

兒童及青少年品行疾患 (conduct disorder) 與其相關教學方案「增進另類思考策略課程 (PATHS Curriculum)」之探討

張嘉文

摘要

本文旨在探討兒童與青少年品行疾患之診斷標準，並討論對品行疾患兒童與青少年之教學方案。本文內容共分三個部份：一、回顧品行疾患的相關成因、特徵與病程的相關文獻；二、探討品行疾患診斷標準上的問題；三、檢視可協助品行疾患兒童與青少年之教學方案「增進另類思考策略課程」。

中文關鍵字：品行疾患、情緒與行為障礙、增進另類思考策略課程

英文關鍵字：conduct disorder, emotional and behavioural difficulties, Promoting Alternative Thinking Strategies (PATHS) Curriculum

壹、前言

品行疾患 (conduct disorder) 是在兒童和青少年階段常見的精神疾患 (Baker, 1990)，也是一項社交、情緒與行為障礙的外顯性問題 (Cooper, 2005)。這個障礙影響兒童和青少年許多方面的發展，像是家庭與同儕的關係、學校與職業的功能性等方面的發展 (Moretti et al., 1997)。此外，品行疾患學童的干擾行為 (disruptive behaviors) 也會危害到自己和他人的學習。金錢上的支出 (像是暴力行為之後修繕校園的費用) 和社會成本的付出 (像是品行疾患學童的行為所營造出不安與不當的校園

學習環境) 不但使了解品行疾患兒童的議題變得重要，而且為教師提供有效的介入策略也愈顯其急迫性 (Frick, 2001)。

在對品行疾患的了解議題上，目前臨床上有兩套主要的診斷系統，其分別為美國精神醫學學會 (APA, 1994) 的精神疾病診斷及統計手冊第四版 (DSM-IV) 與世界衛生組織 (WHO, 1992) 的國際疾病分類系統 (ICD-10)。然而根據 Walkfield (2002) 的說法，DSM-IV 中關於品行疾患的資訊仍有部分不明確。正因診斷標準中信效度仍有問題，教師在使用教學介入策略時也變得十分困難。

因此，本文重點將著眼於探討兒童與青少年品行疾患者之診斷標準，並討論對品行疾患兒童與青少年之介入方案。本文內容共分三個部份：一、回顧品行疾患的相關成因、特徵與病程的相關文獻；二、探討品行疾患診斷標準上的問題；三、檢視可協助品行疾患兒童與青少年之介入方案「增進另類思考策略課程（PATHS Curriculum）」。

貳、品行疾患及其診斷上的相關問題

一、品行疾患的定義

根據美國精神疾病診斷準則手冊（孔繁鐘、孔繁錦，民86）的說法，品行疾患是「一種重複而持續的行為模式，此行為模式會侵犯他人基本權益或違反與其年齡相稱的主要社會標混或規範」（p.72）。舉例來說，這些行為包含攻擊他人及動物、破壞財產、詐欺或偷竊、嚴重違反規範等等。

二、成因與危險因素

儘管許多病源學理論試圖由生物學、心理動力學、認知、社會學習等觀點來解釋品行疾患的成因（Carr, 1999），然而要為品行疾患找出單一的成因似乎是不太可能的。Barker（1990）便指出品行疾患成因的幾種形成因素：（一）體質因素—如基因、染色體異常、子宮疾病或傷害等；（二）氣質因素—兒童氣質（temperament）的問題；（三）身體疾病或傷害—如腦傷等；（四）環境因素—家庭不和諧、同儕問題等；（五）交互因素—如基因影響氣質、兒童疾病影響家人態度等。

美國精神醫學學會（APA, 1994）精神

疾病診斷及統計手冊第四版中也羅列出幾項會導致品行疾患發展的因素，這些因素包括家長的忽視、較差的兒童氣質、粗暴的教養模式、身體或性虐待、缺乏督導、早期生活、照顧者時常更換、較大的家庭組織，以及與犯罪同儕組織交善等。Cadoret 等人（1995）在其所做的品行疾患相關研究中指出，領養家庭中有基因問題的受領養者如有長期壓力，那麼他們比較容易發生品行疾患的狀況。Rutter（1997）進一步認為這項研究對品行疾患有著兩項意涵：第一，如果分別獨立地以基因和環境兩個角度來解釋品行疾患的成因是不恰當的；第二，了解品行疾患的危險基因並非意味著毫無助益；相反地，早期的防範性介入方案應及早提供。

生物心理社會（biopsychosocial）危險因素亦被認為會增加兒童品行疾患的機率且可由部分指標性的行為來推估品行疾患的發生（Bassarath, 2001）。這些因素可再分為三類來討論：（一）心理社會因素—包含強預估度、中預估度、微預估度三種層次的行為指標。強預估度指標包含早發性反抗社會行為、反抗社會之同儕、心理特徵、親子關係、學校態度與表現、醫療與身體狀況等。中預估度指標則包含離異的家庭、藥物濫用、反抗社會的家長等。微預估度指標包含早發攻擊性、低社經地位、施虐之家長等。（二）綜合因素—指的是個體與環境危險因素之交互作用。（三）生物的因素—像是多巴胺第四型受體基因（DRD4）、兒茶酚氧位甲基轉移酵素（catechol-O-methyl-transferase, COMT）、單胺氧化酶（monoamine oxidase，由X染色體上的基因所控制）的運作的影響

等。

此外，兒童的氣質、焦慮和害羞也可能會引起品行疾患（Barker, 1990; Lahey & Waldman, 2003）。Bennett 等人（2003）在其研究中指出，兒童入學後的低閱讀成就亦可能引起品行疾患的早發性。儘管品行疾患的成因眾說紛紜，大多數研究仍十分強調基因型（genotype）與環境的交互作用和相關性。Dick 等人（2004, p.81）就發現「第 2 和 19 號染色體上的區間可能潛藏著品行疾患的危險基因」。Foley 等人（2004）則提出，位於 X 染色體上的單胺氧化酶（monoamine oxidase）會與環境因素相結合而對品行疾患的形成造成影響的說法。另一方面，家庭失和、家長不良的歸因（hostile attribution）與無理的教條（disciplines）也是兒童品行疾患的指標（Rutter, 1994）。根據另一項研究指出，母親抽菸可能也是男童品行疾患的成因之一（Brook et al., 2000; Wakschlag et al., 1997）。這些研究證據皆證明了家庭與環境因素對兒童品行疾患的產生帶來了莫大的影響。

三、特徵

品行疾患者通常具有下列的幾項特徵：第一，他們鮮少會去同理或關心他人的感受、期望與幸福感（APA, 1994）。第二，他們會將他人的意圖曲解成是過度具有敵意的或具威脅性的（APA, 同上）。在功能性核磁共振顯影科技（fMRI）的協助下，一項由 Sterzer 等人（2005）所作的研究顯示，品行疾患青少年攻擊行為與其情緒處理過程中腦內神經性異常有關。第三，他們常是冷酷的（callous）、鮮少或沒有良心的責備

（remorse），且欠缺罪惡感的（APA, 同上, p.87）。然而 Keenan 等人（1999）卻認為並非所有品行疾患者都會有缺少罪惡感或同理心的障礙。以患有品行疾患的女孩為例，他們便認為這些品行疾患女孩的干擾行為（disruptive behavior）可能就與憂鬱這一類型的內向型問題（internalizing problems）相關。換言之，國際疾病分類系統（WHO, 1992, p.272）中更細膩地以「憂鬱型品行疾患（depressive conduct disorder）」來與純品行疾患做區分的作法看來是合理的。Kirk & Hsieh（2004）亦點出精神疾病診斷及統計手冊第四版中對品行障礙診斷標準的模糊地帶。例如，診斷手冊中載明品行疾患者時常暴力、威脅或恐嚇他人，但 Kirk & Hsieh（同上）卻認為手冊中對「時常」和「威脅或恐嚇他人」行為並沒有賦予明確的定義和標準。

此外，較低的語文智商與低執行功能都可能促成品行疾患的發生（Nigg & Huang-Pollock, 2003）。一方面，研究顯示品行疾患的學童在問題處理的認知技巧上是有障礙的（Kazdin, 1999），其在學業表現的閱讀能力上也是有困難的（Barker, 1990）。關於品行疾患者的閱讀障礙問題，其可被視為品行疾患的成因（Bennett et al., 2003），亦可被視為品行疾患的結果（Barker, 同上）。另一方面，品行疾患學童也常出現一些問題行為而成為他們的特徵，例如：試圖主宰或恫嚇同儕、暴力行為、偷竊和毀壞同儕私人財產等（McGrath, 2005, p.336）。

四、病程

雖然品行疾患常發生於兒童期晚期或青

春期早期的階段，但品行疾患的病程是會變動的（APA, 1994, p.89）。發病年齡是影響品行疾患病程的一個因素，故 Mack（2004）即認為品行疾患發病越早，其長大後出現問題解決障礙、社交技巧障礙、學業發展遲緩等問題的機率也會增高。換句話說，發病年紀越輕，以後要以有效的介入方案協助他們就越困難。此外，男性兒童期早發型品行疾患可能會持續至成人，但女孩的品行疾患則可能在成熟期時轉為內向型的問題（Kazdin, 1999）。不過，雖然 Carr（1999, p.320）認為男孩得到品行疾患的比率高於女孩，但當他們長大後，男孩品行疾患的比率下降而女孩品行疾患卻沒有。這種男女品行疾患連續性上的差異反應出品行疾患不同的病源學理論。就基因理論的觀點而言，如果品行疾患是由基因所引起，那這樣的連續性是可能的。然而，心理動力和社會學習理論則較強調品行疾患不連續性的可能性，因為這兩種理論都加入了社會脈絡的影響因素成分。關於品行疾患的發展過程，Landy & Peters（1992）曾提出一套品行疾患的早期發展模式（見圖 1）。另外，Dodge（1993）則更聚焦於探討社會層面對品行疾患的影響，並發展出另一套的品行疾患發展模式（見圖 2）。不過單就社會影響層面來討論品行疾患，Dodge 的模式可能是會有問題的，因為他忽略了基因這個生物層面對品行疾患所帶來的影響。

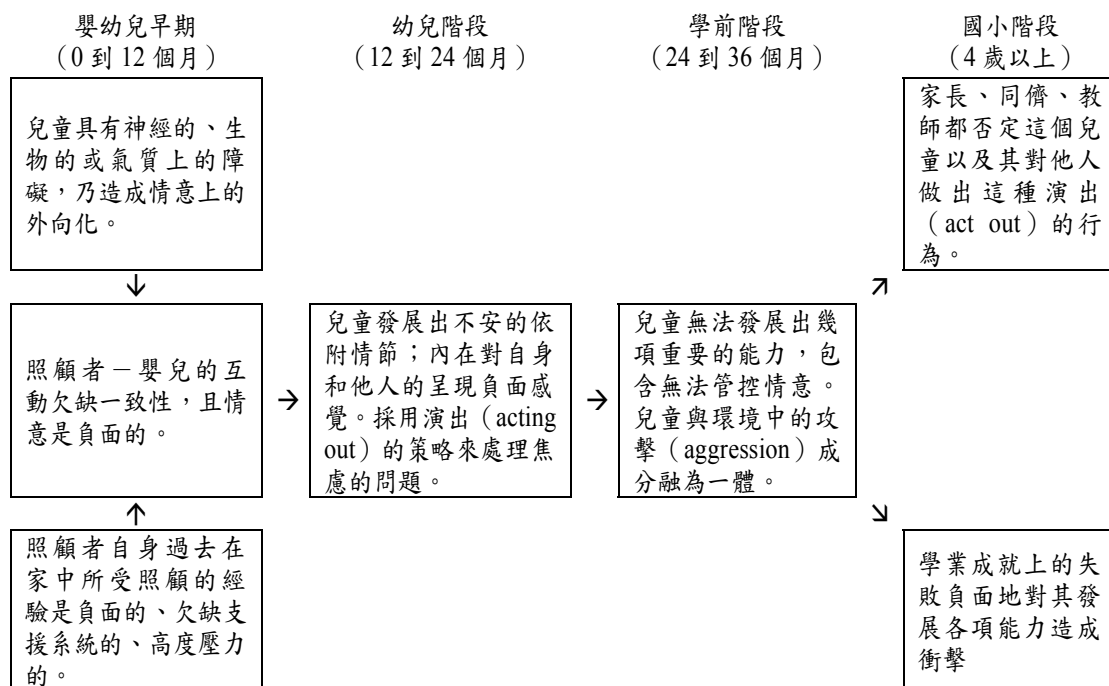
五、品行疾患診斷標準上的問題

品行疾患的診斷標準上有三項主要問題。第一，根據美國精神醫學學會（APA, 1994）精神疾病診斷及統計手冊第四版的

記載，兒童期初發（Childhood-Onset）的品行疾患者通常是男性，且 10 歲是個分水嶺。就這一點，Keenan 等人（1999）卻認為或許女性在兒童期或青春期的品行疾患的情形不同於男性，因此「沒有證據顯示以 10 歲前或 10 歲後發病這樣的區分法是對他們最好的」（p.7）。此外，品行疾患的嚴重程度也是值得討論的議題。輕度品行疾患者被認為僅對他人造成輕微傷害（APA, 1994, p.91; WHO, 1993, p.159），然而所謂「輕微傷害」的定義常因地而易；換言之，將所謂輕微傷害這種社會層面的東西納入診斷標準正隱含著這樣的標準是會因社會脈絡不同而有所變動的。

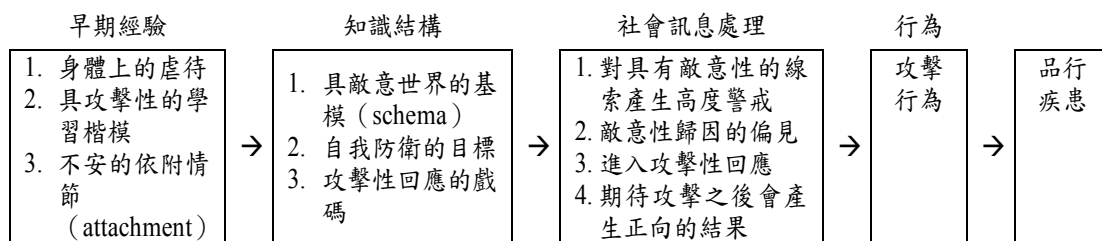
第二個重要的問題就是關於品行疾患與對立性反抗疾患（Oppositional Defiant Disorder）在分類（categorization）和合發性（co-morbidity）上的問題。精神疾病診斷及統計手冊第四版（DSM-IV）認為品行疾患與對立性反抗疾患在診斷標準上是必須做出區分的（APA, 1994）；但是，根據國際疾病分類系統（ICD-10）的分類，對立性反抗疾患僅是品行疾患中的一類而已（WHO, 1992）。因此 Hill（2002）便指出，除非有更充足的證據來支持將品行疾患和對立性反抗疾患作分類，否則 DSM-IV 中這種一分為二（cut-off）的分法是過於武斷的。

第三，如何診斷兒童問題行為在認定上也是個問題。Scott（2002）認為，「究竟同樣一套的診斷標準是否適用於全部的年齡層（p.206）」，這是一個值得討論的模糊地帶。他以具攻擊性的一位兒童和一位青少



圖一 品行疾患早期發展模式

資料來源：Landy, S. and Peters, R. D. (1992). Toward an understanding of a developmental paradigm for aggressive conduct problems during the preschool years. In Peters, R., McMahon R. J. and Quinsey, V. L. (Eds.) Aggression and violence throughout the life span. CA: Sage.



圖二 品行疾患發展過程

資料來源：Dodge, K. (1993). Social-Cognitive Mechanisms in the Development of Conduct Disorder and Depression. Annual Review of Psychology, 44, 599-584.

年為例，前者每天躺在地上發脾氣，後者騷擾婦人或搶劫婦人。根據ICD-10的準則，此二者皆符合品行疾患的標準；但依據DSM-IV的準則來看，前者可能就會被診斷為對立性反抗疾患，而後者就會被診斷為品行疾患。因此，究竟使用一套標準套用在不同年齡層者這樣的作法是否合理，這是非常值得商榷的。

參、教學方案：增進另類思考策略 (PATHS) 課程

一、何謂 PATHS 課程？

增進另類思考策略課程 (Promoting Alternative Thinking Strategies Curriculum 或簡稱 PATHS Curriculum) 這種以學校為基礎的預防性介入模式被證實是對品行疾患學童相當有益的課程 (Frick, 2001)。此課程是一種情意—行為—認知—動力 (Affective-Behavioural-Cognitive-Dynamic, ABCD) 發展模式的教師導向課程，其課程強調語言、行為與認知理解的整合，而這些都與社交和情緒能力發展相關 (Kelly et al.; Conduct Problems Prevention Research Group (CPPRG), 1999)，這個課程的結構可以表一圖示之 (見表一)。

該課程乃由美國杜克大學、賓州州立大

學、華盛頓大學與范德堡大學幾位教授組成品行疾患問題防治研究團隊 (CPPRG，此研究團隊網站為 www.fasttrackproject.org) 所發展，並被納入其快速追蹤模式 (Fast Track model) 的課程結構中 (Frick, 2001)。此課程包含了在學前階段對家長所作的家長管理訓練 (parental management training) 的密集訓練課程，接著再將此訓練與入學後課程作銜接；如此一來，家長就與該課程有了夥伴關係。Kusché (2004) 指出，增進另類思考策略課程是一項全面性的心理分析預防性的課程，其課程包含下列幾點目標：(一) 發展與成長的最佳化；(二) 增進情緒的成長；(三) 改善社會適應能力；(四) 情緒困擾的減緩與預防；(五) 為行為問題、焦慮、憂鬱及其他不適應症候群提供介入與防治方案；(六) 減少以後不適應的相關危險因素；(七) 增進師生關係；(八) 改善教室氣氛。

表一 增進另類思考策略 (PATHS) 課程內容

假設	過程	概念	
		概念單元	概念主軸
1. 兒童理解和討論情緒的能力與其行為相關。 2. 他們在發展的限制下運作其管理、理解和討論情緒的能力，此能力會被社會化的過程所影響。 3. 他們理解自身與他人情緒的能力是有效問題處理的中心成分。 4. 學校環境是一個基本的生態系統，它是所有改變中最有效、最核心的。	1. 發展並利用大量的情緒語彙。 2. 增進其討論情緒的能力。 3. 發展其對情緒的後設認知層面的理解。	1. 安頓與自我控制 (1 個卷宗)。 2. 感覺與關係 (3 個卷宗)。 3. 問題解決 (1 個卷宗)。 4. 補充課程 (1 個卷宗)。 每個卷宗裡都涵括了課程和老師的資料，包含圖片、照片、活動單、回家功課和給家長的信件等。	每個單元都包含下面五種概念主軸： 1. 自我控制。 2. 情緒理解。 3. 建立自尊。 4. 關係。 5. 人際問題處理技巧。

資料來源：本表整理自 Kelly, B., Longbottom, J., Potts, F. and Williamson, J. (2004). Applying Emotional Intelligence: Exploring the Promoting Alternative Thinking Strategies curriculum. *Educational Psychology in Practice*, 20(3), 221-240.

二、PATHS 課程的優點

第一，個人的層次。PATHS課程的第一到第六個目標很顯然地是在增進品行疾患兒童的情緒智能並減少危險因素。在 Kelly 等人（2004）所做的小型研究中即發現，大部份學生都同意他們藉由 PATHS 課程的協助，而學習到如何改變不舒服的感受。該介入方案教導學生認同並改變他們的思考模式，並懂得如何與社會情境作回應。換言之，這樣的課程的確是可以藉著改變他們思考的方式來達到減少其攻擊性行為的目標的。此外，根據教師的回饋，學生們不僅發展出較佳的同理心，他們在管理情緒和掌握關係上也有所改善。品行疾患學生的這些能力都是相當弱的，但是卻可以藉由此課程來得到改善（Kelly et al., 2004）。

第二，教室內層次。PATHS課程的第七和第八個目標則是著重在為教室中品行疾患學童增進並提供一個較佳的學業與社交環境。雖然該課程可由受過訓練的人員教導，但教室中的教師仍是使用該課程最恰當的人選（Kusché, 2004）。品行疾患問題防治研究團隊（CPPRG, 1999）也發現此方案中員工對工作的承諾（commitment）不僅可減低教師的壓力，亦可改善品行疾患學生課堂上同儕的關係。該課程的教師不僅可以發覺品行疾患學生的同儕關係改善了，同時也會發現他們和學生產生出互相對等的理解（Kelly et al., 2004）。

第三，學校內層次。以美國為例，因為 PATHS 課程隸屬於品行疾患問題防治研究團隊所發展的快速追蹤模式課程結構中，這項計畫的部分資金由美國教育部與國家心理衛

生院（National Institute of Mental Health）所贊助，因此參與這項計畫的學校皆可在較無財務壓力的狀況下實施該課程。如此一來，學校可以較無後顧之憂地為老師及校內品行疾患學童提供更好的服務以及課程。

三、PATHS 課程的缺點與限制

（一）缺點

雖然 PATHS 課程可以有效地協助品行疾患學童，然而它還是存在著部分的缺失與限制。第一，該課程尚未完整地看到長期的成效（Frick, 2001）；換言之，進行更嚴謹且更完備的研究來檢視該課程是絕對必要的。第二，該課程的初期訓練階段不夠個別化（individualized）（Frick，同上）。家中如果失和且又有嚴重的品行疾患兒童時，對這種家庭的協助與兒童的教學理應有所不同。但是在該課程中，學前與小學階段的服務都是全面性的，並未幫嚴重品行疾患個案提供另一套個別化的教學模式。

第三，當品行疾患學童由小學階段進入中學階段時，該課程並無提供此過渡階段的相關轉銜支援。對這些具有攻擊性的學童來說，這種轉銜的支援是相當重要的。伴隨著這些學童的成長，他們與社區互動更加頻繁；因此，在這個過渡階段，除了改善他們在新的學習環境中的學業狀況外，讓他們適應社區更是另一個重要的環節。第四，當一名品行疾患學童由一所設有 PATHS 課程的學校轉至另一所無此課程的學校時，該課程並無提供後續的相關支援系統，這對該學童無疑是一種挑戰。

（二）限制

Kam 等人（2003）點出 PATHS 課程之

所以會成功的兩大要素，一為學校校長的適度支持，另一為課堂中教師高度的實施率。因此，校長和教師在整個介入方案中扮演著相當關鍵的角色。然而，Kelly 等人（2004）則指出，整個 PATHS 課程的限制乃與教師的態度和技能成長相關。同樣地，校長對此課程的態度應該也是重要的影響因子。如果校長或教師的態度是較為消極的，那此課程在實施上必定會有其限制。課程的另一項限制即在於課程本身，雖然該課程是以改變品行疾患學童的思考模式為主，但究竟這些學童能否如此有彈性地善用課程中所學於多變的社會情境中（例如：應用所學於社區情境中，或應用國小所學於中學環境中）是值得思考的。

肆、結論

形成品行疾患成因的不同因素突顯了為那些品行疾患兒童提供有效介入方案的重要性，這些因素可能是與基因或環境相關的。此外，了解品行疾患者的各項特徵，對於發展有效的介入策略也是相當重要的。儘管在 DSM-IV 與 ICD-10 中皆羅列出品行疾患的相關特徵，但這仍舊存有部份爭議。不論爭議如何，提供有效的介入方案是相當急迫的，而 PATHS 課程即為一套可有效協助品行疾患兒童的心理分析取向的介入方案。此方案乃聚焦於解決和降低品行疾患而同的攻擊性行為，並增進其情緒智商。增進另類思考策略方案於學校實施時，教師和校長的合作是非常重要的；儘管如此，該課程仍有部分限制和缺點需要審慎思考與改進，如此才能讓這

個方案更臻完備來協助品行疾患兒童之學習。

（本文作者為英國愛丁堡大學教育學院博士生）

參考文獻

- 孔繁鐘、孔繁錦譯（民 86）。**DSM- IV 精神疾病診斷手冊**。台北市：合記圖書出版社。
- American Psychiatric Association (APA) (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th Ed.) (DSM- IV)*. Washington D.C.: APA.
- Barker, P. (1990). *Basic Child Psychiatry (5th Edition)*. London: Blackwell Scientific Publications.
- Bassarath, L. (2001). Conduct Disorder: A Biopsychosocial Review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 609-616.
- Bennett, K. J., Brown, K. S., Boyle, M., Racine, Y. and Offord, D. (2003). Does low reading achievement at school entry cause conduct problems? *Social Science & Medicine*, 56, 2443-2448.
- Brook, J. S., Brook, D.W., and Whiteman, M. (2000). The influence of maternal smoking during pregnancy on the toddler's negativity. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 154, 381-385.
- Cadoret, R.J., Yates, W.R., Throughton, E., Woodworth, G and Stewart, M.A. (1995). Genetic-environment interaction in the gen-

- esis of aggressivity and conduct disorders. *Archives of General Psychiatry*, 52, 916-924.
- Carr, A. (1999). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology: A Contextual Approach*. London: Routledge.
- Conduct Problems Prevention Group (CPPRG) (1999). Initial Impact of the Fast Track Prevention Trial for Conduct Problems: II. Classroom Effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 648-657.
- Cooper, P. (2005). Biology and Behaviour: The Educational Relevance of a Biopsychosocial Perspective. In Clough, P., Gardner, P., Pardeck, J. T. and Yuen, F. (Eds.) *Handbook of Emotional & Behavioural Difficulties*. London: SAGE Publications Ltd.
- Dick, D.M., Li, T.K., Edenberg, H.J., Hesselbrock, V., Kramer, J., Kupeman, S., Porjesz, B., Bucholz, K., Goate, A., Nurnberger Jr., J. and Foroud, T. (2004). A genome-wide screen for genes influencing conduct disorder. *Molecular Psychiatry*, 9, 81-86.
- Dodge, K. (1993). Social-Cognitive Mechanisms in the Development of Conduct Disorder and Depression. *Annual Review of Psychology*, 44, 599-584.
- Foley, D.L., Eaves, L.J., Womley, B., Silberg, J.L., Maes, H.H., Kuhn, J. and Riley, B. (2004). Childhood Adversity, Monoamine Oxidase A Genotype, and Risk for Conduct Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 61, 738-744.
- Frick, P.J. (2001). Effective Interventions for Children and Adolescents with Conduct Disorder, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 597-608. Online at: <http://www.cpa-apc.org/Publications/Archives/Archives.asp>
- Kazdin, A.E. (1999). Conduct disorder across the life-span. In Luthar, S. S., Burack, J.A., Cicchetti, D. and Weisz, J. (Eds.) *Developmental psychopathology: Perspectives on adjustment, risk, and disorder*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kam, C.M., Greenberg, M.T., and Walls, C.T. (2003). Examining the Role of Implementation Quality in School-Based Prevention Using the PATHS curriculum. *Prevention Science*, 4(1), 55-63.
- Keenan, K., Loeber, R., and Green, S. (1999). Conduct Disorder in Girls: A Review of the Literature. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2(1), 3-19.
- Kelly, B., Longbottom, J., Potts, F. and Williamson, J. (2004). Applying Emotional Intelligence: Exploring the Promoting Alternative Thinking Strategies curriculum. *Educational Psychology in Practice*, 20(3), 221-240.
- Kirk, S.A. and Hsieh, D.K. (2004). Diagnostic Consistency in Assessing Conduct Disorder: An Experiment on the Effect of Social Context. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74(1), 43-55.

- Kusché, C.A. (2002). Psychoanalysis as Prevention: Using PATHS to Enhance Ego Development, Object relationships, & Cortical Integration in Children. *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 4(3), 283-301.
- Hill, J. (2002). Biological, psychological and social processes in the conduct disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(1), 133-164.
- Landy, S. and Peters, R. D. (1992). Toward an understanding of a developmental paradigm for aggressive conduct problems during the preschool years. In Peters, R., McMahon R. J. and Quinsey, V. L. (Eds.) *Aggression and violence throughout the life span*. CA: Sage.
- Mack, K. (2004). Explanations for Conduct Disorder. *Child & Youth Forum*, 33(2), 95-113.
- McGrath, H (2005). Directions in Teaching Social Skills to Students with Specific EBDs. In Clough, P., Gardner, P., Pardeck, J. T. and Yuen, F. (Eds.) *Handbook of Emotional & Behavioural Difficulties*. London: SAGE Publications Ltd.
- Moretti, M. M., Emmrys, C., Grizenko, N., Holland, R., Moore, K., Shamsie, J. and Hamilton, H (1997). The Treatment of Conduct Disorder: Perspectives from across Canada, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 637-648. Online at: <http://www.cpa-apc.org/Publications/Archives/Archives.asp>
- Nigg, J. T. and Huang-Pollock, C. L. (2003). An Early-Onset Model of the Role of Executive Functions and Intelligence in Conduct Disorder/Delinquency. In Lahey, B. B., Moffitt, T. E. and Caspi, A. (Eds.) *Causes of Conduct Disorder and Juvenile Delinquency*. London: The Guildford Press.
- Rutter, M. L. (1997). Nature-Nurture Integration: The Example of Antisocial Behaviour. *American Psychologist*, 52(4), 390-398.
- Rutter, M. (1994). Family Discord and Conduct Disorder: Cause, Consequence, or Correlate? *Journal of Family Psychology*, 8(2), 170-186.
- Scott, S. (2002). Classification of psychiatric disorders in childhood and adolescence: building castles in the sand? *Advances in Psychiatric Treatment*, 8, 205-213.
- Snyder, J., Cramer, A., Afrank, J. and Patterson, G. R. (2005). The Contributions of Ineffective Discipline and Parental Hostile Attributions of Child Misbehaviour to the Development of Conduct Problems at Home and School. *Developmental Psychology*, 41 (1), 30-41.
- Sterzer, P., Stadler, C., Krebs, A., Kleinschmidt, A. and Poustka, F. (2005). Abnormal Neural Responses to Emotional Visual Stimuli in Adolescents with Conduct Disorder. *Biological Psychiatry*, 57, 7-15.
- Wakefield, J. C., Pottick, K. J. and Kirk, S. A. (2002). Should the DSM- Diagnostic Criteria for Conduct Disorder Consider Social Context? *The American Journal of*

Psychiatry, 159, 380-386.

Wakschlag, L. S., Lahey, B. B., Loeber, R., Green, S. M., Gordon, R. A. and Leventhal, B. L. (1977). Maternal smoking during pregnancy and the risk of conduct disorder in boys. *Archives of General Psychiatry*, 54, 670-676.

WHO (World Health Organisation) (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.

WHO (World Health Organisation) (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic criteria for research*. Geneva: WHO.