستری را در همان مناطق مغز در کودکان مبتلا به اختلال سلوک در مقایسه با کودکان گروه کنترل مشاهده کردند. در یک مطالعه تصویربرداری عصبی ساختاری، تفاوت های ماده خاکستری در لوب جداری، لوب فرونتال، سینگولیت قدامی، شکنج لیگوال، لوب خلفی مخچه و اینسولا یافت شد. در نهایت، بسیاری از مطالعات تصویربرداری عصبی کاهش حجم آمیگدال را یافته اند. شیوع به طور کلی در پسرها بیشتر است و نسبت شیوع در پسرها نسبت به دخترها از ۴ به ۱ تا ۱۲ به ۱ می باشد. در پسرها اوج شیوع ۱۰-۱۲ سال و برای دختران ۱۴-۱۶ سال است. اختلال سلوک در کودکان والدین مبتلا به اختلال شخصیت ضد اجتماعی و وابستگی الکل و مواد از جمعیت کلی بیشتر است. کودکان و نوجوانانی که مبتلا به اختلالات سلوک تشخیص داده می شوند، بیشتر به سایر اختلالات روانپزشکی مبتلا می شوند. اختلال نافرمانی مقابله ای^{۱۶} اختلال نقص توجه و بیش فعالی^{۱۷} اختلالات خلقی^{۱۸} اختلالات اضطرابی^{۱۹} اختلال سوء مصرف مواد^{۲۰} و اختلال استرس پس از سانحه^{۲۱} به ترتیب بیشترین همبودی را با اختلال سلوک دارند. (سلمانیان و همکاران ۲۰۲۰، وودوارد^{۲۲} و همکاران. ۲۰۲۳) اولین اختلال روانپزشکی که در تشخیص افتراقی مورد توجه قرار می گیرد، اختلال نافرمانی مقابله ای است. اختلال نافرمانی مقابله ای، که می تواند در هر سنی بین مراحل اولیه تشخیص داده شود در اختلالات نافرمانی مقابله ای، الگویی از سرکشی نسبت به بزرگسالان و اقتدار وجود دارد، اما مهم ترین نکته ای که باید در هنگام تمایز مورد توجه قرار گیرد این است که کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای به حقوق اساسی دیگران یا ارزش های اجتماعی و قوانین تعیین شده تعرض نمی کنند. (لیلگ^{۲۳}، ساگار^{۲۴} و همکاران، ۲۰۱۹) کودکانی که مبتلا به اختلال کمبود توجه بیش فعالی تشخیص داده می شوند نیز ممکن است رفتارهای پر خاشگروانه از خود نشان دهند، اما این به دلیل تکانشگری و

^{۱۴} Fairchild G, et al

^{۱۵} Fahim C, et al

^{۱۶} oppositional defiant disorder (ODD)

^{۱۷} attention deficit hyperactivity disorder (ADHD)

^{۱۸} mood disorders,

^{۱۹} Anxiety disorders

^{۲۰} substance abuse disorder

^{۲۱} posttraumatic stress disorder(PTSD)

^{۲۲} Woodward D. et al

^{۲۳} Lillig M

^{۲۴} Sagar R. et al

بیش فعالی است. کودکانی که مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی تشخیص داده می شوند، حتی اگر چنین رفتارهایی را از خود نشان دهند، ارزش ها و قوانین اجتماعی را نقض نمی کنند اختلال دیگری که می توان آن را با اختلالات سلوک تشخیص داد، اختلال انفجاری متناوب است. به گفته لیلینگ (۲۰۱۸)، اگرچه رفتارهای پرخاشگرانه در اختلال انفجاری متناوب وجود دارد، اما این رفتارها به جای برنامه ریزی، تکانشی هستند. علاوه بر این، بر خلاف افراد مبتلا به اختلال سلوک، افراد مبتلا به اختلال انفجاری متناوب پس از طغیان خشم خود احساس گناه و پشیمانی می کنند در نوجوانان مبتلا به اختلالات خلقی این رفتار کودک یا نوجوان ممکن است مربوط به دوره شیدایی یا هیپومانیا باشد در مصرف الکل و مواد، مصرف بیش از حد یا ترک مواد ممکن است منجر به رفتارهای مخرب شود، اما این رفتارهای مخرب در غیاب این شرایط ناپدید می شوند. اختلال سلوک می تواند عواقب طولانی مدت زیادی در بزرگسالی داشته باشد. مطالعات نشان داده است که افراد مبتلا به اختلال سلوک در معرض خطر بیشتری برای رفتارهای ضدا اجتماعی مداوم، مشکلات قانونی، دورنمای شغلی ضعیف، مشکلات روابط، و احتمال بالاتر ابتلا به سایر اختلالات روانپزشکی در بزرگسالی باشند. مداخله زودهنگام، درمان مناسب و محیط های حمایتی می توانند تأثیر منفی اختلال سلوک را به میزان قابل توجهی کاهش دهند. روش های درمانی مختلفی برای این اختلال ارائه شده است و پژوهش های مختلفی اثربخشی این روشها را بر درمان اختلال سلوک در کودکان و نوجوانان مورد ارزیابی قرار داده اند. بنابراین، پژوهش حاضر قصد دارد با مرور این روش های درمانی، پژوهش های انجام شده در زمینه هر یک از روش های درمانی اختلال سلوک در کودکان و نوجوانان را مرور و ارائه کند.

روش

این پژوهش به روش کتابخانه ای انجام شد. بدین صورت که ابتدا روش های درمانی اختلال سلوک در کودکان و نوجوانان از منابع پیشین استخراج و دسته بندی شد. سپس پیشینه پژوهشی به صورت جداگانه استخراج و در دسته های مربوطه قرار گرفت که در نهایت، در درمان های شناختی رفتاری، خانواده درمانی، رویکرد سیستمی، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی، نقاشی درمانی و دارودرمانی تقسیم بندی شد.

یافته ها

بر اساس مرور انجام شده، روش های درمانی که می توانند برای اختلال سلوک در کودکان و نوجوانان مورد استفاده قرار گیرند به شرح زیر هستند (ابیدوگان، ۲۰۲۳):^{۲۵}

درمان های شناختی رفتاری (آموزش مدیریت رفتار به والدین، درمان تعاملی والد-کودک، آموزش مهارت های حل مسئله کازدین آموزش (سال های باورنکردنی، مقابله با خشم، آموزش جایگزین سازی پرخاشگری)، تمرین رفتاری والدین، برنامه کمک به کودکان ناسازگار، درمان های خانواده محور (خانواده درمانی شناختی-رفتاری، خانواده درمانی کارکردی، خانواده درمانی راهبردی کوتاه مدت) درمان های چندوجهی و چندجزئی (درمان چندسیستمی)، درمان از طریق آموزش ذهن آگاهی و خودگردانی، نقاشی درمانی و دارو درمانی.

درمان شناختی - رفتاری

۱- آموزش مدیریت رفتار به والدین (PMT)

بهترین و پرتعدادترین درمان برای مشکلات سلوک در کودکان خردسال PMT است که یک مداخله رفتارگرایانه براساس این باور است که رفتارهای اخلاص گرانه کودکان معمولاً در کانتکست تعاملات منفی و تحمیلی والد-فرزند به وجود می آید. آموزش مدیریت والدین (PMT) یک مداخله ساختاریافته و مبتنی بر مهارت است که هدف آن تقویت شیوه های فرزندپروری مثبت، بهبود تعاملات والدین و فرزند و کاهش رفتارهای مشکل ساز در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک است. مبتنی بر یادگیری اجتماعی است و نظریه و اصول رفتاری، با تاکید بر نقش تقویت، الگوسازی و ارتباط موثر در شکل دادن به رفتار کودک PMT. معمولاً شامل مجموعه ای از جلسات ساختاریافته است که توسط یک درمانگر آموزش دیده رهبری می شود، جایی که والدین یا مراقبان، استراتژی ها و تکنیک های خاصی را برای مدیریت رفتار فرزندشان یاد می گیرند و تمرین می کنند. این استراتژی ها اغلب شامل تعیین انتظارات و قوانین واضح، اجرای پیامدهای ثابت برای رفتارها، استفاده از تقویت مثبت، ارتقای ارتباط موثر و حل مسئله است (پترسون،^{۲۴} زید، و دیشیون، ۱۹۹۲؛ چمبرلین،^{۲۵} لو، و دیگرمو، ۲۰۰۸؛ توماس،^{۲۶} و زیمبر-گمبک، ۲۰۱۱). اثرگذاری این درمان در مطالعات مختلف تایید شده است. (اسکات،^{۲۷} ۲۰۰۸؛ گاتی و همکاران،^{۲۸} ۲۰۱۹؛ وو و همکاران،^{۲۹} ۲۰۱۵)

۲- درمان تعاملی والد- کودک (PCIT)

این درمان یکی از واریانت های درمان مدیریت والدین است. برای خانواده هایی طراحی شده است که فرزندان پیش دبستانی و دبستانی آنها رفتارهای اخلاص گرانه نشان می دهند. تفاوت این درمان با PMT در این است که والدین و فرزندان همراه هم در جلسات روان درمانی شرکت می کنند. همانطور که از نام این روش درمانی پیدا است، این درمان بر روابط میان والد و کودک تمرکز می کند. در این درمان ش می شود تا کیفیت رابطه ای میان والد و فرزند بهبود یابد. بسیاری از برنامه های درمانی تمرینی والدین، این بر اساس این نوع از درمان ساخته شده اند (وو و همکاران، ۲۰۱۵). تاثیرگذاری این درمان بر اختلال سلوک در مطالعات مختلف تایید شده است. (وو و همکاران، ۲۰۱۵؛ گاتی و همکاران، ۲۰۱۹؛ اسکات، ۲۰۰۸)

^{۲۴}Patterson. et al^{۲۵}Chamberlain^{۲۶}Thomas, R., et al^{۲۷}Scott^{۲۸}Gatti et al.^{۲۹}Wu et al.^{۳۰}Parent-Child Interaction Therapy

۳- آموزش مهارت های حل مسئله کازدین^{۳۳} (PSST)

آموزش مهارت های حل مسئله کازدین که یک برنامه متوالی ۱۲ هفته ای برای کودکان است که مهارت های حل مسئله را یاد بگیرند و به هنگام مواجهه با موقعیت های مشکل یا مناقشات میان فردی آنها را به کار گیرند. Superlovers مجموعه ای از تکالیف است که در آنها موقعیت هایی به صورت داستانی یا توصیفی ارائه می شوند و کودکان می توانند این تکنیک ها را در آنها به کار ببرند. کازدین و همکاران (۱۹۸۷)، این روش درمانی را برای کودکان که رفتارهای ضداجتماعی و خشونت آمیز داشتند. اثرگذاری این درمان بر اختلال سلوک، توسط گاتی و همکاران (۲۰۱۹) تایید شده است.

۴- آموزش (سالهای باورنکردنی)^{۳۴} (IY)

نوعی مداخله CBT که درمورد کودکان ۳ تا ۸ سال اجرا می شود. این برنامه ۲۲ هفته اجرا می شود که در این جلسات کودکان شرکت می کنند اما والدین و معلمان هم موضوعاتی را یاد می گیرند.

۵- مقابله با خشم^{۳۵} (ACP)

برنامه ۱۸ جلسه ای که کودکان کلاس چهارم تا ششم در آن شرکت می کنند. در این برنامه روی افزایش توانایی بازشناسی هیجانی، تنظیم هیجان و مدیریت خشم متمرکز می شود. استراتژی های مقابله با خشم شامل پرت کردن حواس به سایر محرک ها، حرف زدن باخود، گذاشتن خود جای دیگران، تعیین هدف و حل مسئله است. اثرگذاری این درمان بر اختلال سلوک، توسط گاتی و همکاران (۲۰۱۹) تایید شده است.

۶- آموزش جایگزین سازی پرخاشگری^{۳۶} (ART)

این روش برای نوجوانانی که سابقه رفتارهای اخلاقی گرانه، پرخاشگرانه، آنتی سوشال دارند طراحی شده است و براساس این باور قرار دارد که این نوجوانان مهارت های رفتاری هیجانی و شناختی لازم برای فعالیت های جامعه دوستانه نقطه مقابل ضد اجتماعی یا آنتی سوشال را ندارند. در عوض این نوجوانان در کسب مهارت های اجتماعی، حل مسئله اجتماعی، تنظیم هیجان و استدلال اخلاقی که توانایی آنها برای رفتارهای سازنده و کنار آمدن با دیگران را مخصوصا اعضای خانواده و همسالان، یاد گرفته و تقویت می شوند. در فعالیت های گروهی ساختار دار طراحی شده شرکت می کنند و شامل سه مرحله است (۱) آموزش مهارت های جامعه دوستانه (۲) آموزش کنترل خشم (۳) آموزش استدلال اخلاقی (گنجی، ۱۳۹۸).

^{۳۳} Kazdin, s Problem- Solving Skills Training (PSST)

^{۳۴} Incredible Years

^{۳۵} Anger Coping Program

^{۳۶} Aggression Replacement Training

تمرین رفتاری والدین (BPT^{۳۷})

تمرین رفتاری والدین یکی از پرکاربردترین درمان های رفتاری برای اختلال سلوک است (ماگان و همکاران،^{۳۸} ۲۰۰۵). در این نوع از درمان، به والدین آموزش داده می شود که مشکلات رفتاری فرزندشان را تشخیص داده و با استفاده از ابزارهای مناسب، میزان شدید بودن این رفتارها را مشخص کنند. سپس، به والدین آموزش هایی جهت درمان متناسب با زمینه شخصیشان داده می شود. تمرین رفتاری والدین، بر اساس تغییر رفتاری انجام می شود. در این تمرین، فرض بر این است که این اجتماع و از جمله والدین هستند که باعث ماندگار شدن رفتارهای مناسب و یا مخرب کودک می شوند. تاثیرگذاری این درمان بر اختلال سلوک در مسالعات متعدد تایید شده است. (ماگان و همکاران،^{۳۹} ۲۰۰۵؛ اورایی،^{۴۰} ۲۰۰۵؛ ویز و همکاران،^{۴۱} ۲۰۱۴) تایید شده است.

برنامه کمک به کودکان ناسازگار (NCCP^{۴۲})

برنامه کمک به کودکان ناسازگار، توسط فرهنگد و مک من (۱۹۸۱)^{۴۳} طراحی شد. این درمان مخصوص کودکان سنین پیش-دبستانی و دبستان بوده و شامل برنامه هایی برای والدین کودکانی است که رفتار ناسازگار دارند. هدف این برنامه این است که محیطی کنترل شده را ایجاد کند که در آن، والدین بتوانند راه هایی را برای تعامل با فرزندشان بیاموزند. جلسات به صورت دو یا سه جلسه در هفته برگزار می شوند. هر جلسه بین ۶۰ تا ۹۰ دقیقه به طول می انجامد و معمولاً نیاز است که والدین به همراه کودکشان ۸ تا ۱۰ جلسه را بگذرانند (گاتی و همکاران،^{۴۴} ۲۰۱۹). تاثیرگذاری این درمان بر اختلال سلوک در مطالعاتی تایید شده است. (گاتی و همکاران،^{۴۵} ۲۰۱۹؛ اسکات،^{۴۶} ۲۰۰۸)

درمان های خانواده محور**۱- خانواده درمانی شناختی-رفتاری^{۴۷}**

خانواده درمانی شناختی رفتاری یکی دیگر از درمان هایی است که می تواند برای اختلال سلوک مورد استفاده قرار گیرد. در این درمان، باورهای غیرمنطقی و دفاعی مراجع هدف قرار می گیرند. این رویکرد درمانی باور دارد که روابط خانوادگی، شناختها،

^{۳۷}Behavior Parent Training^{۳۸}Maughan et al.^{۳۹}Maughan, D. R et al^{۴۰}Weisz et al.^{۴۱}The Helping the Non-Compliant Child program^{۴۲}Forehand & McMahon^{۴۳}Cognitive Behavioral Family Therapy

رفتارها و هیجانات بر یکدیگر تاثیر متقابل دارند (بکوار و بکوار، ۲۰۰۳). تاثیر این درمان بر اختلال سلوک، توسط داتیلیو و کالینز^{۴۵} (۲۰۱۸) تایید شده است.

۲- خانواده درمانی کارکردی (FFT)^{۴۶}

این روش، به طور کلی با کارکرد رفتارهای مختلف در خانواده سروکار دارد. در واقع، خانواده درمانی کارکردی، این مسئله را در نظر می گیرد که چگونه رفتار هریک از اعضای خانواده در سیستم خانواده کار می کند. هدف در این نوع از درمان، افزایش تعامل متقابل و تقویت مثبت در بین اعضای خانواده است. این درمان همواره جزو درمان هایی است که در زمینه اختلال سلوک مورد استفاده قرار می گیرد (وو و همکاران، ۲۰۱۵). تاثیر این درمان بر اختلال سلوک در مطالعات متعددی تایید شده است. (وو و همکاران، ۲۰۱۵؛ گاتی و همکاران، ۲۰۱۹؛ اسکات، ۲۰۰۸؛ هنگلر و شیدو^{۴۷} ۲۰۱۱)

۲- خانواده درمانی راهبردی کوتاه مدت (BSFT)^{۴۸}

این درمان که ابتدا توسط زاپوزنیک و همکاران (۲۰۰۳) مورد استفاده قرار گرفت، و حاصل بیش از ۴۰ سال تلاش و پژوهش در دانشگاه میامی است. این درمان نیز، درمان خانواده محور دیگری است که برای اختلال سلوک به کار می رود و در آن بر روی بهبود تعاملات میان خانواده تمرکز می شود. خانواده درمانی راهبردی کوتاه مدت به شکل هفتگی ارائه می شود و معمولاً به مدت ۴ ماه و یا ۸ تا ۲۴ جلسه به طول می انجامد (گاتی و همکاران، ۲۰۱۹). این درمان به نیازهای خانواده می نگرد و بر اساس آنها بر سه ساختار اصلی متمرکز می شود: (۱) سیستم (۲) ساختار یا الگوهای تعامل و (۳) استراتژی (زاپوزنیک و همکاران، ۲۰۰۳). تاثیر این درمان بر اختلال سلوک در مطالعات مختلفی تایید شده است. (وو و همکاران، ۲۰۱۵؛ گاتی و همکاران، ۲۰۱۹؛ هنگلر و شیدو^{۴۷} ۲۰۱۱)

درمان های چندوجهی و چندجزئی

۱- درمان چندسیستمی (MST)^{۴۹}

درمان چندسیستمی (MST) یک مداخله چندوجهی، کوتاه مدت، یک درمان مبتنی بر خانه و جامعه است که برای خانواده های جوانان با مشکلات روانی و رفتاری شدید طراحی شده است (لیتل و همکاران، ۲۰۰۵). به گفته هنگلر و همکاران (۱۹۹۸)، این درمان خدماتی را با محدودیت زمانی (۴ تا ۶ ماه) به کل خانواده ارائه می دهد. درمان می تواند بر تغییرات شناختی و یا رفتاری، مهارت های ارتباطی، مهارت های فرزندپروری، روابط خانوادگی، روابط با همسالان، عملکرد مدرسه و/یا شبکه های

^{۴۵}Becvar & Becvar

^{۴۶}Datillio & Collins

^{۴۷}Functional family therapy

^{۴۸}Henggeler & Sheidow

^{۴۹}Brief strategic family therapy

^{۵۰}Multi-systemic Therapy

^{۵۱}Littell et al.

اجتماعی متمرکز باشد. تاثیر این درمان بر اختلال سلوک در مطالعاتی تایید شده است. (گاتی و همکاران، ۲۰۱۹؛ هنگلر و شیدو، ۲۰۱۱؛ بیکر^{۵۱}؛ ولفندن^{۵۲}؛ ۲۰۰۳)

درمان از طریق آموزش ذهن آگاهی و خودگردانی^{۵۳}

درمان از طریق آموزش ذهن آگاهی و خودگردانی نیز، یکی دیگر از مداخلاتی است که می تواند در مورد مبتلایان به اختلال سلوک مورد استفاده قرار گیرد. ذهن آگاهی به معنای آگاهی از افکار، احساسات و تجربیات به روشی کنجکاوانه و بدون قضاوت است. ذهن آگاهی با آگاهی ارتباط نزدیکی دارد و به فرد اجازه می دهد تا با عملکرد ذهن خود بهتر آشنا شود (اوستافین و همکاران، ۲۰۱۵^{۵۴}). خودگردانی نیز، به فرایندهای کنترل رفتاری از جمله توانایی مهار و به تعویق انداختن پاسخ ها، تغییر و سازگاری انعطاف پذیر و حفظ کنترل هیجانی جهت دستیابی به اهداف و هدایت رفتار گفته می شود (اوکانر و آمین^{۵۵}، ۲۰۱۳). تاثیرگذاری این درمان بر اختلال سلوک، توسط دوی و همکاران^{۵۶} (۲۰۱۵) تایید شده است.

نقاشی درمانی^{۵۷}

یکی از روشهای مداخله، برای درمان استفاده از هنر در فرایند درمان است. به این دلیل که کودکان نسبت به بزرگسالان دایره لغات محدودتری دارند، میتوان از نقاشی جهت بیان و تخلیه هیجانات آنها استفاده کرد. نقاشی می تواند به عنوان ابزاری برای بروز پرخاشگری کودک مبتلا به اختلال سلوک مورد استفاده قرار گیرد. تاثیر نقاشی درمانی بر درمان اختلال سلوک توسط جنگی قوچه بیگلو و همکاران^{۵۸} (۱۳۹۳) تایید شده است.

دارو درمانی

داروهای به کار رفته در درمان اختلال سلوک عبارتند از : ریسپریدون ، هالوپریدول، اولانزاپین ، کتیاپین، زیراسیدونو آریپیرازول (انتی سایکوتیک های نسل دوم که عوارضی مثل کسلی و خواب آلودگی) . پرخاشگری در اختلال سلوک که همراه با دیسفوری و دیسترس است با کاربا مازپین بهتر درمان می شود. دریک مطالعه کلونیدین از پرخاشگری کاسته است. در

^{۵۱}Baker

^{۵۲}Woolfenden

^{۵۳}Mindfulness Therapy

^{۵۴}Östafin et al.

^{۵۵}O'Connor & Ammen

^{۵۶}Dewi et al.

^{۵۷}Painting Therapy

کلینیک ها از داروهای ضد افسردگی برای کاستن نشانه های تکانشگری، تحریک پذیری و نوسانات خلقی همراه سلوک استفاده می کنند. (گنجی، ۱۳۹۸). علاوه بر این (گرادین^۸ ۲۰۰۲؛ ماسی و همکاران^۹ ۲۰۰۷) تاثیر لیتیوم را در درمان اختلال سلوک تایید کرده اند.

نتیجه گیری:

افراد مبتلا به اختلال سلوک اغلب به حقوق دیگران بی توجهی می کنند و هنجارها و قوانین اجتماعی را زیر پا می گذارند. این اختلال می تواند اثرات منفی قابل توجهی بر عملکرد اجتماعی، تحصیلی و شغلی فرد داشته باشد. بنابراین توجه به درمان این اختلال بسیار مفید و ضروری است. در این مطالعه مروری بر روش های مختلف درمانی انجام شد و روش های مختلف درمانی به صورت زیر خلاصه شد.

آموزش مدیریت رفتار به والدین، بهترین و پرتعدادترین درمان برای مشکلات سلوک در کودکان خردسال است که یک مداخله رفتارگریانه براساس این باور است که رفتارهای اخلاص گرانه کودکان معمولاً در کانتکست تعاملات منفی و تحمیلی والد-فرزند به وجود می آید. آموزش مدیریت والدین یک مداخله ساختاریافته و مبتنی بر مهارت است که هدف آن تقویت شیوه های فرزندپروری مثبت، بهبود تعاملات والدین و فرزند و کاهش رفتارهای مشکل ساز در کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال سلوک است.

درمان تعاملی والد-کودک، این درمان یکی از واریانت های درمان مدیریت والدین است. برای خانواده هایی طراحی شده است که فرزندان پیش دبستانی و دبستانی آنها رفتارهای اخلاص گرانه نشان می دهند. تفاوت این درمان با PMT در این است که والدین و فرزندان همراه هم در جلسات روان درمانی شرکت می کنند. همانطور که از نام این روش درمانی پیدا است، این درمان بر روابط میان والد و کودک تمرکز می کند.

آموزش مهارت های حل مسأله کازدین که یک برنامه متوالی ۱۲ هفته ای برای کودکان است که مهارت های حل مسأله را یاد بگیرند و به هنگام مواجهه با موقعیت های مشکل یا مناقشات میان فردی آنها را به کار گیرند.

در روش مقابله با خشم کودکان کلاس چهارم تا ششم شرکت می کنند. در این برنامه روی افزایش توانایی بازشناسی هیجانی، تنظیم هیجان و مدیریت خشم تمرکز می شود.

روش جایگزین سازی پرخاشگری برای نوجوانانی که سابقه رفتارهای اخلاص گرانه، پرخاشگرانه، آنتی سوشال دارند طراحی شده است و براساس این باور قرار دارد که این نوجوانان مهارت های رفتاری هیجانی و شناختی لازم برای فعالیت های جامعه دوستانه نقطه مقابل ضد اجتماعی یا آنتی سوشال را ندارند و رفتارهای مناسب جایگزین این رفتارها می شود.

^۸Gérardin

^۹Masi et al.

درمان کمک به کودکان ناسازگار برای کودکان سنین پیش دبستانی و دبستان بوده و شامل برنامه‌هایی برای والدین کودکانی است که رفتار ناسازگار دارند. هدف این برنامه این است که محیطی کنترل شده را ایجاد کند که در آن، والدین بتوانند راه‌هایی را برای تعامل با فرزندشان بیاموزند.

خانواده درمانی شناختی رفتاری یکی دیگر از درمان‌هایی است که می‌تواند برای اختلال سلوک مورد استفاده قرار گیرد. در این درمان، باورهای غیرمنطقی و دفاعی مراجع هدف قرار می‌گیرند. این رویکرد درمانی باور دارد که روابط خانوادگی، شناخت‌ها، رفتارها و هیجانات بر یکدیگر تاثیر متقابل دارند.

در خانواده درمانی کارکردی، با کارکرد رفتارهای مختلف در خانواده سروکار دارد. در واقع، خانواده درمانی کارکردی، این مسئله را در نظر می‌گیرد که چگونه رفتار هریک از اعضای خانواده در سیستم خانواده کار می‌کند. هدف در این نوع از درمان، افزایش تعامل متقابل و تقویت مثبت در بین اعضای خانواده است.

خانواده درمانی راهبردی کوتاه مدت به نیازهای خانواده می‌نگرد و بر اساس آنها بر سه ساختار اصلی متمرکز می‌شود: (۱) سیستم (۲) ساختار یا الگوهای تعامل و (۳) استراتژی

درمان چندسیستمی یک مداخله چندوجهی، کوتاه مدت، یک درمان مبتنی بر خانه و جامعه است که برای خانواده‌های جوانان با مشکلات روانی و رفتاری شدید طراحی شده است. این درمان می‌تواند بر تغییرات شناختی و رفتاری، مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های فرزندپروری، روابط خانوادگی، روابط با همسالان، عملکرد مدرسه و/یا شبکه‌های اجتماعی متمرکز باشد.

درمان از طریق آموزش ذهن آگاهی و خودگردانی نیز، یکی دیگر از مداخلاتی است که می‌تواند در مورد مبتلایان به اختلال سلوک مورد استفاده قرار گیرد. ذهن آگاهی به معنای آگاهی از افکار، احساسات و تجربیات به روشی کنجکاوانه و بدون قضاوت است. ذهن آگاهی با آگاهی ارتباط نزدیکی دارد و به فرد اجازه می‌دهد تا با عملکرد ذهن خود بهتر آشنا شود.

در نقاشی درمانی میتوان از نقاشی جهت بیان و تخلیه هیجانات آنها استفاده کرد. نقاشی می‌تواند به عنوان ابزاری برای بروز پرخاشگری کودک مبتلا به اختلال سلوک مورد استفاده قرار گیرد.

دردارو درمانی از داروهای ضدروانپریشی نسل دوم، داروهای ضد افسردگی و داروهای مناسب برای کاهش پرخاشگری استفاده می‌شود.

در مجموع، تحقیقات نشان داده است که درمان های متعددی برای درمان اختلال سلوک در کودکان و نوجوانان موثر هستند. انتخاب روش درمانی مناسب به عوامل مختلفی از جمله سن کودک، شدت اختلال، مشکلات زمینه ای و ترجیحات کودک و خانواده بستگی دارد. در روش های مختلف درمانی توجه به این نکته مهم است که اختلال سلوک تحت تأثیر تعامل پیچیده عوامل متعدد است و موارد فردی ممکن است متفاوت باشد. علائم هشدار دهنده نشان دهنده افزایش خطر است و ارزیابی جامع توسط یک متخصص سلامت روان واجد شرایط برای تشخیص دقیق ضروری است. بنابراین، درمان باید فردی باشد و ارزیابی جامع توسط یک متخصص سلامت روان برای تعیین مناسب ترین رویکرد درمانی لازم است.

با توجه به یافته های این مقاله مروری، پیشنهادات پژوهشی زیر ارائه می شود :

- انجام تحقیقات بیشتر برای مقایسه اثربخشی روشهای درمانی مختلف برای اختلال سلوک در کودکان و نوجوانان
- انجام تحقیقات بیشتر برای شناسایی عوامل پیش بینی کننده پاسخ به درمان در اختلال سلوک

- توسعه روش های درمانی جدید و موثرتر برای اختلال سلوک در کودکان و نوجوانان در داخل کشور

منابع:

- بولند، رابرت، ورداین مارشا. خلاصه روانپزشکی کاپلان و سادوک بر اساس DSM-5-TR. جلد ۱. (ترجمه مهدی گنجی). ویراست ۱۲. نشر ساوالان. تهران
- جنگی قوچه بیگلر، شهلا، شیرآبادی، علی اکبر، انصاری حسین، سروین، و عزیزاده گورادل، جابر. اثربخشی نقاشی درمانی در کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال سلوک. ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه ۱۸ (۸). ۴۴۳ - ۴۵۱
- گنجی، مهدی. (۱۳۹۸). آسیب شناسی روانی کودک و نوجوان بر اساس DSM-5. نشر ساوالان. تهران
- ABIDOGUN, M. A. APPLICATION OF PARENT MANAGEMENT TRAINING (PMT) AS A TREATMENT THERAPY FOR CONDUCT DISORDER.
- Baker, K. (2013). *Conduct disorders in children and adolescents. Paediatrics and Child Health*, 23(1), 24–29.
- Baumann S, Bernhard A, Martinelli A, Ackermann K, Herpetz DB, Freitag C et al. (2022) Perpetrators and victims of cyberbullying among youth with conduct disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 32:1643-1653.
- Becvar, D. S., & Becvar, R. J. (2013). *Family therapy: A systemic integration*. Boston, MA: Pearson Education.
- Chamberlain, P., Leve, L. D., & DeGarmo, D. S. (2008). Multidimensional treatment foster care for girls in the juvenile justice system: 2-year follow-up of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 572–581.
- Chan L, Simmons C, Tillem S, Conley M, Brazil IA, Baskin SA (2023) Classifying conduct disorder using a biopsychosocial model and machine learning method. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging*, 8:599-608.
- Dattilio, F. M., & Collins, M. H. (2018). Cognitive-behavioral family therapy. In R. L. Leahy (Ed.), *Science and practice in cognitive therapy: Foundations, mechanisms, and applications* (pp. 214–232). Guilford Press.
- Dewi, S. Y., Wiwie, M., Sastroasmoro, S., Purba, J. S., Pleyte, W. E. H., & Haniman, F. (2015). Effectiveness of mindfulness therapy among adolescent with conduct disorder in Jakarta, Indonesia. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 165, 62-68.
- Fahim C, He Y, Yoon U, Chen J, Evans A, Pérusse D (2011) Neuroanatomy of childhood disruptive behavior disorders. *Aggress Behav*, 37:326–337.
- Fairchild G, Toschi N, Hagan CC, Goodyer IM, Calder AJ, Passamonti L (2015) Cortical thickness, surface area, and folding alterations in male youths with conduct disorder and varying levels of callous-unemotional traits. *Neuroimage Clin*, 8:253–260
- Forehand R. T., & McMahon R. J (1981). *Helping the noncompliant child*. New York: The Guilford Press.

- Gatti, U., Grattagliano, I., & Rocca, G. (2019). Evidence-based psychosocial treatments of conduct problems in children and adolescents: An overview. *Psychiatry, Psychology, and Law*, 26(2), 171-193.
- Gérardin, P. (2002). *Drug treatment of conduct disorder in young people*. *European Neuropsychopharmacology*, 12(5), 361–370. doi:10.1016/s0924-977x(02)00042-1
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (1998). *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. Guilford Press.
- Henggeler, S. W., & Sheidow, A. J. (2011). *Empirically Supported Family-Based Treatments for Conduct Disorder and Delinquency in Adolescents*. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 30–58.
- Kazdin A. E., Esveltd-Dawson K., French N. H., & Unis A. S (1987). Problem-solving skills training and relationship therapy in the treatment of antisocial child behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 76–85.
- Kerekes N, Zouini B, Karlsson E, Cederholm E, Lichtenstein P, Anckarsäter H et al. (2020) Conduct disorder and somatic health in children: a nationwide genetically sensitive study. *BMC Psychiatry*, 20:595.
- Kohls G, Konrad K, Bauman S, Bernhard A, Martinelli A, Ackermann K et al. (2021) Sex differences in psychiatric comorbidity and clinical presentation in youths with conduct disorder. *J Child Psychol Psychiatry*, 63:218-228
- Lillig M (2018) Conduct disorder: recognition and management. *Am Fam Physician*, 98:584-592.
- Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M (2000) Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39:1468-1484.
- Littell, J. H., Popa, M., & Forsythe, B. (2004). Multisystemic Therapy for Social, Emotional, and Behavioral Problems in Youth Aged 10–17. *Campbell Systematic Reviews*, 1(1), 1-63.
- Masi, G., Milone, A., Manfredi, A., Pari, C., Paziente, A., & Millepiedi, S. (2009). Effectiveness of lithium in children and adolescents with conduct disorder: a retrospective naturalistic study. *CNS drugs*, 23, 59-69.
- Masroor A, Patel RS, Bhimanadham NN, Raveendran S, Ahmad N, Queeneth U et al. (2019) Conduct disorder-related hospitalization and substance use disorders in American Teens. *Behav Sci (Basel)*, 9:73.
- Maughan, D. R., Christiansen, E., Jenson, W. R., Olympia, D., & Clark, E. (2005). Behavioral parent training as a treatment for externalizing behaviors and disruptive behavior disorders: A meta-analysis. *School psychology review*, 34(3), 267-286.
- Mohamed MS, Marzouk SA, Ahmed FA, Nashaat NAM, Thabet ORAE (2022) Cognitive behavioral program on aggression and self-concept among institutionalized children with conduct disorder. *Arch Psychiatr Nurs*, 39:84-90.
- O'Connor, K. J., & Ammen, S. (2012). *Play therapy treatment planning and interventions: The ecosystemic model and workbook*. Academic Press.
- Ostafin, B. D., Robinson, M. D., & Meier, B. P. (2015). Introduction: The science of mindfulness and self-regulation. *Handbook of mindfulness and self-regulation*, 1-6.

ÖZBAY, A., ÖZÇELİK, O., & KAHRAMAN, S.(2024) Conduct Disorder: An Update. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 16(1), 72-87.

Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys*. Castalia Publishing Company.

Sagar R, Patra BN, Patil V (2019) Clinical practice guidelines for the management of conduct disorder. *Indian J Psychiatry*, 61:270-276

Salmanian M, Mohammadi MR, Keshavarzi Z, Brand S (2018) An update on the global prevalence of conduct disorder (2011– 2017): Study protocol for a systematic review and meta-analysis. *J Forensic Leg Med*, 59:1-3.

Scott, S. (2008). An update on interventions for conduct disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 14(1), 61-70.

Thomas, R., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2011). Parent-Child Interaction Therapy: A metaanalysis. *Pediatrics*, 127(5), 963–97

Tonyalı A, Göker Z, Üneri ÜŞ (2019) Çocuk ve ergen davranım bozukluğu tedavisinde psikososyal müdahaleler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11:284-303

Weisz, J. R., Chorpita, B. F., Palinkas, L. A., Schoenwald, S. K., Miranda, J., Bearman, S. K., ... & Research Network on Youth Mental Health. (2012). Testing standard and modular designs for psychotherapy treating depression, anxiety, and conduct problems in youth: A randomized effectiveness trial. *Archives of general psychiatry*, 69(3), 274-282.

Woodward D, Wilens TE, Yule AM, Di Salvo M, Taubin D, Berger A et al. (2023) Examining the clinical correlates of conduct disorder in youth with bipolar disorder. *J Affect Disord*, 329:300-306.

Woolfenden, S. R. (2002). *Family and parenting interventions for conduct disorder and delinquency: a meta-analysis of randomised controlled trials*. *Archives of Disease in Childhood*, 86(4), 251–256. doi:10.1136/ad.86.4.251.

Wu, T., Howells, N., Burger, J., Lopez, P., Lundeen, R., & Sikkenga, A. V. (2015). Conduct disorder. In *Treating Disruptive Disorders* (pp. 120-143). Routledge.

Yücel Y (2020) Davranım bozukluğu temel belirtileri gözlenen ön ergenlere yönelik hazırlanan müdahale programının etkililiğinin değerlendirilmesi (Doktora tezi). İstanbul, İstanbul Arel Üniversitesi.