

הפרעות התנהגות

פרק

2.D

הפרעת התנגדות

Katie Quy & Argyris Stringaris

מהדורה בעברית

תרגום: אפרת ברנע

עריכה: פרופ' פז תורן



Katie Quy MSc
Institute of Education,
Thomas
Coram Research Unit,
London UK
Conflict of interest: none
reported.
Argyris Stringaris MD,
PhD,MRCPsych
Senior Lecturer, King's
College
London, Institute of
Psychiatry,
UK & Consultant Child
and Adolescent
Psychiatrist, Mood
Disorder Clinic, Maudsley
Hospital, London , UK
Conflict of interest: none
reported.
Acknowledgments: The
authors are grateful
Professor Stephen
Scott for his helpful
comments.
Dr Stringaris gratefully
acknowledges the
support of the Wellcome
Trust.

This publication is intended for professionals training or practising in mental health and not for the general public. The opinions expressed are those of the authors and do not necessarily represent the views of the Editor or IACAPAP. This publication seeks to describe the best treatments and practices based on the scientific evidence available at the time of writing as evaluated by the authors and may change as a result of new research. Readers need to apply this knowledge to patients in accordance with the guidelines and laws of their country of practice. Some medications may not be available in some countries and readers should consult the specific drug information since not all dosages and unwanted effects are mentioned. Organizations, publications and websites are cited or linked to illustrate issues or as a source of further information. This does not mean that authors, the Editor or IACAPAP endorse their content or recommendations, which should be critically assessed by the reader. Websites may also change or cease to exist. ©IACAPAP 2012. This is an open-access publication under the [Creative Commons Attribution Non-commercial License](#). Use, distribution and reproduction in any medium are allowed without prior permission provided the original work is properly cited and the use is non-commercial. Send comments about this book or chapter to jmreyATbigpond.net.au Suggested citation: Quy K, Stringaris A. Oppositional defiant disorder. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.(Edition in Hebrew: Toren P (ed), Translation: Barnea E) Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2019.

הפרעות התנהגות הן הפרעות נפוצות וקשורות בפגיעה משמעותית בילדים ובמשפחותיהם, כמו כן הן בעלות זיקה למנעד של תוצאות הסתגלות פחות טובות בהתפתחות המאוחרת יותר (Ford et al, 2003; Burk et al, 2005; Copeland et al, 2009; Kim-Cohen et al, 2003; Costello et al, 2003). בעיות התנהגות מתפרצות גם תובעות מחיר גבוה יותר מן החברה: ההערכה היא כי העלויות הנובעות מאנשים שהתאפיינו בהתנהגויות אנטי-סוציאליות בילדות גבוהות פי עשרה מאשר אנשים ללא התנהגויות אנטי-סוציאליות בהגיעם לגיל 28 (Scott et al, 2001a). שתי מערכות הסיווג העיקריות למחלות ולהפרעות נפשיות – DSM-IV (APA, 1994, 2000) ו- ICD-10 (ICD-10; WHO, 1993) מגדירות הפרעת התנגדות כדפוס עקבי של התנהגות מתריסה, אנטגוניסטית ולא מצייתת כלפי מבוגרים. הפרעה זו ניתנת בהיעדר אקטים חמורים יותר של תוקפנות או התנהגות אנטי-סוציאלית, הקשורות להפרעת התנהגות חמורה יותר – Conduct Disorder.

אבחנה

הקריטריונים של ה- DSM-IV ל ODD - מעמידים דרישה לנוכחות של לפחות ארבעה סימפטומים למשך לא פחות משישה חודשים. על הסימפטומים להופיע ברמת חומרה גבוהה יותר ביחס לקבוצת הגיל או ביחס לרמת ההתפתחות ועליהם לגרום לפגיעה משמעותית. בכדי לתת אבחנה של ODD יש לשלול קיומה של הפרעת התנהגות חמורה – Conduct Disorder. מאפיין מרכזי של ODD, אשר מודגש ב- ICD-10, כולל דפוס עקבי של התנהגות פרובוקטיבית, עוינת וסליל שיתוף פעולה. התנהגות זו מתאפיינת בסף תסכול נמוך.

סימפטומים של ODD לפי DSM-IV

- כועס ורוגז לעיתים קרובות
- מתווכח עם מבוגרים לעיתים קרובות
- רגשן או מתעצבן בקלות מאחרים
- מתפרץ בזעם לעיתים קרובות
- מעצבן או מטריד אחרים בכוונה לעיתים קרובות
- מאשים אחרים על טעויות שלו או התנהגות לא ראויה מצדו לעיתים קרובות
- מתנגד או מסרב למלא אחר בקשות וחוקים מאת מבוגרים לעיתים קרובות
- נקמני וזדוני לעיתים קרובות

אפידמיולוגיה

ODD היא הפרעה יחסית נפוצה בילדות עם שכיחות מוערכת הנעה בין 2% ל- 10% (Maughan et al, 2004; Costello et al, 2003). עם זאת, ההערכות לגבי שכיחותה עשויות להשתנות בתלות בגורם המדווח (למשל, הורה לעומת ילד), סוג הדיווח (למשל, עכשווי או רטרואקטיבי) והכללה או הוצאה של ילדים העונים גם על הקריטריונים של הפרעת התנהגות חמורה CD. ODD שכיחה יותר בקרב בנים לעומת בנות והסימפטומים לרוב יציבים בין גילאים חמש לעשר, אך משוער כי הם פוחתים לאחר גיל

עשר. אבחנה זו פחות ניתנת לילדים גדולים יותר, בחלקו כדי להימנע מתיג והסללה שלהם מול הורים, מרגע שהם מוכרים כמתבגרים.

טבלה D.2.1 מסכמת שיעורי שכיחות ההפרעה ממספר מחקרים גדולים –

טבלה D.2.1 הערכת השכיחות של ODD	טווח גילאים בשנים	אחוז בנים	אחוז בנות
British Child and Adolescent Mental Health Survey (Meltzer et al, 2000; Ford et al, 2003)	5-10	4.8	2.1
The Great Smoky Mountains Study (Costello et al, 2003) – threemonth Prevalence	9-16	3.1	2.1
The Bergen Child Study (Munkvold et al, 2009)	7-9	2.0	0.9

הבדלים בין-תרבותיים בשכיחות –

נתונים שנלקחו מארגון הבריאות העולמי WHO ומסקרים של בריאות הנפש העולמית מצביעים על פערים בהערכות לגבי השכיחות של ODD בין מדינות. למשל, נתונים מסקר בינלאומי רחב היקף אשר פורסם על ידי קסלר ושות' (Kessler et al, 2007) מדגים שונות מרשימה בשכיחות לאורך החיים של הפרעות בשליטה בדחף, הפרעת התנהגות חמורה והפרעת קשב וריכוז/היפראקטיביות.

הקשר בין ODD לבין CD -

המידה שבה ODD והפרעת התנהגות חמורה צריכות להיחשב כהפרעות נפרדות או כהפרעה אחת היא נושא המעורר מידה מסוימת של מחלוקת. הדבר משתקף במערכות הסיווג הקיימות – ב-DSM-IV האבחנה של CD יכולה לכלול את כל האפיונים של ODD ואף מתייחסים אליהם כסימנים מקדימים להפרעת התנהגות חמורה. ב-ICD-10 אבחנת ODD נחשבת לתצורה מרוכבת יותר של הפרעת התנהגות, כך שהיא מובחנת מהפרעת התנהגות חמורה. הן אכן לפרקים מובחנות על פי מחקרים קליניים (Kim-Cohen et al, 2003). כך, הגם שיש מידה גבוהה של קו-מורבידיות בין שתי האבחנות, עדיין מרבית הילדים המאובחנים עם ODD אינם מפתחים הפרעת התנהגות חמורה (Rowe et al, 2002) ושתי הפרעות מובחנות בכך שהן נמצאות בזיקה עם גורמים שונים זה מזה (Dick et al, 2005; Nock et al, 2007).

הקשר בין ODD לבין הפרעות אחרות (הופעה יחד עם ולפני הפרעות אחרות) –

ODD היא הפרעה המופיעה ביחד עם הפרעות אחרות רבות או מקדימה להן (Costello et al, 2003) כולל הפרעות מצב רוח – חרדה ודיכאון – אצל בנות, הפרעת התנהגות חמורה והפרעות של שימוש לרעה בחומרים. ילדים עם הפרעות קשב וריכוז, עם או בלי היפראקטיביות, לעיתים קרובות מפתחים גם הפרעת התנגדות. הטווח הרחב של זיקות בין ODD לבין הפרעות אחרות מתואר בתרשים D.2.2

תרשים D.2.1 שכיחות לאורך החיים של הפרעות שליטה בדחף (Kessler et al, 2007)

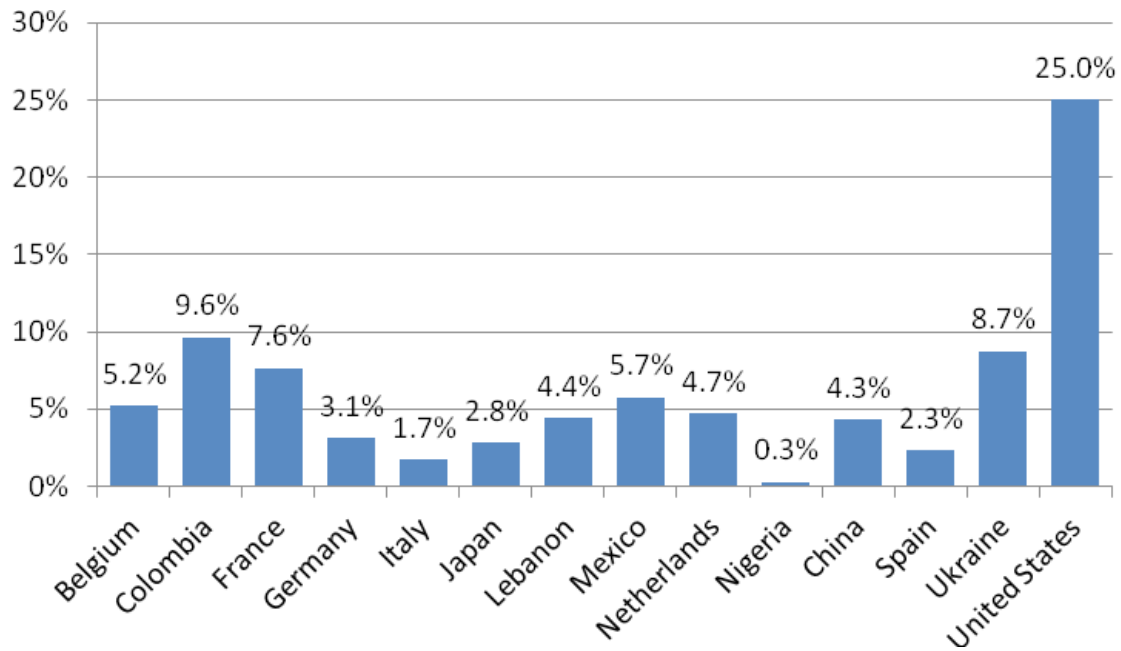
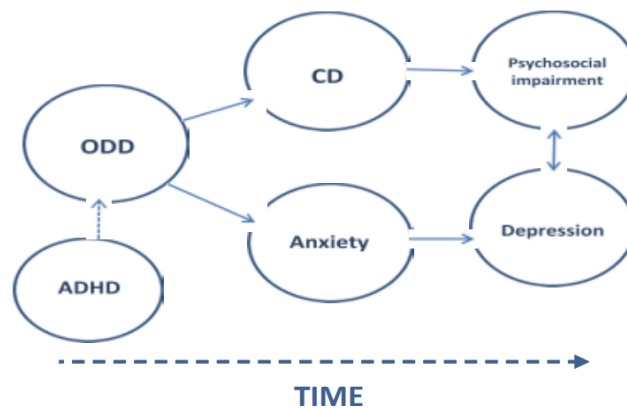


Figure D.2.2: The relationship between ODD and other disorders (modified from Burke et al, 2005)



ODD: oppositional defiant disorder; CD: conduct disorder; ADHD: attention deficit/hyperactivity disorder (common precursor to ODD)

ODD נמצאה באופן עקבי כמנבאת דיכאון מאוחר יותר (Copeland et al, 2009; Burke et al, 2010; Burke et al, 2005) וחרדה (Maughan et al, 2004). באופן מפתיע, קופלנד ועמיתיו (Copeland et al, 2009) מצאו כי הפרעת התנגדות בילדות מהווה גורם מנבא לדיכאון בבגרות הצעירה. גם להפרעות חרדה לעיתים קרובות קדמה הפרעת התנגדות בגיל ההתבגרות ללא הפרעת התנהגות חמורה. הקשר בין ODD לבין הפרעות רגשיות מעורר תהיה וההנחה היא כי האספקטים של מצב הרוח באבחנה של ODD הם אלה שמנבאים הפרעות כגון חרדה ודיכאון (Burke et al, 2005; Stringaria & Goodman, 2009b).

בניסיון להסביר את ההטרונגויות של הקשרים בין ODD בילדות לבין הפרעות בבגרות, סטרינגריס וגודמן (2009a, 2009b) הציעו שהקריטריונים ל- ODD לפי DSM-IV יכולו שלושה ממדים אפריוריים ספציפיים והם התנהגות רגזנית, עיקשת ופוגענית. אחרים (Rowe et al, 2010) זיהו רק שני ממדים – רגזנות ועיקשות בעוד אחרים הציעו חלוקה מעט אחרת של תסמינים (Burke et al, 2010). הממצאים מציעים שמצב רוח רגזני מנבא יותר טוב הפרעות מאוחרות יותר במצב הרוח (Stringaris et al, 2009) בעוד התנהגות עיקשת והתנהגות פוגענית מנבאות יותר טוב בעיות מאוחרות יותר בניהול ההתנהגות. התועלת הקלינית בהבחנות אלו צריכה להמשיך ולהתבסס (Rowe et al, 2010; Burke et al, 2010; Aebi et al, 2010).

אטיולוגיה וגורמי סיכון

לא נמצא מחולל אחד ויחיד ל- ODD, אך נמצאו מספר גורמי סיכון וסמנים הקשורים להתנהגות מתנגדת.

גנטיקה -

השפעות גנטיות תורמות בצורה משמעותית להתפתחות סימפטומים של ODD, מוערך כי התורשתיות היא מעל 50%, כאשר הגורמים הגנטיים אחראיים ליותר מ- 70% מהשונות במדדים אינדיבידואליים המבוססים על דיווחי ההורים (Eavas et al, 1997). בעוד שחלק מן החוקרים מציעים כי ל- ODD ולהפרעת התנהגות יש חפיפה גנטית משמעותית (Eavas et al, 2000), מחקרים אחרים מצביעים על גורמים ייחודיים לכל הפרעה (Rowe et al, 2008, Dick et al, 2005). בנוסף, נראה כי גורמים גנטיים הם בבסיס הקשר בין ODD לבין ADHD (Hewitt et al, 1997) כמו גם בין ODD לבין דיכאון (Rowe et al, 2008). במחקר על תאומים מתבגרים, נמצא כי לסימפטומים של רגזנות במסגרת דיווח עצמי של ODD יש השפעות גנטיות משותפות עם סימפטומים של דיכאון. זאת בעוד לסימפטומים של עיקשות והתנהגות פוגענית של ODD יש שותפות גנטית לסיכון לפתח סימפטומים של עבריינות נוער (Stringaris et al, 2012).

השפעת גומלין גנטיקה-סביבה -

הרעיון כי ההשפעות של חשיפה לגורם סביבתי (לדוגמה, טיפול לרעה בילדות) על התנהגות הילד מותנית בגנטיקה שלו הוא בעל תוקף נראה וסבירות ביולוגית (Rutter, 1996). באחד מהמחקרים החלוציים בתחום (Caspi et al, 2002) נמצא כי הפולימורפיזם הפונקציונלי באזור הפרומוטר של הגן המקודד את המטבוליזם של הניורו-טרנסמיטור מונאמיין אוקסידז (MAO-A) A ממתן את ההשפעה של טיפול לרעה בילדות על בעיות אנטי-סוציאליות והתנהגותיות עתידיות, הגם שמספר מחקרים מאוחרים יותר לא מצאו אינטראקציה שכזו. כך, ילדים שעברו התעללות בילדות ובעלי גנוטיפ המוביל לרמות נמוכות של פעילות MAOA הציגו לעיתים קרובות יותר הפרעות התנהגות והתנהגות אנטיסוציאלית במחקרי המשך מאשר ילדים עם גנוטיפ המוביל לרמות גבוהות של פעילות MAOA (Caspi et al, 2002).

גיל ההתפרצות -

נראה כי גיל ההתפרצות של סימפטומים אנטיסוציאליים (Moffitt, 1993) מנבא טוב תוצאות והשלכות מאוחרות יותר. מופיט (Moffitt, 1993) מבחין בין ילדים שהסימפטומים אצלם מופיעים לראשונה בילדות וממשיכים עד גיל ההתבגרות (יציבות לאורך הילדות) לעומת ילדים שהסימפטומים מופיעים אצלם לראשונה בגיל ההתבגרות. נבדקים בקבוצת יציבות הסימפטומים לאורך הילדות נמצאו כבעלי השלכות עגומות יותר בבגרות בהשוואה לנבדקים ללא ההפרעה ולנבדקים עם התפרצות סימפטומים בגיל ההתבגרות (Moffitt et al, 2002; Odgers et al, 2007;) (Moffitt, 2003; Moffitt, 2006; Farrington et al, 2006). הנושא נדון עוד בפרק D.3

טמפרמנט -

גורמים טמפרמנטליים בינקות המאוחרת, כגון רגזנות, אימפולסיביות ואינטנסיביות של התגובות לגירויים שליליים, עלולים לתרום להתפתחות של דפוס התנהגות מתנגד ומתריס. ייתכן כי הפרעת התנגדות מתפתחת דרך נתיבים טמפרמנטליים שונים שיכולים להסביר את הקומורבידיות שלה עם הפרעות אחרות. סטרינגריס ועמיתיו (2010) הראו שהקומורבידיות של ODD עם הפרעות של סימפטומים מופנמים הינה בעלת קשר חזק יותר עם רגשנות במאפייני מזג מוקדמים בעוד שניתן היה לנבא טוב יותר את הקומורבידיות של ODD עם ADHD בעזרת מאפייני מזג של פעלתנות יתר.

השפעת קבוצת השווים -

ילדים המציגים התנהגות מתנגדת הם בעלי נטייה גבוהה יותר לחוות שיבושים ובעייתיות במערכות יחסיהם עם קבוצת השווים. לעיתים קרובות למדי ילדים אלה נדחים על ידי חבריהם, אשר אינם סובלים מהפרעה ונוטים במקום זאת להתחבר עם ילדים אחרים בעלי בעיות בהתנהגות. סביר לחשוב שהזיקה בין דחייה חברתית לבן סימפטומים של ODD בילדות היא הדדית, כפי שמומחש בצורה יפה בסדרת מחקרים על בריונות, המסוכמים אצל ארסנולט ועמיתיו (Arseneault et al, 2010).

קשיחות והיעדר רגישות -

המושג פסיכופתיות הורחב והוחל על אנשים צעירים בעשורים האחרונים (Frick et al, 1994) עם דגש על קשיחות והיעדר רגישות. בזמן שלא כל הילדים המאובחנים עם הפרעת התנהגות חמורה CD הם בעלי תכונות אלו (Frick et al, 2000), נראה כי הנוכחות של תכונות אלו מבדילה תת-קבוצה של ילדים עם בעיות חמורות יותר בניהול ההתנהגות. נראה כי קשיחות והיעדר רגישות הן תכונות בעלות מרכיב תורשה גבוה (Viding et al, 2005) ומתאפיינות בזיהוי מועט של רגשות (ובמיוחד פחד) בהבעות הפנים (Blair et al, 2006....). חשיבות תכונות אלה נידון גם בפרק 3D.

סביבת השכונה –

הסביבה הרחבה יותר המקיפה את הילד עלולה גם להוות גורם סיכון. התנהגות מתפרצת נמצאה באופן עקבי כקשורה לסביבה מקופחת מבחינה סוציו-אקונומית ושכונות אלימות (Guerra et al, 1995; Rowe et al, 2002).

גורמים משפחתיים –

חשיבות קשרי הגומלין בין גנטיקה לבין גורמים סביבתיים ברמת המשפחה נהיה ברור יותר ויותר באטיולוגיה של בעיות התנהגות מתפרצות אצל ילדים (Moffitt, 2005). ממצאים ממחקרי אימוץ (O'Connor et al, 1998; Ge et al, 1996) מראים כי ילדים בעלי סיכון גנטי גבוה להתנהגות אנטי-סוציאלית היו בעלי סבירות גבוהה יותר להיחשף להורות לא מיטיבה מצד ההורים המאמצים, זאת ביחס לילדים עם סיכון גנטי נמוך להתנהגות אנטי-סוציאלית. מנגד, ממחקרים על תאומים מונוזיגוטיים (זהים) ידוע כי השפעות ברמת המשפחה תורמות להעלאת הסיכון אצל ילדים להחצנת בעיות מעל ומעבר להשפעות המטען הגנטי של ילדים (Jaffee et al, 2003; Caspi et al, 2004). במילים אחרות, ההתנהגות ההורית כלפי הילדים עלולה להיות גורם סיכון סביבתי אמיתי.

מודלים של השפעות משפחתיות –

פטרסון (Patterson, 1982) הציע מודל כיצד התנהגות הורית עלולה להעצים התנהגות שלילית בקרב ילדים, המסתכם במה שהוא כינה "תהליכי השפעה משפחתיים". עבודתו הראתה כי הורים לילדים עם בעיות התנהגות מתפרצות הם בעלי סבירות גדולה להיות לא עקביים בהחלת חוקים ולתת פקודות או באופן שאינו ברור ונהיר או באופן שהנו תוצר של מצבם הרגשי באותו הרגע. זאת במקום מתן הוראות באופן שבהלימה להתנהגות הילד. תהליך השפעה דו-כיווני טיפוסי עולה כאשר תגובת ההורה נוקשה במידה מוגזמת יחסית להתנהגות מתפרצת מתונה מצדו של הילד. בפעם הבאה הילד יסלים את התנהגותו המתנגדת ויקבל בתמורה תגובות נוקשות יותר ויותר מצד ההורה. כך נולד פתח להסלמה נוספת. התוצאה היא שההורה עלול לבסוף להיכנע ובכך לחזק את ההתנהגות השלילית של הילד. תגמול 'פרדוקסלי' זה של ההתנהגות השלילית של הילד עלול הן להגביר והן לשמר התנהגויות מתנגדות והוא מוקד למטרה בהתערבויות טיפוליות (ראה הרשום מטה בפירוט על דרכי טיפול).

ג'ראלד ר. פטרסון, מייסד את מרכז אורגון ללמידה חברתית תיאר את מה שכינה "תהליכי השפעה משפחתיים" ותפקידם בהתפתחות ושמירה של בעיות התנהגות.



כלי הערכה

הערכת בעיות התנגדות בילדים אפשרית כבר מגיל חמש (Kim-Cohen et al, 2005). קיימים כלי הערכה מגוונים להערכת סימפטומים של ODD ולעזרה בתהליך האבחון והמעקב. על אנשי מקצוע להבין כי מתן אבחנה מבוססת על השיפוט שלהם ועל אינטגרציה של המידע אשר נאסף על ידי ראיונות, בחינה קלינית, שאלונים ואמצעים אחרים (מסוכמים בטבלה D.2.2).

טבלה D.2.2 כלי הערכה בשימוש נפוץ לזיהוי ODD (סימפטומים או הפרעה)

סוג	שם	זמינות
שאלונים	שאלון התנהגות הילד של אייברג (ECBI: Eyberg & Ross, 1978; Eyberg & Robinson, 1983)	ניתן לרכוש ב- PAR https://www.parinc.com
	שאלון התנהגות לילדים (Achenbach & Edelbrock, 1983)	ניתן לרכוש ב- ASEBA /https://aseba.org
	הערכת התנהגות אצל ילדים (BASC-2: Reynolds & Kamphaus, 2004)	ניתן לרכוש ב- Pearson /https://www.pearsonassessments.com
	שאלון התנהגות של קונורס (Conners & Barkley, 1985)	ניתן לרכוש ב- MHS /https://www.mhs.com
	שאלון חוזקות וקשיים (SDQ: Goodman, 1997)	זמין חינם בכפוף לתנאים אתר /http://www.sdqinfo.com
ראיונות חצי מובנים	הערכה פסיכיאטרית של הילד והמתבגר (Angold & Costello, 2000)	זמין בחינם באוניברסיטת דיוק בכפוף לזכויות יוצרים ואישור המחבר https://devepi.duhs.duke.edu/capa.html
ראיונות מובנים	הערכת ההתפתחות והרווחה הנפשית משלבת שאלונים וראיונות עם אלמנטים מובנים וחצי מובנים (DAWBA: Goodman et al, 2000)	זמין חינם באתר שלא למטרות פרסום /http://youthinmind.info/py/yiminfo
	הריאיון הדיאגנוסטי המובנה לילדים (DISC: Shaffer et al, 1993; Schwab-Stone et al, 1993; Shaffer et al, 2000; Shaffer et al, 2004)	זמין לרכישה באמצעות אי-מייל, תשלום עבור הדפים ליצירת העותק disc@worldnet.att.net
כלים	The Disruptive Behaviour Diagnostic	

Observation
Schedule (Wakschlag et al, 2008b,
Wakschlag et al,
2008a)

תצפיתיים

עקרונות שימושיים להערכת ילדים עם ODD כוללים:

- א. יש לנסות להשיג מידע מכמה שיותר מקורות מידע (הורה, ילד, מורה).
- ב. יש להעריך קו-מורבידיות עם בעיות פסיכיאטריות אחרות, במיוחד ADHD.
- ג. יש להעריך גורמי סיכון אחרים ברמת המשפחה, בית הספר והשכונה. ילדים עם התנהגות מתפרצת לא אחת מגיעים מרקע של חסך. חשוב לאתר גורמים (כגון בריונות או סטייה מקבוצת השווים) המשמרים או מגבירים התנהגויות מתנגדות. כנ"ל לגבי תפקוד לימודי בבית הספר: ילד עם קשיי קריאה או היפראקטיביות עלול בסבירות גבוהה יותר גם להפגין התנהגות מתנגדת בבית הספר.

אבחנה מבדלת –

אופוזיציוניות קיימת בהרבה מצבים בילדות. על אנשי המקצוע לזהות מקרים שבהם הפרעות אחרות העלו התנגדות זו. למשל, קורה שילדים בעלי פוביה או הפרעת חרדה אחרת (כגון OCD) נהיים מתנגדים ולא משתפים פעולה, במיוחד במצבים שבהם יש צפי להיחשף למצב מעורר הפחד. אנשי מקצוע, המטפלים בילדים עם OCD בתהליך שבו עליהם להפסיק את ביצוע הטקסים, מכירים היטב תופעה זו. במקרים אלה, מתן אבחנה של ODD, תוך כשל ביכולת לזהות ולהתייחס להפרעת החרדה בבסיס ההתנהגות, אינו יעיל. אותו הדבר תקף לילדים עם ADHD, אשר לעיתים קרובות מפתחים התנגדות ואף ייתכן כי אופוזיציוניות היא הסיבה העיקרית להפניית ילדים אלה לאנשי מקצוע. על כן חשוב כי אותם אנשי מקצוע יבדקו האם ADHD הינה הנושא המרכזי בבסיס ההפרעה. זאת גם כאשר הדאגה המרכזית של ההורים היא אותה התנגדות. לכך השלכות משמעותיות לגבי הטיפול (ראה בהמשך). מצב דומה עלול לעלות אצל ילדים עם אוטיזם, אשר יכולים להפוך ולהיות מתנגדים במיוחד לנוכח שינוי רוטינה או בשל רגישויות חושיות. גם כאן אנשי מקצוע ירצו לזהות בעיות אפשריות בבסיס ההתנגדות ולהבטיח כי אלו יקבלו מענה טיפולי מתאים.

תיאור מקרה

ג'ק הוא בן 7. אמו מדווחת שהוא "מאד קשה" ושהוא "תמיד" היה כזה, הוא היה נכנס להתקף זעם בגלל דברים קטנים, כמו הפסד במשחק וידאו מול חבר טוב. "הוא מאדים, מתנשף, צועק ובוכה". בנוסף, הוא הרבה פעמים זועף ללא סיבה ברורה. האימא מתארת כי כאשר לא רוצה לעשות דבר מה "הוא פשוט לא יעשה אותו". הרבה פעמים סירב להיכנס לישון "יש לנו פיצוצים בערב בגלל זה". ג'ק לפעמים נהיה כל כך עצבני עד כי שבר את הצעצועים שלו או הטיח אותם לכל עבר. לג'ק לא היה כל קשר עם אביו מאז היותו בן חצי שנה. האימא מציינת כי אביו של ג'ק היה "אדם כעוס ואגרסיבי", אשר לעיתים קרובות צעק והתפרץ בזעם. המורה אמרה כי ג'ק נוטה להתנוכח ומסרב לבצע את מה שהוא מתבקש לבצע בכיתה ומציק ללא הרף לילדים אחרים בכך שזורק פיסות נייר עליהם ולוקח להם חפצים. הילדים האחרים בכיתה לא אהבו לשחק איתו והדבר הכעיס אותו. לאחרונה, חלק מהילדים הגדולים לועגים לו ומתעמרים בו בחצר. פעמים רבות חוזר הביתה כשהוא

נראה עצוב ומצוברח. אמו של ג'ק אומרת שהיא "בקצה גבול היכולת" וש"אי אפשר לדבר אליו בהגיון ואי אפשר גם לצעוק עליו, זה פשוט לא עוזר, כל מה שאני עושה לא עובד". ג'ק ואמו הגיעו למרפאת ילדים ונוער של שירותי בריאות הנפש. על פי הסימפטומים שהוא הציג והיקף הפגיעה בתפקוד, ג'ק קיבל אבחנה של ODD והוצע לאמו לקחת חלק בתכנית לניהול הורי. כמה שבועות לאחר שהצטרפה לתכנית היא רכשה כלים להתמודדות עם ההתנהגות של ג'ק. בסוף תכנית הטיפול, ג'ק לא הראה יותר סימפטומים משמעותיים של ODD. התקפי הזעם נהיו נדירים ובאופן כללי היה הרבה פחות מתנגד. הוא ואמו היו מסוגלים ליהנות מפעילויות משותפות. אמו של ג'ק מדווחת כי כעת קל לה יותר לזהות את ההתנהגויות הטובות שלו ומשבחת אותו בהתאם.

טיפול

מספר עקרונות כלליים תקפים לטיפול בבעיות התנגדות כמו גם בבעיות פסיכיאטריות אחרות. יש לזהות תחלואה כפולה, כיוון שהיא מצריכה טיפול בפני עצמו. הדבר נכון במיוחד ל- ADHD ובמידה רבה גם לדיכאון ולחרדה בילדות. תמיד יד להעריך ולהתייחס לגורמי סיכון אחרים הניתנים לטיפול או לשינוי (כגון בריאות מתמשכת או כישלון בבית ספר עקב קשיי למידה) כחלק מחבילת הטיפול הניתנת למשפחה.

קיימים מספר טיפולים לקלינאים בהתאם לצרכים הייחודיים של הילד והמשפחה. למשל, ניתן לטפל בהתנהגות מתנגדת - המתרחשת לרוב בהקשר של הבית או בית הספר - במסגרת תכנית טיפול, המתייחסת לנושאים רלוונטיים להקשרים אלה. בעיות נרחבות יותר עשויות לזמן מענה של עבודה אינדיבידואלית אינטנסיבית יותר (Moffit & Scott, 2008).

אימון ניהול הורי –

תכנית ניהול הורי, המבוססת על עקרונות תיאוריית הלמידה החברתית הנו מאפיין מרכזי בטיפול ב- ODD. דפוס אינטראקציה הורה-ילד בעייתיים מעורבים בהתפתחות ובהתבססות של התנהגות מתנגדת ועקרונות הלמידה החברתית ובמיוחד התניה אופרנטית (תפקיד התגמול בשינוי התנהגות) נמצאו כיעילות בשינוי ההתנהגות הן אצל ההורים והן אצל ילדים (Feldman & Kazdin, 1995). תכנית ניהול הורי מלמדת הורים לזהות התנהגות בעייתית והתנהגות מקדמת-חברתית ולהחיל טכניקות תגמול וענישה המיועדות להגביר שכיחות של התנהגות רצויה ולהפחית שכיחות של התנהגות לא רצויה.

דוגמאות לתכניות להורים

מספר תכניות המבוססות על תיאוריית הלמידה החברתית נמצאו כיעילות בהתייחסות להתפרצות מוקדמת של התנהגות אנטי-סוציאלית, בעיקרן:

- *השנים המדהימות* (Webster-Stratton, 1981)

אחת התכניות התקפות ביותר היא תכנית וובסטר-סטראטון "שנים מדהימות" – תכנית אימון התנהגותית המיועדת לשימוש עם הורים, מורים וילדים.

(Webster-Stratton & Hammond, 1997; Webster-Stratton, 1982; Webster-Stratton, 1981),
 ((Webster-Stratton & Hammond, 1997).

סקוט ועמיתיו (Scott et al., 2001b) ערכו ניסוי מבוקר במספר מרכזים על התכנית עבור ההורים במדגם של 141 הורים לילדים (קבוצת התערבות n=90, קבוצת ביקורת רשימת המתנה n=51) בגילאי 3 – 8 אשר הופנו בשל התנהגות אנטי-סוציאלית למרכזים הרב-מקצועיים של שירותי בריאות הנפש לילדים ונוער. הם השתמשו בתכנית הבסיסית המבוססת על צילומי וידאו (Webster-Stratton & Hancock, 1998). תכנית זו מורכבת מ-16-13 מפגשים שבועיים בני שעתיים שבהן הראו להורים קטעי וידאו עם סצנות המדגימות דרכים נכונות ושגויות לנהל ילדים. התכנית כיסתה נושאים כמו משחק, שבח ותגמול, הצבת גבולות וניהול התנהגות לא ראויה. לאחר התבוננות בקטעי וידאו ההורים קיבלו עידוד לדבר על ההתנהגות של הילדים שלהם ותרגלו גישות שונות איך לנהל אותה. ההורים גם קיבלו לנסות בבית פעילויות שבועיות (שיעורי בית) וההתקדמות קיבלה תמיכה באמצעות קשר טלפוני. עלות התכנית היתה שווה לעלות של טיפול פרטני. נמצא כי בהשוואה לקבוצת הביקורת היתה ירידה משמעותית ומובהקת מבחינה סטטיסטית בהתנהגות אנטי-סוציאלית וזאת בדירוג ההורים לגבי בעיות התנהגות והיפראקטיביות בילדיהם, דיווחי הורים על המספר הכולל של בעיות ביום, הסטייה הכללית כפי שנמדד באמצעות שאלון כוחות וקשיים Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman, 1997) כמו גם בצינוי החצנה וסך הבעיות כפי שנמדד בשאלון התנהגות הילד (Achenbach & Edelbrock, 1983), הגדרת הבעיות על פי ההורים (שלוש הבעיות המרכזיות לפי ההורים, שבהן היו רוצים לראות הכי הרבה שיפור) ואבחנה של הפרעת התנהגות מתנגדת/תריסה על פי ID-10. התנהגות ההורים נמדדה גם היא ונמצאה ירידה משמעותית – על פי תצפית - בפקודות והוראות לא מתאימות מצדם. שתי תכניות המשך פותחו: התכנית המתקדמת, אשר תוכננה לתת כלים בתחום מערכות יחסים הוריות ותכנית עמיתים שתוכננה לתמוך בלמידה הבית ספרית של הילדים ולבנות קשרי הורים-מורים. נמצא כי איחוד שלושת התכניות השיג את השיפור המשמעותי ביותר בהתנהגות.

• **תכנית הורות חיובית – תה"ח**

תה"ח היא תכנית לתמיכה בהורות ובמשפחה, מבוססת מחקרית, המיועדת למנוע ולנהל בעיות התנהגות בילדים בגילאי טרום-התבגרות, זאת על ידי הגברת מיומנויות הוריות ושיפור אינטראקציות הורים-ילדים. התכנית מורכבת ממספר רבדים: מניעה אוניברסלית המיועדת לספק מידע בסוגיות הורות כלליות להורים המתעניינים בכך, מתן עצות לבעיות התנהגות ספציפיות, תכניות קצרות למתן עצות ואימון הורים המתמודדים עם בעיות התנהגות מינוריות. נוסף על כך תה"ח מציעה תכניות אינטנסיביות יותר המעניקות אימון ואסטרטגיות ניהול מצב רוח, מיומנויות התמודדות ומיומנויות תמיכה של בני הזוג - זאת בכדי לתת מענה לבעיות התנהגות עיקשות ונרחבות יותר. תה"ח תוקפה במספר מחקרים עבור מגוון סגנונות משפחה ורקע תרבותי (Graaf et al, 1998, Bor et al, 2002).



קבוצת הורים שסיימה תכנית להורים בדרום אפריקה. מקור: Beautifulgate

גישות אלטרנטיביות -

ישנן אסטרטגיות ליישום בטיפול בבעיות התנהגות בקרב משפחות אשר התכניות שלעיל לא צלחו. סקוט ודאדס (2009) מציעים מספר דרכים אלטרנטיביות להתבונן על התערבויות, אשר מספקות מסגרת התייחסות לגורמים העלולים להגביל את היעילות של תכניות אימון הורים. הם ממליצים לקחת בחשבון את הביטחון בהתקשרות (attachment) וקשר הורה-ילד בחשיבה על אסטרטגיות התערבות זאת כדי לתת מקום להשפעה שעלולה להיות להתקשרות משובשת על מתן המשמעות לגבי הצפי של חיזוקים ועונשים. בנוסף, הם מדגישים את החשיבות של הקשרים חברתיים רחבים יותר אשר עלולים להיות בעלי השפעה על הילד כגון טיב הקשר בין ההורים, אחאים, משפחות מורחבות וסביבת השכונה. לבסוף, הם מעודדים מטפלים ואנשי מקצוע לקחת בחשבון את האמונות שמחזיקים ההורים לגבי הילד (או אספקטים של הורות) אשר עלולות להפריע לטיפול.

התערבויות בבית הספר -

1. ניתן לספק למורים כלים לקידום השיפור של התנהגות בכיתה. תיאוריית הלמידה החברתית מרכזית גם כאן. מופיט וסקוט (2008) מזוהים ארבעה תחומי תפקוד מרכזיים שיש להתייחס אליהם: קידום היענות ויכולת לשאת את כללי הכיתה וכללי ההתנהגות המקובלת.
2. תמיכה בפיתוח מיומנויות של פתרון בעיות
3. מניעת התנהגות בעייתית
4. מניעת ההסלמה של התנהגות מתנגדת

טיפול פרטני – ניהול כעסים

עדויות קיימות מצביעות על כך שתכנית ניהול כעסים מבוססת CBT עשויה להועיל במיוחד בטיפול בכעס. (Beck & Fernandez, 1998; Lochman et al, 2011).

תכנית זו משתמשת בגישה של מיומנויות התמודדות המערבות הגברת החוסן כלפי לחץ ומורכבת משלושה שלבים: הכנה קוגניטיבית, רכישת מיומנות ושלב של יישום ואימון (Meichenbaum, 1996). בשלב הראשון, הכנה קוגניטיבית, המטפל מבסס מערכת יחסים עם המטופל. המטופל מונחה להמשיג מחדש גורמי לחץ ובעיות בעלות פוטנציאל לשינוי אשר ניתן לנהל אותם בשימוש באסטרטגיות התמודדות. בשלב השני, רכישת מיומנות, המטופל לומד אסטרטגיות התמודדות ספציפיות כמו וויסות עצמי של הרגשות, קבלה, פתרון בעיות והליכים של הסחת קשב – מערכות אשר ניתן להחיל על בעיות מסוימות הנחווות על ידי המטופלים ומשפחותיהם. בשלב האחרון, המטופל לומד ליישם את האסטרטגיות האלו בפועל. מציגים בפני המטופל בצורה הולכת וגוברת את גורמי הלחץ (תוך שימוש בטכניקות של משחק תפקידים למשל) עד אשר המטופל יכול להשתמש במיומנויות התמודדות בחיים האמיתיים.

מטרות בניהול ODD (from Fraser & Wray, 2008)

עבור הורים

- שיפור מיומנויות של הורות חיובית
- העצמת מיומנות בפתרון בעיות, פתרון קונפליקטים ותקשורת

עבור הילד

- פיתוח מיומנויות יעילות של תקשורת, פתרון בעיות וניהול כעסים.

עבור המשפחה

- ייעוץ ותמיכה משפחתיים כדי להתמודד עם הלחצים במערכות היחסים בתוך המשפחה, בסביבת המשפחה ובכיתה

בכיתה

- לעודד את המורה או את יועצת ביה"ס לספק שיעורים ותכניות של מיומנות חברתית לשיפור מערכות היחסים בקבוצת השווים.

טיפול תרופתי -

אין עדות לכך שטיפול תרופתי יעיל לטיפול ב-ODD. אצל ילדים עם ADHD הטיפול בסטימולנטים ידוע כמשפר סימפטומים התנהגותיים (NICE, 2008). ברם, אין די ראיות התומכות בשימוש במעוררים שכאלה לטיפול בבעיות התנגדות בילדים ללא ADHD. ניסוי בילדים עם ADHD (Blader et al, 2009) הראה כי סודיום ולפראט (תרופה אנטי-אפילפטית) עשוי להועיל לילדים שהתוקפנות שלהם לא הגיבה לסטימולנטים. יחד עם זאת, הנבדקים היו ילדים מאושפזים והתוצאות עלולות לא להיות תקפות למדגם של ילדים המטופלים במסגרת אמבולטורית. ניסוי בליתום לילדים עם רגזנות חמורה לא הניב תוצאות (Dickstein et al, 2009). כמו כן, לא ברור כי את ההשפעה שיש לריספרידון על ההתנהגויות הקשות במקרים של ילדים עם אוטיזם (McCracken et al, 2002) או במקרים של קשיים בהתפתחות ניתן להשליך על מקרים של ילדים עם התפתחות תקינה. תרופות SSRI לעיתים ניתנו לטיפול בכעס באוכלוסייה בוגרת, אך חסר עדויות לגבי יעילותן בבני נוער. העלייה הדרמטית באבחון של הפרעה בי-פולרית, במיוחד בארה"ב (Blader & Carlson, 2007; Moreno et al, 2007)

במהלך 10-15 השנים האחרונות נמצאה כקשורה לעלייה במרשם של תרופות אנטי-פסיכוטיות לילדים (Olfson et al, 2006). נטען כי במקרים של סימפטומים האופייניים ל- ODD, כגון רגזנות, אובחנו בטעות כמקרים של הפרעה ביפולרית. אין די ראיות כדי לתמוך בהרחבת הגבולות הדיאגנוסטיים של הפרעה ביפולרית (Leibenluft, 2011; Stringaris, 2011). נהפוך הוא, על פי הראיות נכון לעכשיו, אין לתת תרופות נוגדות מאניה לילדים עם ODD בלבד (לדין נרחב יותר בנושא יש לפנות לפרק E.3). ניתן לקחת בחשבון שימוש שקול של תרופות הרגעה במצבי חירום או של תרופת אנטגוניסט לרצפטור של דופמין (כגון ריספרדון) לשימוש קצר טווח לדיכוי סימפטומים בבחינת כל מקרה לגופו. על פסיכיאטרים, העושים שימוש בתרופות אלו, ליידע את ההורים ואת הילדים לגבי הסיבות למתן תרופה כזו ולא אחרת כמו גם ליידע על תופעות לוואי אפשריות. מטרות טיפול ברורות (כגון הפחתה/שינוי בהתנהגות מסוימת או בדירוג בסולמות מדידה) צריכות לקבל הסכמה בקרב הצוות המטפל כמו גם הסכמה בקרב המטופלים והוריהם. יש לעקוב בקפידה ובאופן סדיר אחר ההשפעות – הרצויות והלא רצויות – של הטיפול.

מקורות

- Achenbach TM, Edelbrock C (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*, Burlington, VT: Queen City Printers.
- Aebi M, Müller UC, Asherson P et al (2010). Predictability of oppositional defiant disorder and symptom dimensions in children and adolescents with ADHD combined type. *Psychological Medicine*, 40:2089–2100.
- Angold A, Costello E (2000). The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39:39–48.
- American Psychiatric Association (1994). *DSM-IV: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition)*, Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition) Text Revision*, Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arseneault L, Bowes L, Shakoor S (2010). Bullying victimization in youths and mental health problems: 'Much ado about nothing'? *Psychological Medicine*, 40:717-729.
- Beck R, Fernandez E (1998). Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger: a meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 22:63-74.
- Blader JC, Carlson GA (2007). Increased rates of bipolar disorder diagnoses among U.S. child, adolescent, and adult inpatients, 1996-2004. *Biological Psychiatry*, 62:107.
- Blader JC, Schooler NR, Jensen PS et al (2009). Adjunctive divalproex versus placebo for children with ADHD and aggression refractory to stimulant monotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 166:1392-1401.
- Blair RJ, Peschardt KS, Budhani S et al (2006). The development of psychopathy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47:262.
- Bor W, Sanders MR, Markie-Dadds C (2002). The effects of the Triple P-Positive Parenting Program on preschool children with co-occurring disruptive behavior and attentional/ hyperactive difficulties. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30:571-587.
- Burke JD, Hipwell AE, Loeber R (2010). Dimensions of oppositional defiant disorder as predictors of depression and conduct disorder in preadolescent girls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49:484-492.
- Burke JD, Loeber R, Lahey BB et al (2005). Developmental transitions among affective and behavioral disorders in adolescent boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46:1200-1210.
- Caspi A, McClay J, Moffitt TE et al (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297:851.

- Caspi A, Moffitt TE, Morgan J et al (2004). Maternal expressed emotion predicts children's antisocial behavior problems: using monozygotic-twin differences to identify environmental effects on behavioral development. *Developmental psychology*, 40:149-161.
- Conners CK, Barkley RA (1985). Rating scales and checklists for child psychopharmacology. *Psychopharmacology Bulletin*, 21:809-843.
- Copeland WE, Shanahan L, Costello EJ et al (2009). Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. *Archives of General Psychiatry*, 66:764-772.
- Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A et al (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60:837-844.
- Dadds MR, Perry Y, Hawes DJ et al (2006). Attention to the eyes and fear-recognition deficits in child psychopathy. *British Journal of Psychiatry*, 189:280-281.
- Dick DM, Viken RJ, Kaprio J et al (2005). Understanding the covariation among childhood externalizing symptoms: genetic and environmental influences on conduct disorder, attention deficit hyperactivity disorder, and oppositional defiant disorder symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33:219-229.
- Dickstein DP, Towbin KE, van der Veen JW et al (2009). Randomized double-blind placebo-controlled trial of lithium in youths with severe mood dysregulation. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 19:61-73.
- Eaves L, Rutter M, Silberg JL et al (2000). Genetic and environmental causes of covariation in interview assessments of disruptive behavior in child and adolescent twins. *Behavior Genetics*, 30:321-334.
- Eaves LJ, Silberg JL, Meyer JM et al (1997). Genetics and developmental psychopathology: 2. the main effects of genes and environment on behavioral problems in the Virginia twin study of adolescent behavioral development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38:965-980.
- Eyberg SM, Robinson EA (1983). Conduct problem behavior: Standardization of a behavioral rating scale with adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 12:347-354.
- Eyberg SM, Ross AW (1978). Assessment of child behavior problems: The validation of a new inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 7:113-116.
- Farrington DP, Coid JW, Harnett LM et al (2006). *Criminal Careers up to Age 50 and Life Success up to Age 48: New Findings from the Cambridge Study in Delinquent Development*. Home Office Research, Development and Statistics Directorate.
- Feldman J, Kazdin AE (1995). Parent management training for oppositional and conduct problem children. *The Clinical Psychologist*, 48:3-5.
- Ford T, Goodman R, Meltzer H (2003). The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42:1203-1211.
- Fraser A, Wray J (2008). Oppositional defiant disorder. *Australian Family Physician*, 34:402-405.
- Frick PJ, Bodin SD, Barry CT (2000). Psychopathic traits and conduct problems in community and clinic referred samples of children: Further development of the Psychopathy Screening Device. *Psychological Assessment*, 12:382-393.
- Frick PJ, O'Brien BS, Wootton JM et al (1994). Psychopathy and conduct problems in children. *Journal of Abnormal Psychology*, 103:700-707.
- Ge X, Conger RD, Cadoret RJ et al (1996). The developmental interface between nature and nurture: A mutual influence model of child antisocial behavior and parent behaviors. *Developmental Psychology*, 32:574-589.
- Goodman R (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A research note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38:581-586.
- Goodman R, Ford T, Richards H et al (2000). The Development and Well-Being Assessment: Description and initial validation of an integrated assessment of child and adolescent psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41:645-655.
- Graaf ID, Speetjens P, Smit F et al (1998). Effectiveness of the Triple P Positive Parenting Program on behavioral problems in children: a meta-analysis. *Behaviour Modification*, 32:714-735.
- Guerra NG, Huesmann LR, Tolan PH et al (1995). Stressful events and individual beliefs as correlates of economic disadvantage and aggression among urban children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62:518-528.
- Hewitt JK, Eaves LJ, Silberg JL et al (1997). Genetics and developmental psychopathology: 1. Phenotypic assessment in the Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38:943-963.
- Jaffee SR, Moffitt TE, Caspi A et al (2003). Life with (and without) father: The benefits of living with two biological parents depend on the father's antisocial behavior. *Child Development*, 74:109-126.
- Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC et al (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions

- of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*, 6:168-176.
- Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE et al (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, 60:709-717.
- Kim-Cohen J, Moffitt TE, Taylor A et al (2005). Maternal depression and children's antisocial behavior: nature and nurture effects. *Archives of General Psychiatry*, 62:173-181.
- Leibenluft E (2011). Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *American Journal of Psychiatry*, 168:129-142.
- Lochman JE, Powell NP, Boxmeyer CL et al (2011). Cognitive behavioral therapy for externalizing disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 20:305-318.
- Maughan B, Rowe R, Messer J et al (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45:609-621.
- McCracken JT, McGough J, Shah B et al (2002). Risperidone in children with autism and serious behavioral problems. *New England Journal of Medicine*, 347:314-321.
- Meichenbaum D (1996). Stress inoculation training for coping with stressors. *The Clinical Psychologist*, 49:4-7.
- Meltzer H, Gatward R, Goodman R et al (2000). *The Mental Health Of Children And Adolescents in Great Britain*. Office for National Statistics.
- Moffitt TE (1993). Adolescence-limited and life-course persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100:674-701.
- Moffitt TE (2003). Life-course-persistent and adolescence limited antisocial behavior: A 10-year research review and a research agenda. In TMB LAHEY, A CASPI (eds) *Cause of Conduct Disorder and Juvenile Delinquency*, New York: Guilford Press, pp 49-75.
- Moffitt TE (2005). The new look of behavioral genetics in developmental psychopathology: Gene-environment interplay in antisocial behaviors. *Psychological Bulletin*, 131:533-554.
- Moffitt TE (2006). Life-course persistent versus adolescence limited antisocial behavior: Research review. In D CICHETTI and DJ COHEN (eds.) *Developmental Psychopathology*. New York: Wiley.
- Moffitt TE, Caspi A, Harrington H et al (2002). Males on the life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Development and Psychopathology*, 14:179-207.
- Moffitt TE, Scott S (2008). Conduct disorders. In M Rutter, D Bishop, D Pine et al (eds) *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Wiley-Blackwell, pp543-564.
- Moreno C, Laje G, Blanco C et al (2007). National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth. *Archives of General Psychiatry*, 64:1032-1039.
- Munkvold L, Lundervold A, Lie SA et al (2009). Should there be separate parent and teacher-based categories of ODD? Evidence from a general population. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50:1264-1272.
- NICE (2008). [Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Diagnosis and Management of ADHD in Children, Young People, and Adults](#).
- Nock MK, Kazdin AE, Hiripi E et al (2007). Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48:703-713.
- O'Connor TG, Deater-Deckard K, Fulker DW et al (1998). Genotype-environment correlations in late childhood and early adolescence: Antisocial behavioral problems and coercive parenting. *Developmental Psychology*, 34:970-981.
- Odgers CL, Caspi A, Broadbent JM et al (2007). Prediction of differential adult health burden by conduct problem subtypes in males. *Archives of General Psychiatry*, 64:476-484.
- Olfson M, Blanco C, Liu L et al (2006). National trends in the outpatient treatment of children and adolescents with antipsychotic drugs. *Archives of General Psychiatry*, 63:679-685.
- Patterson GR (1982). *Coercive Family Process*: Eugene, OR: Castalia.
- Reynolds CR, Kamphaus RW (2004). *BASC-2: Behavior Assessment System for Children*, Circle Pines, Minnesota: American Guidance Service.
- Rowe R, Costello EJ, Angold A et al (2010). Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 119:726-738.
- Rowe R, Maughan B, Pickles A et al (2002). The relationship between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: Findings from the Great Smoky Mountains Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43:365-373.
- Rowe R, Rijdsdijk FV, Maughan B et al (2008). Heterogeneity in antisocial behaviours and

- comorbidity with depressed mood: a behavioural genetic approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49:526-534.
- Rutter M (2006). *Genes and Behaviour, Nature-Nurture Interplay Explained*. Willey-Blackwell.
- Schwab-Stone M, Fisher PW, Piacentini J et al (1993). The Diagnostic Interview Schedule for Children— Revised version (DISC--R): II. Test-retest reliability. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32:651-657.
- Scott S, Dadds MR (2009). Practitioner Review: When parent training doesn't work: theory-driven clinical strategies. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50:1441- 1450.
- Scott S, Knapp M, Henderson J et al (2001a). Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *British Medical Journal*, 323:191.
- Scott S, Spender Q, Doolan M et al (2001b). Multicentre controlled trial of parenting groups for childhood antisocial behaviour in clinical practice. *British Medical Journal*, 323:194.
- Shaffer D, Fisher P, Lucas C (2004). The Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC): Comprehensive handbook of psychological assessment, Vol. 2: Personality assessment. In MJ Hilsenroth, DL Segal, M Hersen (eds). Willey, pp256-270.
- Shaffer D, Fisher P, Lucas C et al (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 39:28-38.
- Shaffer D, Schwab-Stone M, Fisher P et al (1993). The Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised Version (DISC-R): I. Preparation, field testing, interrater reliability, and acceptability. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32:643-650.
- Stringaris A (2011). Irritability in children and adolescents: a challenge for DSM-5. *European Child and Adolescent Psychiatry* (in press).
- Stringaris A, Cohen P, Pine DS et al (2009). Adult outcomes of youth irritability: a 20-year prospective community based study. *American Journal of Psychiatry*, 166:1048-1054.
- Stringaris A, Goodman R (2009a). Longitudinal outcome of youth oppositionality: irritable, headstrong, and hurtful behaviors have distinctive predictions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48:404-412.
- Stringaris A, Goodman R (2009b). Three dimensions of oppositionality in youth. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50:216-223.
- Stringaris A, Maughan B, Goodman R (2010). What's in a disruptive disorder? Temperamental antecedents of oppositional defiant disorder: findings from the Avon longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49:474-483.
- Stringaris A, Zavos H, Leibenluft E et al (2012). Adolescent irritability: phenotypic associations and genetic links with depressed mood. *American Journal of Psychiatry*, 169:47-54.
- Viding E, Blair RJ, Moffitt TE et al (2005). Evidence for substantial genetic risk for psychopathy in 7-year-olds. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46:592-597.
- Wakschlag LS, Briggs-Gowan MJ, Hill C et al (2008a). Observational assessment of preschool disruptive behavior, part II: Validity of the Disruptive Behavior Diagnostic Observation Schedule (DB-DOS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47:632-641.
- Wakschlag LS, Hill C, Carter AS et al (2008b). Observational assessment of preschool disruptive behavior, part I: Reliability of the Disruptive Behavior Diagnostic Observation Schedule (DB-DOS). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47:622-631.
- Webster-Stratton C (1981). Modification of mothers' behaviors and attitudes through videotape modeling group discussion program. *Behavior Therapy*, 12:634-642.
- Webster-Stratton C (1982). The long term effects of a videotape modeling parent training program: Comparison of immediate and 1-year follow-up results. *Behavior Therapy*, 13:702-714.
- Webster-Stratton C, Hammond M (1997). Treating children with early-onset conduct problems: a comparison of child and parent training interventions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65:93-109.
- Webster-Stratton C, Hancock LT (1998). Training for parents of young children with conduct problems: content, methods, and therapeutic processes. In JM Briesmeister, CE Schaefer (eds) *Handbook of Parent Training*. New York: Wiley.
- World Health Organisation (1993). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*, Geneva: World Health Organization.

