J. San Sebastián

Trastorno disocial en infancia
y su continuidad como
trastorno antisocial de la
personalidad en el adolescente
y adulto

Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil. Hospital Universitario
Ramón y Cajal. Madrid.

Correspondencia:
J. San Sebastián Cabasés
Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil
Hospital Universitario Ramón y Cajal
Carretera de Colmenar, km. 9,100
28034 Madrid

*Disocial disorder in childhood
and its continuity as antisocial
personality disorder*

RESUMEN

Se lleva a cabo una revisión bibliográfica sobre el trastorno disocial en la infancia y adolescencia, su relación y evolución hacia el trastorno antisocial de la personalidad del adulto y su etiopatogenia. Se enfatiza en la relevancia y mal pronóstico de este trastorno y se reflexiona acerca de su inadecuada delimitación nosológica en los manuales DSM y CIE 10 en vigor, ya que su alta continuidad hacia TAP permite pensar que la personalidad antisocial se configura como tal bastante antes de los 18 años. Se concluye la necesidad de estudios longitudinales prospectivos sobre el tema, a pesar de su dificultad metodológica, dada la trascendencia sanitaria y social de la cuestión.

PALABRAS CLAVE

Trastorno disocial; Trastorno de conducta,
Trastorno antisocial de la personalidad;
Personalidad; Infancia; Adolescencia.

ABSTRACT

A bibliographic review takes place about the dysocial disorder in childhood and adolescence, its relationships and evolution toward the antisocial disorder of the adult personality and his etiopathogenia. The relevance and incorrect prediction of this disorder in emphasized and we ponder on its inadequate nosological limitations in the corrent DSM and CIE-10 manuals, since its continued evolution toward ADP allows us to think that antisocial personality is created as such much earlier than eighteen years of age. We conclude that there is a need for prospective longitudinal studies about the subject, in spite of its metodological difficulties, given the social and sanitary important of the subject.

KEY WORDS

Dysocial disorder; Behaviour disorder; Antisocial disorder of the personality; Personality; Childhood; Adolescence.

188 INTRODUCCIÓN. DILEMAS NOSOLÓGICOS

«A la vista de su alto costo, cronicidad y, en general, mala evolución, los trastornos de conducta de inicio infantil o severos deberían ser considerados uno de los mayores, si no el mayor, problema de salud pública de nuestro tiempo, y los recursos para su estudio y tratamiento deberían reflejar esta realidad. El trastorno está pobremente definido e inadecuadamente estudiado en chicas». Estas son las conclusiones de un trabajo de revisión publicado por JS Werry en 1997 ⁽¹⁾.

Los trastornos del comportamiento constituyen una amplia y variada gama de síntomas en la infancia y adolescencia, hasta el punto de que, considerados desde una perspectiva general, podría afirmarse que todo niño, en el tránsito evolutivo y madurativo hacia su condición de adulto, manifiesta en alguna o algunas etapas de su vida comportamientos socialmente desajustados, sin que esto deba interpretarse como patológico y, menos aún, dar lugar a diagnóstico psiquiátrico alguno. Desde la perspectiva de la moderna psiquiatría, plasmada en las clasificaciones universalmente consensuadas, el Trastorno Disocial, o de conducta (TD), constituye el diagnóstico más frecuente en Psiquiatría de la infancia y adolescencia (prevalencia en torno al 10% en EEUU), y abarca una amplia gama de conductas de violación de derechos básicos o normas sociales propias de la edad, con un patrón repetitivo y persistente, que van desde mentiras, peleas o hurtos sin importancia hasta actitudes vandálicas y crueles, violaciones y agresiones sexuales u homicidio. La validez de una única categoría que lo agrupe todo ha sido cuestionada, y se proponen, actualmente, enfoques más sintomáticos o dimensionales que permitan subclasificaciones específicas de este trastorno. Los límites etiológicos y clínicos abarcan, por otra parte, desde la causalidad más orgánica hasta la más social, en lo que respecta a las causas, y prácticamente toda la psicopatología infanto-juvenil, en lo que concierne a la clínica, siendo frecuente la comorbilidad con otros trastornos como el trastorno hiperquinético, los trastornos afectivos o los trastornos madurativos y retraso mental. La cuestión de la comor-

bilidad añade complejidad al tema, sobre todo de cara a la investigación etiopatogénica y al diseño de estudios de tipo longitudinal. Así, la frecuente comorbilidad del TD dificulta la ubicación precisa del trastorno y la atribución del mismo como elemento causal o predictor de otros.

El Trastorno antisocial de la personalidad (TAP), heredero del concepto "psicopatía" (Cleckley, 1964), tal como se describe en el DSM IV ⁽²⁾, combina las definiciones previas de Robins (1966), que enfatizaban en las descripciones conductuales *establecidas en la infancia* (en las que se basaban las descripciones del DSM III y DSM III-R) con los rasgos de personalidad previamente descritos por Cleckley. En los criterios diagnósticos de este trastorno se indica:

- Criterio A: Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años como lo indican tres (o más) de una lista de 7 ítems.
- Criterio B: *El sujeto tiene al menos 18 años.*
- Criterio C: *Existen pruebas de un Trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.*
- Criterio D: El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco.

Si se contempla la definición minuciosamente, llaman la atención varios hechos:

- 1) Se da por supuesta la existencia de TD de inicio previo a los 15 a.
- 2) La conducta disocial debe presentarse desde los 15 a.
- 3) El individuo debe tener al menos 18 a. Por otra parte, el DSM IV, en la definición de Trastorno Disocial, especifica en su criterio C: "Si el individuo tiene 18 años o más, no cumple criterios de trastorno antisocial de la personalidad".

La primera pregunta que surge, a la vista de estas definiciones, que tienen aspectos si no contradictorios al menos difíciles de comprender sería ¿Qué diferencias existirían entre un trastorno disocial del adulto y un trastorno antisocial de la personalidad? ¿Acaso un patrón reiterado y mantenido de comportamiento disocial de inicio infantil o adolescente no puede considerarse ya, a

partir de los 18 a. como un T. Antisocial de la personalidad, o bien se mantiene como un trastorno no interpretable como de la personalidad, es decir, fluctuante y reversible, recortado en el tiempo, etc? Una segunda pregunta sería "Si la experiencia clínica diaria nos indica que antes de los 18 años (habitualmente varios años antes) ya se ha establecido un patrón reiterado de comportamiento disocial con todas las características de un trastorno de la personalidad en muchos casos)" ¿por qué mantener el rígido criterio de la no existencia de personalidad y sus trastornos antes de los 18 años? Una tercera pregunta sería «si forzosamente debe presentarse comportamiento disocial desde los 15 años ¿por qué no se considera desde esta edad, cumpliendo los criterios de descripciones clínicas, ya como un TAP?

Según el DSM IV podría interpretarse el TAP como una cristalización evolutiva de algunos trastornos disociales y, de hecho, la propia definición implica la obligada existencia de dicha patología en la infancia, si bien no todos los TD evolucionarían hacia TAP y tampoco el TD es el único trastorno infantil con alto potencial evolutivo hacia TAP. Nuevamente la rigidez nosológica propia de las clasificaciones DSM, y lo que ello conlleva de pérdida de perspectiva fenomenológica de los casos, complica la comprensión de hechos como la continuidad o discontinuidad de ese gran cajón de sastre que suponen los trastornos de conducta en la infancia, y también en la edad adulta.

EL PSICÓPATA Y EL ANTISOCIAL: ESTUDIOS CLÁSICOS Y ACTUALES

En un intento de revisar la actualidad de la cuestión, se han revisado trabajos de diversos tipos: estudios longitudinales de diseño prospectivo o retrospectivo, estudios de distinto diseño con el objetivo de investigar aspectos etiopatogénicos del TD y del TAP y revisiones actualizadas sobre el tema.

Los estudios longitudinales de seguimiento de poblaciones a largo plazo han intentado establecer relaciones entre diversos parámetros infantiles

de tipo genético, biológico, clínico, familiar, social, acciones del entorno, efecto de los tratamientos, comorbilidad, factores de riesgo, etc. y el desarrollo de TAP en el adulto. Interesa saber no sólo qué parámetros son relevantes, sino también en qué momento de la evolución impactan de forma más determinante, o si la presencia es más nociva por lo agudo e intenso de su presentación o por la acción crónica y mantenida aun cuando cuantitativamente puedan considerarse poco relevantes. El trastorno disocial, y otros que con frecuencia se solapan, como el trastorno hiperquinético, y su evolución ha sido objeto de *varios estudios longitudinales*, con distintos diseños. Un trabajo interesante lo constituye el seguimiento, bajo la perspectiva clásica de la psicopatía, de la evolución durante 30 años de los niños ingresados (387 varones y 235 niñas) en la institución "Mellansjö" (internado sueco para niños psicópatas), publicada en 1995 por Fried ⁽³⁾, con resultados altamente preocupantes (evolución de un 45% de varones hacia la psicopatía a pesar del tratamiento). Se menciona en el estudio que el varón con antecedentes de condiciones insalubres, delincuencia o alcoholismo, presentando además trastorno de conducta con actitud delictiva y dificultades verbales de tipo constitucional, tenía un 91% de posibilidades de desarrollar alcoholismo y/o conducta criminal durante el seguimiento. Las conclusiones enfatizaban en la importancia de los factores hereditarios, dificultades cognitivas, adicciones y trastornos de conducta severos y/o precoces. Otros trabajos emplean ya diseños con planteamientos diagnósticos DSM III, evaluaciones a través de entrevistas estandarizadas y seguimientos evolutivos de los niños hasta edades de entre 21 y 30 años, contemplando distintas variables relevantes y comorbilidad. Destacan trabajos clásicos como el de Robins (1966), Robins et al (1978), Wolfgang (1972) y más recientes como los de Zoccolillo et al (1992), Robins (1991), Farrington (1993), Mellbin et al (1992), Raine et al (1989) o Tremblay et al (1994), corroborando este último la alta relación entre la alta tasa de impulsividad infantil y bajo nivel de ansiedad con el desarrollo de conducta delictiva y TAP del adulto, estabilizándose el cuadro ya a los 11-13 años. Son reseña-

190 bles los seguimientos de grupos o cohortes de población infantil o infanto-juvenil con criterios diagnósticos de trastorno disocial, pero también con trastorno hiperquinético (Mannuzza et al, 1993; Herrero ME et al, 1994; Hellgren L, 1994), y escasean los estudios sobre población femenina, destacando alguno como el de Lex BW, Goldberg ME et al, en 1994.

TRASTORNO DISOCIAL INFANTIL: SU RELEVANCIA COMO PREDICTOR

¿Cómo influye de forma general la psicopatología infantil en la génesis de psicopatología adulta y de trastornos de la personalidad? El trabajo de seguimiento longitudinal de Lewinsohn et al ⁽⁴⁾ indica que la presencia de diagnósticos en el eje I del DSM en la infancia es un débil predictor relativo de TP del adulto, si bien reseña que uno de los diagnósticos predictores es el TD, y otro predictor es la presencia de más de un diagnóstico. La relevancia de la presencia de TD en la infancia como predictor genérico de psicopatología de tipo antisocial del adulto se pone de manifiesto también en el trabajo longitudinal de Kratzer ⁽⁵⁾ sobre una muy numerosa muestra, en el que también se pone de manifiesto la mayor vulnerabilidad de los varones con TD. Parecida, pero más específica conclusión, obtienen Bernstein et al ⁽⁶⁾ en otro trabajo longitudinal de seguimiento, en el sentido de atribuir a la presencia de TD ("Problemas de conducta") infantil la cualidad de predictor independiente de los 3 grupos (A, B y C) de trastornos de la personalidad del adulto según el DSM III-R.

RELACIÓN TRASTORNO DISOCIAL- TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

Uno de los muchos enigmas de la Psiquiatría es el proceso por el cual se origina el TAP. La pregunta de en qué medida se nace o se hace un psicópata no ha sido aún respondida. Autores como

J. Paris ⁽⁷⁾, basándose en la falta de rigor en cuanto a la condición de diseños retrospectivos de la mayoría de estudios, enfatizan en la heredabilidad de los rasgos de personalidad, concluyen que sólo una minoría de adultos con graves trastornos de personalidad presentan severos traumas infantiles y advierten que los efectos de los traumas infantiles en los trastornos de personalidad sólo deben ser comprendidos en el contexto de la interacción dotación genética-acciones del entorno. En una línea similar, Rutter et al ⁽⁸⁾, y Maughan et al ⁽⁹⁾, critican las conclusiones de estudios de diseño retrospectivo y afirman que las experiencias infantiles adversas y precoces juegan un papel que contribuye a la génesis de los trastornos de personalidad y enfatizan en la contribución de dichas experiencias, a través de mecanismos cuya medición sería extremadamente compleja, al riesgo evolutivo, distinguiendo entre estresores agudos y crónicos, experiencias positivas y negativas, implicación del procesamiento cognitivo de las mismas, especificidad de los efectos, factores implicados en la persistencia de los efectos en el adulto y otras variables que dificultan la metodología de estudio. Harden y Zoccolillo ⁽¹⁰⁾ enfatizan en la importancia del temperamento y los mecanismos psicobiológicos como factores relevantes en la expresión del trastorno disocial, y, basándose en los resultados de los estudios longitudinales, insisten en la precocidad (conducta en edad preescolar) de la aparición de los patrones de posterior desajuste adulto, lamentando la escasez de estudios en mujeres que expliquen mejor la evolución en función de parámetros como el embarazo.

Otra cuestión interesante y objeto de controversia es la de *la continuidad o discontinuidad del trastorno disocial-TAP*. La bibliografía consultada indica que, tal como se establecen las definiciones en el DSM IV, es precisamente el grupo infantil definido con los criterios diagnósticos de trastorno disocial el que con mayor consistencia coincide con el grupo adulto definido por los criterios de TAP, sean los trabajos de seguimiento longitudinal prospectivo o de revisión de casos adultos que habían sido objeto de atención siendo niños, sea contemplando grupos de diagnóstico comple-

to o subgrupos que contemplen síntomas definitorios del trastorno disocial, o rasgos de temperamento que suponen riesgo evolutivo. Por otra parte, la diferencia entre esta continuidad evolutiva y la de otros rasgos infantiles en relación a trastornos de personalidad del adulto es notable ⁽⁴⁻⁶⁾. JS Werry ⁽¹⁾ se cuestiona la validez de la separación nosológica del trastorno disocial y el trastorno antisocial de personalidad. En la misma línea se manifiestan Manzano J et al, en un trabajo prospectivo sobre una muestra de niños atendidos entre 1963 y 1967 y que después consultaron en el Servicio de Psiquiatría de adultos (N = 720). En orden a establecer subgrupos específicos de niños relacionados con psicopatología del adulto, buscaron rasgos infantiles en los adultos que habían sido diagnosticados de trastornos de la personalidad y encontraron un subgrupo de niños significativamente diferenciado, caracterizado por agresividad, conducta oposicionista, insociabilidad y conflictos con los semejantes, que presentó de forma significativa TP en adultos. De dicho subgrupo, un 54,6% había sido ya diagnosticado de trastorno de la personalidad en la infancia. Zoccolillo et al ⁽¹²⁾, estudiando las dificultades del trastorno de conducta para afrontar retos de la vida cotidiana en dos grupos de jóvenes adultos, de distinto origen, concluyen que la presencia de trastorno disocial infantil tiene una alta tasa de continuidad en el adulto, en forma de dificultades sociales severas y múltiples, presentando casi el 50% de la muestra de niños disociales criterios DSM III-R de TAP.

Los estudios longitudinales aportan luz a la pregunta continuidad-discontinuidad del TD, al pronóstico del mismo y al origen del TAP y su relación con el TD y otros trastornos. Un estudio riguroso, de seguimiento longitudinal es el de Storm-Mathisen et al ⁽¹³⁾. En el seguimiento que hizo de 75 pacientes diagnosticados (criterios DSM III) de TD durante 19 años, comprobó que el 33% de los sujetos presentaron criterios diagnósticos de TAP, resultando la comorbilidad inicial con Tr. de ansiedad y la presencia de delincuencia un predictor de peor pronóstico. Otro trabajo interesante y riguroso, utilizando criterios DSM III-R es el de Myers et al ⁽¹⁴⁾. Los autores, tras seguir durante 4 años a una población de 137 adolescen-

tes con TD en tratamiento por consumo abusivo de sustancias, observan que, siendo adultos, un 61% cumplían criterios de TAP, concluyendo que los predictores más fiables en cuanto a dicha evolución son el inicio precoz del TD, la mayor diversidad del TD y la mayor tasa de consumo de sustancias previa al tratamiento. Una entidad clínica frecuentemente comórbida con el TD que también ha sido objeto de estudios longitudinales de seguimiento es el trastorno hiperquinético. Destaca el estudio de Mannuzza et al ⁽¹⁵⁾, de seguimiento longitudinal de un grupo de niños (e. m. 16 años) hiperquinéticos y otro grupo control hasta los 26 años, con el resultado de una tasa de TAP significativamente más elevada en el grupo de hiperquinéticos.

ALGUNOS ESTUDIOS SOBRE LA ETIOLOGÍA DEL TRASTORNO DISOCIAL Y DEL TRASTORNO ANTISOCIAL DE LA PERSONALIDAD

La etiopatogenia del TD y el TAP son objeto de estudios, pretendiendo establecer relación entre aspectos genéticos, biológicos, sociofamiliares o propios de aspectos como el temperamento infantil con dichos trastornos. Desde las primeras descripciones de Pinel y Esquirol, desde la clasificación fenomenológica de los psicópatas por K. Schneider, desde las teorías psicodinámicas acerca de los psicotraumas y relaciones objetales y su relación con las estructuras perversas de la personalidad, hasta los modernos conocimientos de la Psiquiatría Biológica acerca de la importancia de determinados neurotransmisores y su relación con dimensiones de la personalidad que juegan un papel determinante en la génesis del TAP y el TD (por ejemplo, la impulsividad-descontrol), la Psiquiatría ha establecido hipótesis que la moderna investigación pretende esclarecer. Hoy día, el TAP es de los pocos que mantienen su categoría diagnóstica inicial (presente en todas las clasificaciones DSM), clasificado en el grupo B, es decir, de trastornos propios. Sabemos que los factores genéticos son tan determinantes como los biológicos o los psicossociales y que aún estamos lejos de tener claro

192 cuándo y en qué medida contribuyen unos y otros factores. Como ejemplo ilustrativo de dónde se encuentran las líneas de investigación más recientes, vamos a exponer algunos trabajos recientemente publicados con metodologías rigurosas y resultados interesantes. Así, Christian et al ⁽¹⁶⁾, estudian los rasgos insensibilidad-dureza-escasa resonancia emocional en niños con TD y/o TOD, concluyendo que el subgrupo caracterizado por dichos rasgos es el que más fielmente se corresponde con la psicopatía del adulto. Un estudio de diseño y metodología impecables, longitudinal prospectivo de seguimiento durante 18 años, de Caspi et al ⁽¹⁷⁾ relaciona claramente el temperamento infantil a los 3 años con la evolución adulta hacia TP. En concreto, establece una significativa relación entre los rasgos descontrol-impulsividad-irritabilidad-emocional-distraibilidad a los 3 años con el desarrollo de TAP en el adulto. En orden a establecer la importancia de los factores genéticos en la génesis del TAP del adolescente y del adulto, Lyons et al ⁽¹⁸⁾ estudiaron una gran muestra de pares de gemelos univitelinos, concluyendo que, así como en la génesis del comportamiento antisocial del adolescente influyen más los factores ambientales, en la del comportamiento antisocial adulto son más determinantes los factores genéticos. Finalmente, en lo que respecta al estudio de los impactos psicotraumáticos de acontecimientos vitales, cabe mencionar el estudio de Luntz et al ⁽¹⁹⁾ sobre una amplia muestra de niños con antecedentes de haber sido víctimas de abuso sexual y/o negligencia, en comparación con un grupo control sin esos antecedentes y reevaluados ambos grupos siendo adultos. La conclusión es que la presencia de dichos psicotraumas constituye un predictor significativo de la génesis de TAP.

CONCLUSIONES

La investigación llevada a cabo hasta ahora se ha enfrentado con problemas derivados de la complejidad que supone la medición de tantos factores, cómo influyen en la génesis del TAP y la evolución del TD. Las investigaciones no siempre tienen el rigor necesario como para atribuir gran

fiabilidad a sus resultados, habiendo sido precisamente los estudios longitudinales prospectivos, con criterios DSM, los que más luz han aportado. Así, serían destacables varias conclusiones en las que existe un acuerdo creciente entre los distintos autores:

- 1) Existe una alta tasa de psicopatología del adulto, y de trastornos de personalidad, con antecedentes de Trastorno Disocial (de inicio infantil). Esta entidad clínica es un predictor de psicopatología adulta en general, trastornos de la personalidad y Trastorno antisocial de la personalidad. En consecuencia, su pronóstico, en general, es malo.
- 2) Existe una alta tasa absoluta y relativa de evolución del Trastorno disocial infantil hacia Trastorno antisocial de la personalidad del adulto, próxima al 50 por ciento de los casos.
- 3) Destacan como predictores de dicha evolución:
  - Precocidad en el inicio del TD (antes o en torno a los 10 años).
  - Diversidad y severidad clínica del TD.
  - Presencia de comportamiento delictivo infantil.
  - Comorbilidad con otros trastornos, fundamentalmente Trastorno de ansiedad, Trastorno por consumo abusivo de alcohol y sustancias tóxicas y Trastorno Hipertensivo.
  - Presencia de trastornos cognitivos y madurativos, sobre todo relacionados con el desarrollo del lenguaje.
  - Antecedentes familiares de TAP (¿condicionamiento genético y/o ambiental?).
  - Presencia de determinados psicotraumas infantiles.
- 4) La etiopatogenia del Trastorno disocial y del Trastorno antisocial de la personalidad es multifactorial, influyendo en la misma:
  - Factores genéticos.
  - Factores ambientales (más determinantes de actitudes antisociales en el adolescente que en el adulto, a la inversa que los factores genéticos).

- De manera significativa y determinante, rasgos muy precoces del temperamento infantil, sobre todo el factor impulsividad-agresividad-descontrol (también la inhibición). Existiría una posible causalidad psicobiológica de este temperamento infantil: impulsividad-descontrol en relación con disfunción serotoninérgica, distraibilidad como disfunción dopaminérgica. La respuesta del entorno a estos distintos temperamentos sería un factor influyente.
- 5) Influyen también factores del temperamento-personalidad infantiles-adolescentes (dureza-escasa resonancia emocional) como elementos configuradores del TAP de peor pronóstico y más componente delictivo.

- 6) Todos los factores interactúan según modelos y cronologías que desconocemos.
- 7) Es necesario incrementar el número de estudios sobre TD y TAP en población femenina.

La afirmación de JS Werry⁽¹⁾ no puede considerarse, pues exagerada. El problema de la violencia y de la delincuencia adolescente y adulta, y de hechos asociados como el consumo y tráfico de drogas constituyen asuntos de enorme envergadura, que deberían incitarnos a un mejor estudio y abordaje del problema de los trastornos de la conducta infantil, pues son origen en la mitad de los casos, de los condicionamientos de la personalidad que están asociados a esas devastadoras realidades de nuestra sociedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Werry JS. Severe conduct disorder-some key issues. *Can J Psychiatry* 1997;42(6):577-83.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical manual of mental disorders. 4ª ed. Washington (DC): American Psychiatric Association; 1994.
3. Fried I Mellansjö school-home. Psychopathic children admitted 1928-1940, their social adaptation over 30 years: a longitudinal prospective follow-up. *Acta Paediatr* 1995;(Suppl 408).
4. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Klein DN. Axis II psychopathology as a function of Axis I disorders in childhood and adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(12):1752-9.
5. Kratzer L, Hodgins S. Adult outcomes of child conduct problems: A cohort study. *J Abnormal Child Psychol* 1997; 25(1):65-81.
6. Bernstein DP, Cohen P, Skodol A, Bezirgianian S, Brook JS. Childhood antecedents of adolescent personality disorders. *Am J Psychiatry* 1996;153(7):907-13.
7. Paris J. Childhood trauma as an etiological factor in the personality disorders. *J Personality Dis* 1997;11(1):34-9.
8. Rutter M, Maughan B. Psychosocial adversities in childhood and adult psychopathology. *J Personality Dis* 1997;11(1):4-18.
9. Maughan B, Rutter M. Retrospective reporting of childhood adversity: issues in assessing long-term recall. *J Personality Dis* 1997;11(1):19-33.
10. Harden PW, Zoccolillo M. Disruptive behavior disorders. *Curr Opin Pediatr* 1997;9(4):339-45.
11. Manzano J, Laufer D, Borella E, Favre C, Fischer W, Gex-Fabris M, Seidl R, Urban D, Zabala I. Continuity and discontinuity of psychopathology: a study of patients examined as children and as adults. III— The infancy of "adult personality disorders". *Schweizer Arch Neurologie Psychiatrie* 1994;145(4):13-7.
12. 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;22(4):971-86.
13. Storm-Mathisen A, Vaglum P. Conduct disorder 20 years later: a personal follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89:416-20.
14. Myers MG, Stewart DG, Brown SA. Progression from conduct disorder to antisocial personality disorder following treatment for adolescent substance abuse. *Am J Psychiatry* 1998;155(4):479-85.
15. Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, Malloy P, Lapadula M. Adult Outcome of Hyperactive Boys. Educational achievement, occupational rank and psychiatric status. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50:565-76.
16. Christian RE, Frick PJ, Hill NL, Tyler L, Frazer DR. Psychopathy and conduct problems in children: II. Implications for subtyping children with conduct problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(2):233-41.
17. Caspi A, Moffit T, Newman DL, Silva PA. Behavioral Observations at Age 3 years Predict Adult Psychiatric Disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:1033-9.
18. Lyons MJ, True WR, Eisen SA, Goldberg J, Meyer JM, Faraone SV, Eaves LJ, Tsuang MT. Differential heritability of adult and juvenile antisocial traits. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52(11):906-15.
19. Luntz BK, Widom CS. Antisocial personality disorder in abused and neglected children grown up. *Am J Psychiatry* 1994;151(5):670-4.