

הפרעות התנהגות

פרק

3.D

הפרעות קונדקט

Stephen Scott

מהדורה בעברית

תרגום: ד"ר רוני הוכמן

עריכה: פרופ' פז תורן



Stephen Scott BSc, FRCP, FRCPsych

Professor of Child Health and Behaviour; Head, National Specialist Conduct Problems Clinic; Head, National Specialist Adoption and Fostering Clinic & Director of Research, National Academy for Parenting Practitioners, London, UK

Conflict of interest: none reported.

This publication is intended for professionals training or practicing 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.

Suggested citation: Scott S. Conduct disorders. Editor: Paz Toren; Translation: Roni Hochman. In: Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2020.

חלק זה בא אחרי פרק D.2 הפרעת התנגדות, והוא מתמקד בהפרעת קונדקט (Conduct Disorder) הנוטה להופיע בילדים בוגרים יותר ובבני נוער.

סווג

ICD-10

ל- ICD-10 יש קטגוריה עבור הפרעות קונדקט, F91. על פי התיאורים הקליניים והנחיות האבחון:

"דוגמאות להתנהגויות עליהן מתבססת האבחנה כוללות: רמות מופרזות של תגרנות או בריונות; אכזריות כלפי חיות או בני אדם אחרים; השחתת רכוש; הצתות; גניבה; כזבנות; היעדרות בלתי מוצדקת מבית הספר ובריחה מהבית; התפרצויות זעם תכופות וקיצוניות; התנהגות מתריסה ומתגרה; אי ציות חמור ומתמיד. כל אחת מהקטגוריות האלה, אם ניכרת, הינה מספקת עבור האבחנה, אבל אקטים אנטיסוציאליים מבודדים אינם מספיקים לאבחנה." (p267)

בכדי לבסס את האבחנה, צריכה להתקיים תבנית מתמדת של התנהגות, אך אין קריטריונים של משך זמן, לקות, או פגיעה תפקודית.

הקריטריונים האבחנתיים למחקר ב- ICD-10 שונים, ודורשים נוכחות של התסמינים במשך 6 חודשים לפחות, כמו כן ההוראה המקדימה מציינת כי הפגיעה באחרים (מבחינת הפרת זכויותיהם הבסיסיות), אך לא הלקות של הילד, יכולה לתרום לאבחנה. קריטריוני המחקר נוקטים גישה מונחת רשימה, לפיה צריכים להיות נוכחים מספר מסוים של תסמינים. רשומות 15 התנהגויות על פיהן יש לשקול הפרעת קונדקט, שלרוב אך לא תמיד מתאימות לילדים בוגרים יותר ובני נוער. ניתן לקבץ את ההתנהגויות לארבעה סוגים:

- **תוקפנות כלפי אנשים וחיות**

- משקר או מפר הבטחות לעיתים קרובות כדי להשיג טובות או רכוש או כדי להתחמק ממחויבויות.

- יוזם תגרות לעיתים תכופות (לא כולל מריבות בין אחים)

- עשה שימוש בנשק שיכול לגרום פגיעה גופנית משמעותית לאחרים (לדוגמא, מחבט, לבנה, בקבוק שבור, סכין, אקדח)

- לעיתים קרובות נשאר בחוץ לאחר שמחשיך בניגוד לאיסור הורי (התחיל לפני גיל

(13

- מפגין אכזריות פיזית כלפי אנשים אחרים (לדוגמא, קושר, חותך או שורף את הקורבן)

- מפגין אכזריות פיזית כלפי חיות

- **הריסת רכוש**

- הורס רכוש של אחרים באופן מכוון (מלבד הצתות)

- גורם להצתות המועדות או מכוונות לגרימת נזק משמעותי

- **הונאה או גנבה**

- גונב חפצים שאינם פעוטי ערך, מבלי להתעמת עם הקורבן, בתוך ביתו או מחוצה לו (גניבה מחנות, פריצה, זיוף)

- **הפרה משמעותית של כללים**

- היעדרויות בלתי מוצדקות מבית הספר, לפני גיל 13

- ברח מבית הוריו או מבית המהווה תחליף לבית הוריו לפחות פעמיים, או ברח פעם אחת ליותר מלילה אחד (לא כולל עזיבה בכדי להימנע מהתעללות פיזית או מינית)

- מבצע עבירה שכלול בה עימות עם הקורבן (גניבת תיק, סחיטה, שוד)

- כופה על אדם אחר פעילות מינית

- לעיתים תכופות מתנהג בבריונות כלפי אחרים (גורם לנזק או כאב בכוונת תחילה ובכלל זה הפחדות חוזרות, עינויים או הטרדות)

- פורץ לבית, בניין או מכונית של אדם אחר

כדי לקבוע את האבחנה, שלושה תסמינים מהרשימה הנ"ל צריכים להתקיים, אחד מהם למשך שישה חודשים לפחות. אין קריטריון של פגיעה תפקודית. ישנם שלושה תתי סוגים: הפרעת קונדקט מוגבלת להקשר המשפחתי (F91.0), הפרעת קונדקט עם מבודדות חברתית (F91.1), לצעיר אין חברים, והוא דחוי על ידי בני גילו), הפרעת קונדקט ללא מבודדות חברתית (F91.2), יחסים תקינים עם בני גילו). מומלץ לסווג על פי הגיל בו החלה ההפרעה, התפרצות בילדות הופעת ההפרעה לפני גיל 10 והתפרצות בגיל ההתבגרות. יש לציין את מידת החומרה על פי הקטגוריות קלה, בינונית או חמורה, זאת על פי מספר התסמינים או פגיעה באחרים, לדוגמא גרימת פגיעה פיזית חמורה; השחתת רכוש; גניבה.

במידה ומתקיימים תסמינים שיש בהם מספיק כדי לענות על קריטריונים לאבחנה נוספת, ה- ICD-10 אינו מעודד החלה של אבחנה נוספת, במקום זאת מציע אבחנה יחידה של קטגוריות מאוחדות. אבחנות אלו הינן משני סוגים עיקריים: הפרעות מעורבות של קונדקט ורגשות, מבינהן הפרעת קונדקט דיכאונית (F92.0) היא הנחקרת ביותר; וכן הפרעת קונדקט היפרקינטית (F90.1). יש ראיות צנועות לכך שאבחנות מאוחדות אלה, עלולות להכיל שונות מסוימת מהאלמנטים המרכיבים אותם.

DSM-IV

ה- DSM IV-R נאמן באופן מאוד מדויק לקריטריון המחקר של ה- ICD-10 ואין בו קווים מנחים קליניים נפרדים. ניתנות אותן 15 התנהגויות לצורך האבחנה של הפרעת קונדקט (312.8), עם בחירת מילים כמעט זהה. כמו ב- ICD-10, דרושים 3 תסמינים לצורך האבחנה. יש לסווג חומרה, וכן התפרצות בילדות או בגיל ההתבגרות באותו אופן. אבל, בניגוד ל- ICD-10, אין חלוקה לתתי הסוגים ללא מבודדות חברתית/ עם מבודדות חברתית, והפרעת קונדקט המוגבלת להקשר המשפחתי בלבד, ויש דרישה שההתנהגות תגרום ללקות משמעותית מבחינה חברתית, לימודית, או תפקודית. ב- DSM IV-R נבחר להתייחס לתחלואה כפולה על ידי שימוש באבחנות מרובות ולא על ידי איחוד קטגוריות.

אבחנה מבדלת

אבחון של הפרעת קונדקט לרוב פשוט, אך לעיתים קרובות, תחלואה נלווית נשמטת. האבחנה המבדלת כוללת:

הפרעה היפרקינטית/ הפרעת קשב והיפראקטיביות

אלה השמות שנתנו על ידי ה- ICD-10 וה- DSM IV-R בהתאמה עבור מצבים דומים, למעט שהראשון הינו חמור יותר. לצורך נוחות כאן נעשה שימוש במונח היפראקטיביות. היפראקטיביות מאופיינת על ידי אימפולסיביות, חוסר קשב, ועוררות יתר מוטורית. כל אחת משלושת הרשימות של התסמינים הללו יכולה להתפרש שלא כהלכה כאנטיסוציאלית, במיוחד אימפולסיביות, שגם יכולה להופיע בהפרעת התנהגות. אבל, אין אף אחד מהתסמינים בהפרעת קונדקט, שגם כלולים בהיפראקטיביות ולכן לא צריך להיות קשה לשלול הפרעת קונדקט. למרות זאת טעות נפוצה היא, שלא לאבחן תחלואה נלווית של היפראקטיביות, כאשר הפרעת התנהגות קיימת בוודאות. שאלונים מתוקפים יכולים מאוד להועיל כאן, לדוגמה Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), הינו קצר ויעיל כמו חלופות ארוכות ממנו בזהו היפראקטיביות.

הפרעת הסתגלות לגורם דחק חיצוני

אבחנה זו ניתן כאשר הופעת התסמינים מתרחשת מיד לאחר חשיפה לגורם דחק פסיכולוגי אותו ניתן לזהות כדוגמת גירושים, אבל, טראומה, התעללות או אימוץ. הופעת התסמינים תוך חודש אחד ב-ICD-10, ותוך שלושה חודשים לפי ה-DSM IV-R, ומשך התסמינים לא יעלה על שישה חודשים מסיום גורם הדחק או השלכותיו.

הפרעות מצב רוח

דיכאון יכול להתייצג עם רגזנות ותסמינים של התנגדות אבל בניגוד להפרעת קונדקט טיפוסית, מצב הרוח בדרך כלל ירוד וישנם מאפיינים וגטטיביים; בנוסף, בעיות התנהגות יותר חמורות אינן קיימות. הפרעה מאנית דיכאונית מוקדמת הינה יותר קשה להבחנה, שכן לרוב בולטים התנגדות ורגזנות ביחד עם התעלמות מחוקים, והתנהגות שמפירה את זכויותיהם של אחרים. ערך עצמי נמוך שכיח בהפרעת קונדקט, כמו גם העדר חברים או תחביבים. לכן קל שלא לשים לב לתסמינים דיכאוניים יותר מובהקים. סקרים שיטתיים מראים כי לשליש מהילדים עם הפרעת קונדקט, יש גם דיכאון או תסמינים רגשיים חמורים, שמצדיקים אבחנה.

הפרעות על הרצף האוטיסטי

אלה לעיתים קרובות מלוות בהתקפי זעם או הרסנות, שיכולים להיות הסיבה לפנייה. תשאול לגבי תסמינים אחרים של הפרעות על הרצף האוטיסטי אמור לחשוף את הימצאותם.

הפרעת אישיות אנטי-סוציאלית

לפי ה-ICD-10 על המטופל להיות בן 17 או יותר לפני שאישיות אנטי-סוציאלית נלקחת בחשבון. כיוון שבגיל 18 רוב האבחנות הייחודיות לתקופת הילדות וההתבגרות לא תקפות עוד, מבחינה מעשית, לעיתים רחוקות נתקל בקושי. ב-DSM IV-R ניתן לאבחן הפרעת קונדקט מעל גיל 18 ואז תיתכן חפיפה. ההבדל בולט בחומרה ובהיקף של התסמינים באלה עם הפרעת אישיות, כל מערכות היחסים אצל אינדיבידואל זה מושפעות מדפוס ההתנהגות, ואמונותו אודות התנהגותו האנטי-סוציאלית מאופיינת בחוסר רגישות והעדר חרטה. יחד עם הפרעת קונדקט תתכן תכונת אישיות של פסיכופתיה. מאפייניו של הפסיכופת כוללים תחושת גדלות, אדישות לזולת, הונאה, אפקט שטוח והעדר חרטה. הראו כי מאפיינים אלה, כפי שהם ניתנים להערכה על ידי Hare Psychopathy Checklist, מנבאים מי מהפרטים יהיה מעורב במעשי פשע ואלימות חמורים

האם ה"פסיכופת הצעיר" יכול להיות מזהה כבר בילדות, במטרה חשובה במעלה של מניעה? מאפיינים של אדישות לזולת וחוסר רגש, כמו גם העדר אשמה, העדר אמפטיה ורגש שטחי ומוגבל, ניתנים לתצפית בילדים.

ביותר. האם ה"פסיכופת הצעיר" יכול להיות מזהה כבר בילדות, במטרה חשובה במעלה של מניעה? מאפיינים של אדישות לזולת וחוסר רגש, כמו גם העדר אשמה, העדר אמפתיה ורגש שטחי ומוגבל, ניתנים לתצפית בילדים. ישנם מספר כלים אמינים שזמינים כיום לצורך הערכה קלינית ואבחנה של תכונות פסיכופתיות במטופלים צעירים (Salekin & Lynam, 2010).

סטייה במסגרת אישור תרבותי

ישנם צעירים, שהם אנטי-סוציאליים, המבצעים עבירות אך אינם תוקפניים או מתנגדים. הם מותאמים היטב לסביבתם התרבותית שמאשרת שימוש בסמים, גניבה מחנויות וכו'. במקומות מסוימים שליש או יותר מבני הנוער מתאימים לתיאור זה ויענו לפי ה- ICD-10 על הקווים המנחים לאבחון של הפרעת קונדקט מקובלת חברתית. אנשי מקצוע מסוימים נרתעים מתיוג פסיכיאטרי של חלק מה גדול באוכלוסייה. השימוש בקריטריונים של ה- DSM IV-R ימנע את קבלת האבחנה עבור רוב הצעירים האלה בשל הדרישה של לקות משמעותית.

הערכה מרובת צירים

ה- ICD-10 ממליץ לבצע הערכה מרובת צירים עבור ילדים ובני נוער, בעוד שה- DSM IV-R מציע זאת עבור כל הגילאים. בשתי המערכות, ציר אחד משמש להפרעות הפסיכיאטריות שנידונו למעלה. בשתי המערכות, שלושת הצירים האחרונים עוסקים במצבים רפואיים כלליים, בעיות פסיכו-סוציאליות, ורמת תפקוד חברתי בהתאמה; נושאים אלה יוזכרו למטה תחת אטיולוגיה. באמצע ישנם שני צירים ב- ICD-10 שמכסים לקויות למידה ספציפיות (ציר שתיים) וכלליות (ציר שלוש); וציר אחד ב- DSM IV-R (ציר שתיים) שמכסה הפרעות אישיות וגם לקויות למידה.



ילדים עם הפרעת קונדקט מעורבים לעיתים קרובות במריבות פיזיות.

תמונה: Tony Fischer

יש לבצע הערכה לגבי לקויות למידה ספציפיות וכלליות באינדיבידואלים עם בעיות התנהגות. לשליש מהילדים עם הפרעת קונדקט יש גם עיכוב מסוים בקריאה, המוגדר כרמת קריאה נמוכה בשתי סטיות תקן מהמצופה על פי רמת ה-IQ של הילד (ראה גם פרק C.3). בעוד שיתכן כי הסיבה לכך היא למידה לא מספקת, יש ראיות טובות לכך שהלקויות הקוגניטיביות לרוב קודמות לבעיות ההתנהגות. לקות למידה כללית (פיגור שכלי) לרוב מפוספסת בילדים עם הפרעת קונדקט אלא אם מבוצעת בדיקת IQ. שיעור האבחנה של הפרעת קונדקט עולה בכמה סדרי גודל ככל שה-IQ יורד מתחת ל-70.

אפידמיולוגיה

בין 2% ל-8% מהילדים והמתבגרים מאובחנים עם הפרעות קונדקט. בהתחשב בתקופה ההיסטורית, יש עליה מתונה בהפרעת קונדקט מאובחנת לאורך המחצית השנייה של המאה העשרים, כך עולה מקוהורטים המשווים מדגמים של שלושה דורות עוקבים בבריטניה. מרכיב משמעותי הינו המעמד החברתי. בהתייחס למוצא אתני, דיווח עצמי של נוער על התנהגות אנטי-סוציאלית ודיווח בסקרים של קורבנות פשיעה אודות האתניות של תוקפים, ניכר ייצוג יתר של עבריינות ממוצא שחור-אפריקאי. חשוב לציין, היספנים אמריקאים בארצות הברית ואסייתיים בריטיים בבריטניה, אינם נוטים להציג תוקפנות יתר בהשוואה לעמיתיהם הלבנים, למעשה הם מראים רמות נמוכות יותר מהאוכלוסייה הלבנה בת המקום.

מגדר

היחס בין המינים הוא בערך בין 4 ל-10 גברים עבור כל אישה אחת, בנוסף גברים הציגו התנהגויות בתדירות ובעוצמה העולות משמעותית מאלו של נשים. באופן מאוזן, לפי החוקרים, הסיבות לבעיות התנהגות זהות עבור שני המינים, אבל בגברים יש יותר הפרעת קונדקט כיוון שהם חווים יותר גורמי הסיכון האישיים (כגון היפראקטיביות, עיכובים נוירולוגיים - התפתחותיים). יחד עם זאת, בשנים האחרונות, אנשי מקצוע צופים בדאגה בעליה בטיפול בהתנהגות אנטי-סוציאלית בבנות.

תת-סוגים התפתחותיים

מתמשך לאורך-החיים מול מוגבל-לגיל ההתבגרות

תשומת לב ניכרת הושקעה בהבחנה בין התנהגות תוקפנית והרסנית שנצפית לראשונה בילדות המוקדמת, לבין התנהגויות שמתחילות בגיל ההתבגרות (Moffitt, 1993a; Patterson & Yoerger, 1993) ושני תת-סוגים אלה מקודדים כחלק מהאבחנה של הפרעת קונדקט ב-DSM-IV. התפרצות מוקדמת הינה מנבא חזק של



לחץ על התמונה
לגישה לדוח
Time for a Fresh Start
של ה-UK
Independent
Commission on
Youth Crime
and Antisocial
Behavior משנת
2010

התמשכות לאורך הילדות- והופעה מוקדמת של עבריינות, סביר יותר שתמשך לתוך החיים הבוגרים. ממצאים ממחקר האורך של דונדין, שעקב אחר קבוצה שנולדה בין השנים 1972-73, הראו שאלה עם התפרצות מוקדמת שונים מאלה עם התפרצות מאוחרת בכך שהם בעלי IQ נמוך יותר, בעלי יותר בעיות של קשב ואימפולסיביות, ציוניהם נמוכים יותר במבחנים נוירו-פסיכולוגיים, יש להם קושי גדול יותר עם עמיתים והם בסבירות גבוהה יותר יגיעו מרקע משפחתי מזיק (Moffitt et al, 2001). בניגוד להם, אלה עם התפרצות מאוחרת, יהפכו בעיקר לעבריינים כתוצאה מהשפעה חברתית כמו התרועעות עם נוער עברייני, או בחיפוש אחר סטטוס חברתי דרך התנהגות עבריינית. (Moffitt (1993a) כינה את הקבוצה עם ההתפרצות המוקדמת, "מתמשך לאורך-החיים", ואת הקבוצה עם ההתפרצות המאוחרת, "מוגבל לגיל- ההתבגרות" וכך קישר בין המהלך ההתפתחותי לבין ההבדלים בליקויים הבסיסיים. ההבחנה בין שתי הקבוצות מקבלת תמיכה נרחבת ממחקרי אורך של מספר קוהורטים מתריסר מדינות (Moffitt, 2006). ממצאים מהמעקב בקבוצת הנחקרים בדונדין מראים השלכות גרועות יותר במבוגרים בקבוצת ההתפרצות המוקדמת בתחומים של אלימות, בריאות נפשית, שימוש בחומרים, עבודה וחיי משפחה (Moffitt et al, 2002). מעקב בגיל 32 הראה כי בקבוצה של התפרצות מוקדמת, עם התמשכות לאורך-החיים נמצאו יותר בעיות בריאותיות בהשוואה לגברים מקבוצת מדגם אחרת, שהתבטאו ביותר פציעות, יותר ביקורים אצל הרופא ובבית החולים, יותר בדיקות קליניות למחלות מין, דלקות סיסטמיות, יותר מחלות חניכיים, ריקבון שיניים ויותר ברוניטיס כרוני.

יחד עם זאת בקבוצה 'מוגבל לגיל ההתבגרות' לא היו ללא קשיים כמבוגרים (Moffitt et al, 2002). כמבוגרים הם עסקו כפי שדיווחו על עצמם בעבריינות, וכן היו להם בעיות אלכוהול וסמים. The Cambridge Study in Delinquent Development, מחקר אורך ב-411 גברים בלונדון בין הגילאים 8 ל-46 מצא גם כן כי, אלה שהתנהגויות האנטיסוציאליות שלהם החלו בגיל ההתבגרות היו מועדים יותר להמשיך לבצע עבירות שלא התגלו בחיים הבוגרים, למרות שביצועיהם בעבודה ומערכות יחסיהם הקרובות לא נפגעו (McGee & Farrington, 2010). מכאן שההבחנה על פי גיל- ההתפרצות לתת סוג, יש בה ניבוי מתוקף וחזק, אבל להתנהגויות אנטיסוציאליות עם התפרצות- בגיל ההתבגרות יש השלכות יותר ארוכות טווח מאשר כפי שחשבו בעבר, ולכן בעיות התנהגות עם התפרצות-בילדות או עם התפרצות-בגיל-ההתבגרות מחייבות תשומת לב קלינית.

בעיות התנהגות המוגבלות-לילדות

Robins (1966) הייתה הראשונה לציין כי מחצית מהילדים עם בעיית התנהגות אינם גדלים להיות בעלי הפרעת אישיות אנטיסוציאלית. מחקרי אורך שכוונו



Lee N Robins
לה (1922-2009)
תרומה משמעותית
להבנת ההיסטוריה
הטבעית של
הפרעת קונדקט
בספרה רב
ההשפעה *Deviant
Children Grown
Up*

לתעד את ההמשכיות של התנהגות אנטיסוציאלית מהילדות אל גיל ההתבגרות ולבגרות חשפו באופן חוזר את קיומה של קבוצת ילדים יוצאת דופן אצלם לא קיימת המשכיות זו. אלה מכונות לרוב הפרעות קונדקט "המוגבלות-לילדות" (Moffitt, 2006). חלק מהמחקרים מגדירים את הקבוצה המוגבלת-לילדות באופן רחב (כקבוצה גדולה של ילדים המציגים כל עליה בהתנהגות משובשת), כך הופנתה תשומת ליבנו להימצאותן הזמנית של הפרעות קונדקט במרבית אוכלוסיית הילדים הבריאה, והובחן כי כל עוד בעיות ההתנהגות הקלות אינן מתמשכות, הן אינן מבשרות על פרוגנוזה לא טובה (Tremblay, 2003). מנגד, מחקרים אחרים מגדירים קבוצה זו המוגבלת-לילדות בצורה צרה יותר (כקבוצה קטנה של ילדים המציגים בעיות התנהגות קיצוניות נרחבות ומתמשכות רק בתקופת הילדות). מחקרים אלה מדווחים כי בנים עם אנטיסוציאליות המוגבלת-לילדות, מתפתחים להיות גברים מבוגרים מדוכאים, חרדתיים, מבודדים חברתית ובעלי עבודות עם הכנסה נמוכה (Farrington et al, 1988; Moffitt et al, 2002). לכן בנים שבעיות ההתנהגות שלהם מתמשכות וקשות מספיק כדי לחייב אבחנה, יתכן ולא יפתחו הפרעת אישיות אנטיסוציאלית, אבל הם יסבלו מצורות אחרות של חוסר הסתגלות בחייהם הבוגרים. לכן כל הילדים עם הפרעת קונדקט מחייבים התייחסות קלינית.

כאשר ילד צעיר מגיע להערכה, משימתו של הקלינאי הינה לבצע אבחנה מבדלת בין הפרעת קונדקט עם התפרצות-בילדות, שתהיה מוגבלת רק לילדות, לבין הפרעת קונדקט עם התפרצות-בילדות, שיהיה לה בעתיד מהלך מתמשך לאורך-החיים ופרוגנוזה פתולוגית. ההבחנה של גיל ההתפרצות ב- DSM-IV לא יכולה לעזור במשימה זו כיוון שאצל כל הילדים המטופלים, בהגדרה, יש התפרצות בילדות. חוקרים ניסו להבדיל בין הקבוצות עם מהלך מתמשך לאורך-החיים, למול מהלך המוגבל-לילדות, בעזרת שימוש בגורמי סיכון בילדות, אך ללא הצלחה רבה (Moffitt, 2006). יחד עם זאת, ישנן עדויות ראשוניות לכך שתחלואה נלוות ב ADHD, כמו גם תורשה פסיכיאטרית, מאפיינות את תת הסוג המתמשך, אך לא את תת הסוג המוגבל-לילדות.

אטיולוגיה

מאפיינים אישיים

גנוטיפים

החיפוש אחר פולימורפיזם גנטי, הקשור בבעיות התנהגות, הינו יוזמה מדעית חדשה ומעט מאוד הושג בינתיים. מחקר אחד ב- genome-wide linkage, זיהה אזורים בכרומוזומים העשויים להכיל פולימורפיזם הקשור בבעיית התנהגות, אבל הפולימורפיזם לא הוגדר באופן ספציפי וממצאי האזורים לא שוחזרו (Stallings et al, 2006).

הגן הנחקר ביותר בהקשר של בעיות התנהגות הינו הפרומוטר MAOA . הגן מקודד את אנזים ה- MAOA, שעושה מטבוליזם בניורטרנסמיטרים המקושרים להתנהגות אגרסיבית במחקרים קודמים בעכברים, ובאנשים בפדיגרי משפחתי הולנדי. לכן MAOA נבחר כגן המועמד לבחינת ההיפותזה לפיה, פגיעות גנטית יכולה להחמיר את ההשפעה שיש לטיפול בלתי הולם בילד על בעיות התנהגות הנוצרות בהמשך, בתוך מעגל האלימות (Caspi et al, 2002). רקע של טיפול בלתי הולם יחד עם גנוטיפ פגיע, ניבאו ארבעה מדדים שונים של התנהגות אנטיסוציאלית: אבחנה של הפרעת קונדקט בגיל ההתבגרות, הערכת אישיות אגרסיבית, תסמינים של הופעת אישיות אנטיסוציאלית במבוגר עליהם דיווחו מי שהכיר טוב את משתתפי המחקר והרשעה משפטית בפשע אלים כמבוגר. יכולת הרפליקציה של מחקר זה הייתה בעלת חשיבות עליונה בשל העובדה כי דיווחים אודות הקשר בין גנים נבדקים והפרעות הינם ידועים לשמצה בגלל יכולת הרפליקציה הנמוכה שלהם. מחקרי רפליקציה חיוביים ושליילים הופיעו ומטא-אנליזה במחקרים אלה הראתה, שהקשר בין הגנוטיפ MAOA ובעיות התנהגות הינו קטן, אבל בעל חשיבות סטטיסטית (kim-Cohen et al, 2006). ממצאים אודות גנוטיפ מסוים, הקשור בהתנהגות אנטיסוציאלית, כנראה לא ייושם עבור מטרות אבחוניות בשל המורכבות האינהרנטית בקשרים בין גנים והתנהגות. במקום זאת מחקר אודות הקשר בין גנים וסביבה ייתרם מניסיונות להבין, כיצד מנגנונים מוחיים מקשרים בין גורמי סיכון חיצוניים, שונות גנטית והפרעות קונדקט (Meyer-Lindenberg et al, 2006).

סיבוכים סמוכים ללידה

סיבוכי לידה עלולים להיות גורמים התורמים להופעת הפרעות נוירו-פסיכולוגיות הקשורות בבעיות התנהגות (Moffitt, 1993). הראיות לכך היו מעורבות, אבל מדיווחים אחרונים ממחקרים בקנה מידה גדול באוכלוסייה הכללית, נמצאו קשרים בין הפרעת קונדקט מסוג מתמשך לאורך-החיים וסיבוכים סמוכים ללידה, אנומליות גופניות קלות ומשקל לידה נמוך (Brennan et al, 2003). רוב המחקרים מאמצים מודל ביו-סוציאלי בו סיבוכים מיילדותיים עלולים להוביל לפגיעות לגורמי סיכון שמתרחשים יחד כמו, הורות עויינת או הורות לא עיקבית (Arseneault et al, 2002; Kratzer & Hodgins, 1999;) (Tibbetts & Piquero, 1999; Raine et al, 1997). עוד מעידים מחקרים כי עישון במהלך תקופת ההיריון מעלה את הסיכון לבעיות התנהגות בצאצאים (Brennan et al, 2003), אך לא הוכח יחס סיבתי בין עישון ובעיות התנהגות (Fergusson, 1999).

טמפרמנט

הבדלים אינדיבידואליים בינקות שעלולים לתרום לסיכון להתפתחותה של פסיכופתולוגיה, הומשגו על ידי Thomas and Chess במונחים של "טמפרמנט", אותו הם ראו כתורשתי ולא מושפע באופן מהותי מהתנסות (Thomas et al, 1968). מספר

מחקרים פרוספקטיביים הראו קשר בין טמפרמנט והפרעות קונדקט (Keenan & Shaw, 2003), וכן חזו את הופעתן של הפרעת אישיות אנטיסוציאלית ועבריינות בבגרות (Caspi et al, 1996). טמפרמנט כפי שנחשב בהתחלה, צריך להיות תורשתי במידה חזקה וחופשי מההתנסות. יחד עם זאת, רק מידת מה של הטמפרמנט הינה מולדת ומעורבות הילד בעולם החברתי מלידה פירושה, כי מדדי הטמפרמנט באופן בלתי נמנע מעריכים השלכות של תהליכים חברתיים. יתכן ותרומותיו של הטמפרמנט ניתנות לתצפית באופן עקבי בשילוב עם גורמי סיכון סביבתיים (Nigg, 2006).

ניורטרנסמיטרים

נמצא קשר בין ניורטרנסמיטרים והתנהגות אנטיסוציאלית במדגם של מבוגרים וכן במודלים של חיות (Nelson, 2006). יהיה זה יתרון גדול אם נוכל לקשר בין רמה ופעילות של ניורטרנסמיטרים לבין בעיות התנהגות בילדים. אבל, באופן כללי, הממצאים בילדים אינם עקביים (Hill, 2002). לדוגמא, בקבוצת Pittsburgh Youth, בני עם בעיות התנהגות ממושכות הראו ירידה ברמת ה-epinephrine בשתן לאחר מטלה מעוררת דחק, בעוד שבנים חברותיים הראו עליה ברמת ה-epinephrine לאחר המטלה (McBurnett et al, 2005). למרות זאת מחקרים אחרים לא הצליחו למצוא את הקשר בין הפרעת קונדקט ורמות noradrenaline בילדים (Hill, 2002). קיימת עדות מצומצמת התומכת בגישה כי serotonin קשור באגרסיביות בילדים, אבל ממצאי המדדים של פעולת serotonin בילדים אינה עקבית (Pine et al, 1997). יש לקחת בחשבון כי מדידת ניורטרנסמיטרים במוח אינה ישירה- רוב המדדים לרמות ניורטרנסמיטרים הינם סמנים גסים של הפעילות- ומעט ידוע אודותם במוח צעיר.

לקות שפתית

ילדים עם הפרעות קונדקט הציגו באופן עקבי שיעור גבוה יותר של לקויות במיומנויות שפתיות (Lynam & Henry, 2001; Nigg et al, 2003). ילדים עם הפרעות קונדקט, נוער עברייני, ומבוגרים אנטיסוציאליים, מראים הישגים נמוכים במבחנים מתוקננים של מיומנויות שפתיות וכן במבחני IQ, עם ציונים נמוכים בשפה ובביצוע הכולל. הקשרים אלה תקפים גם לאחר שנלקחים בחשבון ערפלנים כמו מוצא, שכבה סוציו-אקונומית, הישגים אקדמאים ומוטיבציה למבחן (Lynam et al, 1993). מחקרי אורך מראים, שציון IQ שפתי נמוך בילדות, הינו נבאי להימשכות התנהגות אנטיסוציאלית לתקופות של שנים (Farrington & Hawkins, 1991; Lahey et al, 1995; Lynam & Henry, 2001). לקויות ביכולות שפתיות נמצאו גם בבנים שהופנו לטיפול לפני גיל בית הספר שאובחנו עם הפרעת התנגדות (Speltz et al, 1999). ניתן להסיק מהתיאוריה של Luria אודות התפקיד של זיכרון שפתי והסקת מסקנות שפתית אבסטרקטית, כיצד יתכנו מספר דרכים בהן יכולת שפתית נמוכה, משפיעה על



לחץ על התמונה
כדי לקבל גישה
לדוח המעמיק
אודות אלימות בני
נוער של ה-US
Surgeon
Generals'

התפתחותה של שליטה עצמית (Luria, 1961). היכולת לזכור הוראות שניתנו בעל פה והשימוש בשפה כדי לחשוב על ההשלכות של מעשים תורמת ליעילות השליטה על פעולות. ילדים שאינם יכולים לחשוב בהיגיון או לטעון במילים בעצמם, עלולים לנסות להשיג שליטה באינטראקציות חברתיות באמצעות תוקפנות (Dodge, 1993). סביר להניח כי ישנן גם השפעות עקיפות בהן ציון IQ שפתי נמוך תורם לקשיים אקדמיים, שבתורם גורמים לכך שחוויתו של הילד בבית הספר הופכת להיות לא מתגמלת וזאת במקום להיות מקור להשגת תחושת ערך עצמי וקבלת תמיכה.

הפרעה בתפקודים ניהוליים

תפקודים ניהוליים

המונח "תפקודים ניהוליים" משמש לתאר תהליכים קוגניטיביים המפעילים, מארגנים ומחברים פונקציות אחרות כגון תכנון, פתרון בעיות, חשיבה מילולית, עכבות, גמישות מנטלית וביצוע מספר מטלות במקביל.

ילדים ובני נוער עם בעיות התנהגות הראו באופן עקבי תוצאות ירודות בתפקודים ניהוליים (Ishikawa & Raine, 2003; Lynam & Henry, 2001; Moffitt 1993b; Hobson et al, 2011 Nigg & Huang-Pollock, 2003). תפקודים ניהוליים הינם המיומנויות המעורבות בהשגת מטרות בהצלחה, דרך פעולות מתאימות ויעילות. מיומנויות הכוללות למידה והכלה של חוקיות, חשיבה מופשטת, פתרון בעיות, ניטור עצמי, קשב מתמשך וריכוז, קישור פעולות קודמות עם מטרות עתידיות ואינהיביציה של תגובות שאינן הולמות. פונקציות מנטליות אלה ברובן, אם כי לא באופן מוחלט, מקושרות לאונה הפרונטלית (Pennington & Ozonoff, 1996). מידע חשוב הופק מקוהורט ממונטריאול שבדק משתתפים מגיל שש שנים (Se'guin et al, 1999). במחקר זה נעשה שימוש במבחנים של תפקודים ניהוליים, שהראו כי הללו מקושרים למבנים אנטומיים שונים במוח, זאת בהתבסס על מחקרי הדמיה של ליזיות ותפקוד. תוקפנות כרונית הייתה קשורה בתוצאות נמוכות יותר במבחנים הבודקים תפקודים ניהוליים של אזור האונה הפרונטלית, ממצאים אלו התקבלו לאחר שליטה במשתנים של זיכרון כללי, IQ וכן ADHD. למרות שרוב המחקרים בלקויות ניהוליות מערבים בני נוער, לקויות אלה קושרו גם להתנהגות הרסנית בילדים לפני גיל בית ספר (Hughes et al, 1998; Speltz et al, 1999).

עיבוד מידע וקוגניציה חברתית

Dodge (1993) הציע את מודל עיבוד-המידע המוביל לתיאור היווצרותן של התנהגויות תוקפניות במסגרת יחסים חברתיים. המודל מניח כי ילדים המועדים לתוקפנות מתמקדים בהיבטים מאיימים בפעולותיהם של אחרים, מפרשים פעולות ניטרליות של אחרים כבעלות כוונה עוינת, וסביר יותר שיבחרו ויעדיפו פתרון תוקפני לאתגרים חברתיים. מספר מחקרים הראו שילדים תוקפניים עושים טעויות של קוגניציה חברתית. בחינה מקיפה של המחקרים הרבים בקוגניציות חברתיות בקרב ילדים עם בעיית התנהגות הוצגו במקום אחר. Dodge (1993) שיער כי הנטייה לקטלג היבטים עוינים של מצב ולייחס כוונה עוינת לרמזים חברתיים רב משמעיים וכן ההעדפה לפנות

לתגובה תוקפנית לאתגרים חברתיים, הינם תולדה של חשיפה חוזרת להתעללות פיזית. השערה זו נבחנה באופן פרוספקטיבי (Dodge et al, 1995). התעללות פיזית שתועדה בתקופת הגן הייתה קשורה באופן הדוק עם בעיות התנהגות בתקופת בית הספר היסודי; 28% מתוך הילדים בקבוצה שעברה התעללות פיתחו בעיות התנהגות בהשוואה ל- 6% מתוך אלה שלא עברו התעללות. טעויות בפרשנות, ייחוסים עוינים והעדפה של תגובות תוקפניות, כל אחד מאלה הוצגו כקשורים לבעיית התנהגות וכן להתעללות פיזית. טעויות בפרשנות ופנייה לתגובות תוקפניות תיווכה את הקשר בין התעללות פיזית ובעיות התנהגות, אבל ייחוסים עוינים והערכה חיובית של תגובות תוקפניות לא. מחקר פרוספקטיבי זה סיפק תימוכין במידת מה למודל הקוגניציה החברתית.

בני נוער עם הפרעת קונדקט אחראיים לחלק גדול מהפשעה במרבית הקהילות.



סיכונים בתוך המשפחה

פגיעות גנטית

ישנן ראיות מוצקות ממחקרי תאומים ואימוץ כי בעיות התנהגות שהוערכו גם ממדיית וגם קטגוריאלית, הינן באופן מהותי תורשתיות. (Moffitt, 2005a; Rhee & Waldman, 2002). יחד עם זאת, הידיעה כי בעיות התנהגות נתונות להשפעה גנטית מועילה פחות בקליניקה מאשר הידיעה כי השפעה גנטית זו פוחתת, או מוגברת כתלות ביחסי הגומלין עם הנסיבות בסביבתו של הילד. מספר מחקרים עם רגישות גנטית בחנו את יחסי הגומלין בין פגיעות גנטית משפחתית וסביבת הגידול. מחקרי אימוץ דיווחו על יחסי גומלין בין התנהגות אנטיסוציאלית בהורים ביולוגים ומצבים שליליים בבית המאמץ שניבאו את התוצאה האנטיסוציאלית בילד המאומץ (Boham 1996; Cadoret et al, 1995). הסיכון הגנטי עבר שינוי על ידי הסביבה המגדלת. מחקר תאומים הניב את התוצאה כי פגיעות גנטית משפחתית וכן סיכונים סביבתיים משפיעים הדדית (Jaffee et al, 2005). במחקר זה החוויה של גידול לא מיטיב הייתה קשורה בעליה של 24% בסיכוי להפרעת קונדקט שניתנת לאבחון בילדים עם סיכון גנטי גבוה, אבל עליה של רק

2% בקרב הילדים עם סיכון גנטי נמוך. לכן המודעות לפגיעות משפחתיות לפסיכופתולוגיה מדגישה את הדחיפות להתערב ולשפר את הסביבה החברתית של הילד.

הכנסה נמוכה

ישנו קשר בין עוני קשה ובעיות התנהגות בילדות-המוקדמת (Murray & Farrington, 2010). תיאוריות מוקדמות הציעו השפעות ישירות של עוני, הקשורות במתח העולה מהפער בין שאיפות ומציאות ומתוך העדר הזדמנויות להשיג מעמד חברתי ויוקרה. מחקר המשך הצביע על כך שהקשר בין הכנסה נמוכה ובעיות התנהגות בילדות מתווך על ידי תהליכים משפחתיים, כגון צרות בחיי הנישואין ולקויות הוריות (Maughan, 2001). דוגמא אחת למחקר כזה היא מחקר אורך באיווה שבדק 378 משפחות חקלאים ומצא, שדחק כלכלי במשפחה היה קשור לבעיות התנהגות בגיל ההתבגרות, אבל ממצא זה היה מתווך על ידי דיכאון הורי, קונפליקטים בחיי הנישואין ועוינות מצד ההורים (Conger et al, 1994). מחקר נוסף ניצל את קיומו של מצב יוצא דופן המתקיים באופן טבעי כניסוי (Costello et al, 2003). משפחות ילידים-אמריקאים בצפון קרוליינה שחיו קודם לכן מתחת לקו העוני, נהנו מעלייה בהכנסות בשל קזינו חדש שנפתח. במשפחות רבות בעיות ההתנהגות של הילדים פחתו משמעותית כתוצאה מכך. למרות זאת, ההשפעה של העלייה בהכנסות הייתה מתווכת על ידי יחסי הורה-ילד טובים יותר. תיווך זה של יחסים בין משפחתיים אינו מוגבל לעוני בשנים האחרונות. מחקרו של Glueck, מתקופת השפל הכלכלי, אודות עבריינות, מצא אף הוא כי משמעת נוקשה, השגחה מצומצמת והיקשרות הורה-ילד חלשה, מסבירים את ההשפעות של עוני על התנהגויות אנטיסוציאליות בילדים בשנות השלושים של המאה הקודמת (Sampson & Laub, 1984).

היקשרות הורה-ילד

מחקרים מוקדמים בקבוצות בעלות סיכון נמוך, בהם נעשה שימוש בסיווג היקשרות בטוחה-לא בטוחה, לא הצליחו למצוא קשר ברור בין אופי ההיקשרות והתנהגויות פוגעניות כלפי האחר, אבל מחקרי המשך בקבוצות בעלות סיכון גבוה שעשו שימוש בסיווג של היקשרות בלתי-מאורגנת, דיווחו כי סוג היקשרות בלתי-מאורגנת יכול לנבא בעיות התנהגות (Van Ijzendoorn et al, 1999). סוג היקשרות בלתי-מאורגנת מזוהה על פי Ainsworth's Strange Situation Test, אם הילד מראה התנהגויות סותרות או מוזרות במפגש עם הדמות המטפלת לאחר הפרדה (Main & Solomon, 1986). למרות זאת, לאור השיעור הנמוך של תינוקות עם היקשרות בלתי-מאורגנת בקבוצות המדגם, יש להתייחס אל הממצאים בזהירות. אף על פי שנראה מובן מאליו כי יחסי הורה-ילד לא טובים באופן כללי, מנבאים בעיות התנהגות, עדיין לא הצליחו להוכיח

האם בעיות בהיקשרות, כפי שנמדדות בפרדיגמות של תצפית, יש להן תפקיד סיבתי בלתי תלוי, בהתפתחות בעיות אלה. סיווגים של היקשרות יכולים להיות אינדיקטיביים לסיכונים משפחתיים אחרים. למרות זאת, (Futh et al, 2008) השתמשו במטלה של משחק בובה עם בני שש, שהראתה קשר בלתי תלוי בין היקשרות לא-בטוחה ובעיות התנהגות. כמו כן (Scott et al, 2011) מצאו כי היקשרות לא-בטוחה בבני נוער (כשנמדדה באמצעות Child Attachment Interview) ניבאה בעיות התנהגות גם אחרי שנלקחו בחשבון איכויות הוריות נוכחיות, כלומר יתכן ויש לאופן ההיקשרות לפחות תפקיד משמר.

משמעת והורות

הורים לילדים עם הפרעת קונדקט אינם עקביים בשימושם בחוקים, מרבים לתת הוראות לא ברורות, בסבירות גבוהה יותר יגיבו לילדיהם על בסיס מצב רוחם הנוכחי ולא על בסיס מאפייני ההתנהגות שמציג ילדם, פחות סביר שיבדקו היכן ילדיהם מסתובבים והם פחות מעודדים התנהגות חברתית חיובית בילדיהם. Patterson הציע מנגנון ספציפי לקידום הופעת התנהגויות מתנגדות ותוקפניות בילדים. ההורה מגיב להתנהגות מתנגדת מינורית של הילד על ידי איסור, אליו הילד מגיב בהחרפה של התנהגותו וההסלמה הדדית נמשכת עד שההורה נכנע, כך נוצר חיזוק שלילי להתנהגות הילד. ההתנהגות הבלתי עקבית של ההורה מעלה את הסבירות שהילד יפגין התנהגות מתנגדת ותוקפנית נוספת. בנוסף למבחנים ספציפיים של מודל החיזוקים של (Gardner, 1989; Snyder & Patterson, 1995) יש ראיות רבות לכך שבעיות התנהגות קשורות בהורות עוינת, ביקורתית, מענישה וכופה (Rutter et al, 1998); ילדים עם הפרעת קונדקט גוררים תגובות שליליות יותר מכל קבוצת ההורים לעומת ילדים ללא הפרעת קונדקט.

העובדה שהתנהגות הילדים יכולה לעורר הורות שאינה מטיבה אין משמעותה שלהורות שאינה מטיבה אין השפעה על התנהגותם של הילדים. מחקר אחד דיווח כי שליטה אימהית בעלת אופי שלילי בגיל ארבע הייתה קשורה באופן משמעותי עם בעיות התנהגות בגיל תשע, זאת לאחר שליטה במשתנה של בעיות התנהגות ראשוניות בגיל ארבע (Campbell et al, 1996). מחקר האורך בתאומים E-Risk במשפחות בריטיות בחן את ההשפעה של אבהות על התוקפנות של ילדים צעירים (Jaffee et al, 2003). כצפוי העדר גישה חברתית חיובית של האב, ניבאה יותר תוקפנות על ידי ילדיו. אך בניגוד לכך נוכחות אב אנטיסוציאלי, ניבאה יותר תוקפנות בידי ילדיו, והשפעתו השלילית החמירה ככל שבילה יותר זמן בטיפול בילדיו. בדיווח נוסף, מחקר ה-E-Risk בדק את ההשערה שכיוון שאימהות הסובלות מדיכאון אינן מסוגלות לבצע את תפקידן ההורי, דיכאון אימהי מקדם תוקפנות בילדים (Kim-Cohen et al, 2005). ילדים לאימהות

"בסופו של דבר, ההבדל המשמעותי ביותר בין שיטות משמעת של הורים לנוער עברייני למול נוער לא-עברייני, נמצא בפניה נרחבת יותר של הורי הקבוצה הראשונה לענישה פיזית, ובפנייה להגיון הנערים בצורה פחותה ביותר בכל הנוגע להתנהגותם הבלתי נאותה" (Glueck & Glueck, 1950)

הסובלות מדיכאון פיתחו בעיות התנהגות לעיתים קרובות, אך עדיין לא ברור האם מתאם זה מייצג גורם סביבתי. למרות שהקשר בין דיכאון באימהות ובעיות התנהגות בילדים פוחת מעט לאחר שליטה קפדנית במשתנה של פגיעות משפחתית לפסיכופתולוגיה, הוא נותר מובהק סטטיסטית. יתר על כן, אימהות הסובלות מדיכאון עלולות להקצין את הערכתן בנוגע לבעיות ההתנהגות של ילדיהן, אבל דפוס הממצאים נותר זהה כאשר מורים מעריכים את התנהגות הילדים. אנליזה טמפורלית הראתה שאם האימהות מה- E-Risk חוו דיכאון רק לפני הולדת ילדיהן, הילדים אינם תוקפניים באופן חריג. בניגוד לכך, רק אם האימהות סבלו מדיכאון תוך כדי גידול ילדיהן, סביר כי הילדים הללו יפתחו תוקפנות. לבסוף, האפשרות שקשר זה היה מזוּיף, שתוקפנות הילדים היא שגרמה לדיכאון באימהות, נשללה על ידי תיעוד בו ילדים, שנחשפו לתקופת זמן של דיכאון אימהי בין הגילאים חמש ושבע, הפכו להיות אפילו יותר תוקפניים בגיל שבע מאשר הם היו בגיל חמש. אם ניקח יחד את הממצאים הללו וכן נוספים, כל אלה מספקים ראיות טובות לתפקיד החינוך בבעיות התנהגות (Moffitt, 2005b).



לחץ על הלינק לגישה לתוכנית למניעת אלימות של אוניברסיטת קולורדו

חשיפה לקשיים בנישואין ואלימות במשפחה

סביר להניח כי תהליכים משפחתיים נוספים מלבד יכולות הוריות ואיכות ההיקשרות הורה-ילד, משחקים תפקיד. מחקרים רבים הראו כי ילדים החשופים לאלימות במשפחה בין המבוגרים, עשויים כתוצאה מכך, להיעשות תוקפניים בעצמם (Moffitt & Caspi, 1998). Davies and Cummings (1994) העלו את הטענה כי קשיים בנישואין משפיעים על התנהגות הילד בשל השפעתם על ויסות רגשי. לדוגמה, ילד עלול להגיב לרגשות מבהילים שמתעוררים בו למול קשיים זוגיים על ידי צמצום של רגשותיו והכחשת המצב. הדבר עלול לגרום להערכה מוטעית של מצבים חברתיים אחרים ופתרון בעיות לא יעיל. מקובל לומר כי חשיפה חוזרת לעימות במשפחה מורידה את סף הגירוי לדיס-רגולציה פסיכולוגית ועקב כך גורמת לריאקטיביות ודחק (Cummings & Davies, 2002). תוקפנות הילדים עלולה להיות מוגברת על ידי קשיים זוגיים בחיי הנישואין, מאחר וילדים נוטים לחקות התנהגות תוקפנית שמציגים הוריהם (Bandura, 1997). דרך תוקפנות הורית, ילדים עלולים ללמוד כי תוקפנות הינה חלק נורמטיבי מיחסי משפחה, שזוהי דרך יעילה לשליטה באחרים ושתוקפנות מקבלת תמיכה ואינה נענשת (Osofsky, 1995).

התעללות

קיים שימוש נרחב בענישה פיזית, והורים לילדים עם בעיות התנהגות, פונים לענישה פיזית לעיתים קרובות מתוך ייאוש. למרות זאת הקשר בין ענישה פיזית ובעיות התנהגות אינו ישיר. מחקר אחד מצא שענישה פיזית הייתה קשורה בברור עם בעיות התנהגות בילדים לבנים אמריקאים, אבל לא בילדים ממוצא אפרו-אמריקאי (Deater-

(Deckard et al, 1996). יתר על כן הסיכון לבעיות התנהגות אינו חל באופן שווה על כל הצורות של ענישה פיזית. מחקר האורך E-Risk בתאומים הצליח להשוות את ההשפעות של ענישה גופנית (הרבצות, הצלפות) למול התעללות הגורמת לחבלות של ממש תוך שימוש בדיווחי תאומים בנוגע לחווייתם (Jaffe et al, 2004). התוצאות הראו כי נטייתם הגנטית של הילדים מסבירה למעשה את כל הקשר בין הענישה הגופנית ובעיות ההתנהגות שלהם. הממצא הצביע על השפעת הילד- בה התנהגות רעה שלו גרמה להוריו לעשות שימוש יתר בענישה גופנית ולא להפך. הממצאים אודות התעללות פיזית הגורמת לחבלות של ממש היו הפוכים. לא הייתה



השפעת ילד שהביאה להתעללות, בנוסף ההשפעה המובהקת של ההתעללות על תוקפנות הילד נותרה גם לאחר שליטה בנטייה גנטית של פגיעות לתוקפנות מהורים אנטיסוציאליים.

בסך הכל, קשרים בין התעללות גופנית ובעיות התנהגות מבוססים היטב (Hill, 2002). במדגם מכרייסטצירץ' התעללות מינית בילד, ניבאה בעיות התנהגות, לאחר שליטה במשתנים מצוקתיים אחרים בילדות (Ferguson et al, 1996). במחקר פרוספקטיבי גדול במקרי הזנחה והתעללות שהוכחו בבית המשפט, 26% מתוך בני הנוער שהוזנחו או עברו התעללות היו אנטיסוציאליים, בניגוד ל- 17% בקבוצה בת-השוואה, הדבר מצביע על השפעה צנועה אך מתמשכת של ההתעללות וההזנחה (Widom, 1997). חקירה של הקשר בין התעללות בילד ופסיכופתולוגיה בעייתית

כשלעצמה בשל סיבות אתיות. מעט ידוע אודות המנגנונים האפשריים הקושרים התעללות לבעיות התנהגות, למרות שאימונים לביטחון ההיקשרות, קשיים בוויסות רגשי, שיבוש בעיבוד מידע ותפיסת-עצמי, המקבלים התייחסות במקום אחר בפרק זה, ככל הנראה גם הם קשורים.

סיכונים מחוץ למשפחה

שכונת המגורים

מזה זמן רב ההנחה היא כי לשכונות רעות יש השפעה המעודדת ילדים לפתח בעיות התנהגות. הורים שואפים לתת לילדיהם לגדול בשכונות ובבתי הספר הטובים ביותר שהם יכולים להרשות לעצמם. למרות שברור כי אזורים מסוימים הינם בעלי שיעור פשיעה גבוה יותר מאחרים, קשה היה לתעד כל קשר ישיר בין מאפייני שכונת המגורים והתנהגות הילד ממספר סיבות. לדוגמא, מאפייני שכונת המגורים תוארו במונחים מבניים-דמוגרפיים פשוטים, כמו אחוז התושבים הלא-לבנים או אחוז משקי הבית בהם הורה יחידני. יתר על כן, תכניות המחקר לא יכלו לשלול את האפשרות החלופית, שמשפחות בהם פרטים אנטיסוציאליים, נוטות לעבור מבחירה לשכונות רעות. דור חדש של מחקר של שכונת המגורים מתחקה אחר אתגרים אלה (Beyers et al, 1997; Sampson et al, 2000; Caspi et al, 2003). מחקר חדש מציע כי גורמים חשובים בשכונת המגורים, הולכים מעבר למאפיינים מבניים-דמוגרפיים. תהליכים חברתיים ברמת שכונת המגורים כגון "יעילות משותפת" ו"שליטה חברתית" משפיעים על בעיות התנהגות בילדים צעירים כנראה על ידי תמיכתם או כישלונם לתמוך במאמצי ההורים בגידול ילדיהם.

קבוצת השווים

לילדים עם בעיות התנהגות יש קשרים פחות טובים עם עמיתיהם מאשר ילדים ללא הפרעה והדבר מתבטא בכך שהם נוטים להתחבר לילדים עם התנהגות אנטיסוציאלית דומה, יש להם אינטראקציות לא הולמות עם ילדים אחרים, והם חווים דחייה בידי עמיתים שאינם מציגים התנהגות הסוטה מהמקובל (Vitaro et al, 2001). שלושה הסברים אפשריים נבדקו, וראיות נמצאו לשלושתם. או שההתנהגות האנטיסוציאלית של הילדים מובילה אותם לכך שיהיו להם בעיות עם עמיתיהם, או שיחסים משובשים עם עמיתיהם גורמים להתנהגויות האנטיסוציאליות, או שיש גורם משותף שמוביל לשניהם.

בנוגע לאפשרות כי בעיות התנהגות מובילות לקשיים עם עמיתים, יש עדות נרחבת לכך שלילדים עם בעיות התנהגות מוכחות, יהיו יותר ריבים עם עמיתים וכן שיהיו דחויים על ידי ילדים שאינם מציגים התנהגויות הסוטות מן המקובל (Coie, 2004). עוד

הראו כי דחיה חברתית זו תורמת לירידה בהישגים בלימודים ומגבירה תוקפנות לאורך השנה הראשונה של בית הספר היסודי (Coie, 2004). השלכה אחת שיש לדחיה על ידי עמיתים בריאים מגיל צעיר של חמש שנים, היא שילדים אנטיסוציאליים תוקפנים מחויבים להתרועע עם ילדים המציגים התנהגויות דומות (Farver, 1996; Fergusson et al, 1999).

לאור העדויות הדלות כי קושי חברתי מניע בעיות התנהגות והראייה היותר מוצקה כי קשיי הילדים עם עמיתיהם נובעים מבעיות ההתנהגות שלהם, האם יש סיבה לחשוב שתהליכים עם עמיתים משפיעים על המהלך של בעיות התנהגות לטווח הארוך? האפשרות שיחסים עם עמיתים גורמים לבעיות התנהגות ניכרת במספר אופנים. נוער תוקפני נמשך לנוער דומה ונערים ונערות המציגים התנהגות הסוטה מהמקובל מחזקים נטיות והתנהגויות אנטיסוציאליות זה בזה (Boivin & Vitaro, 1995). הממצאים כי השפעת עמיתים מגבירה התנהגויות אנטיסוציאליות, מתייחסים בראש ובראשונה לשלב ההתפתחותי של גיל ההתבגרות (Warr, 2002). ראיות חזקות מגיעות ממחקרים בטיפול: בשני מחקרים קליניים מבוקרים, נערים שטופלו בקבוצות הפגינו ביצועים פחות טובים מאלה שלא קיבלו טיפול בקבוצת הביקורת; לאחר הטיפול נצפתה עלייה בבעיות התנהגות של המתבגרים והשלכות פחות טובות (Dishion et al, 1999). הטיפול ברמה הקבוצתית, הביא את הנערים לחזק זה אצל זה את הפעילויות האנטיסוציאליות, ממצא זה תומך בגישה של טיפול פרטני. מחקר שניצל את קיומו של מצב המתקיים באופן טבעי כניסוי, עקב אחר שינוי בהתנהגות אנטיסוציאלית בקרב בני נוער שהצטרפו לכנופיה ומצא כי הצטרפות לכנופיה מגביר את התנהגות הבסיס העבריינית של כל אחד מהנערים לפני השתייכותו לכנופיה, בעוד שעזיבת הכנופיה מורידה את שיעור העבריינות האישית של כל אחד מהנערים (Thomberry et al, 1993). בסופו של דבר, יש לקחת בחשבון את הדינאמיות וההדדיות בהן משפיעות בעיות ההתנהגות בילדים על מי יהיו חבריהם, ומי מבין החברים האלה בהמשך יקדם אצלם בעיות התנהגות (Vitaro et al, 2001).

מגורמי סיכון לקשר סיבתי

כפי שנזכר לעיל, קשרים רבים נמצאו בין בעיות התנהגות ומנעד נרחב של גורמי סיכון. משתנה נקרא גורם סיכון אם ישנו תיעוד עבורו לגבי ניבוי של תוצאה אנטיסוציאלית, בין אם הקשר הינו סיבתו ובין אם לאו. מעמדה של הסיבתיות ברוב גורמי הסיכון הללו אינו ידוע; אנו יודעים מה באופן סטטיסטי מנבא תוצאה של בעיית התנהגות, אך לא כיצד או מדוע (Kraemer, 2003). ביסוס תפקיד סיבתי עבור גורם סיכון אינו פשוט, במיוחד שיהיה זה לא אתי לחשוף ילדים בריאים לגורמי סיכון בכדי לחזות האם גורמים אלה יכולים לייצר בעיות התנהגות חדשות. אין פתרון אחד לבעיה, למרות שהשימוש במערכי

מחקר רגישים גנטית וכן מחקר אודות שינויים אצל הפרט במסגרת ניסויים טבעיים וטיפולים, הינם בעלי יתרונות יחסיים לצורך ביסוס של השפעות סיבתיות על בעיות התנהגות (Moffitt, 2005b; Rutter, 2000; Rutter et al, 2006). בפרק זה הוצגו במיוחד גורמי סיכון אשר להם ראיות מחקריות התומכות בקשר סיבתי עם בעיות התנהגות. לדוגמא, למעלה ציטטנו מחקרים התומכים בקשר סיבתי בין בעיות התנהגות וחינוך לא מיטיב בידי אימהות הסובלות מדיכאון (Kim-Cohen et al, 2005), התעללות בילד (Dodge et al, 1995; Jaffee et al, 2004), עוני במשפחה (Costello et al, 2003), פגיעות גנטית משפחתית (Moffitt, 2005a) והתרועעות עם עמיתים עבריינים (Dishion et al, 1999; Thornberry et al, 1993). מערכי מחקר אלה ניצלו יתרון של ניסויים טבעיים או באופן אחר הצליחו לשלול הסברים חלופיים לסיבתיות (Moffitt, 2005b). גורמי סיכון אחרים שתוארו כאן לא נבדקו עבור סיבתיות באופן שיטתי עדיין, אבל יש ראיות משמעותיות לכך שהם גורם מנבא של בעיות התנהגות במחקרים רבים שבוצעו בהקשרים שונים (כגון סיבוכים בסמוך ללידה, טמפרמנט, לקות שפתית ומנהלית, קצב לב איטי, קוגניציות חברתיות, חשיפה לקשיים בזוגיות ההורית). גורמי סיכון אחרים המציגים קשר סיבתי חזק בתיאוריה, נכללו בפרק זה, אבל הראיות לקשר מבוסס עם בעיות התנהגות עדיין לא מספקות (כגון היקשרות, נירוטרנסמיטרים, גנוטיפ MAOA, עישון במהלך הריון, הקשר שכונת המגורים).

טבלה D.3.1 גורמים המנבאים פרוגנוזה לא טובה

התפרצות מוקדמת של בעיות חמורות לפני גיל 8	התפרצות
פעולות אנטיסוציאליות שהן חמורות, תדירות ומגוונות	פנומנולוגיה
היפראקטיביות ובעיות קשב	תחלואה נלוות
IQ נמוך יותר	אינטליגנציה
עבריינות הורית, אלכוהוליזם הורי	היסטוריה משפחתית
נוקשה, לא עקבית, עם ביקורת רבה, מעט חמימות, מעורבות נמוכה ומעט פיקוח	הורות
משפחה עם הכנסה נמוכה בשכונה ענייה עם בתי ספר לא מיטביים	סביבה רחבה יותר

מהלך ופרוגנוזה

מתוך אלה עם התפרצות מוקדמת של בעיית התנהגות (לפני גיל 8), עבור מחציתם, בעיות קשות ימשכו לתוך החיים הבוגרים. מתוך אלה עם התפרצות בגיל ההתבגרות, רובם הגדול (למעלה מ-85%) פוסקים מההתנהגות האנטיסוציאלית עד שנות העשרים המוקדמות שלהם. גורמים המנבאים פרוגנוזה לא טובה מוצגים בטבלה D.3.1.

בכדי לזהות גורמים מיטיבים, נחקרו ילדים שמצליחים למרות גורמי סיכון שליליים. למרות זאת, הילדים הללו, בעלי החוסן, הראו רמות נמוכות יותר של גורמי סיכון, לדוגמה ילד עם התנהגות אנטיסוציאלית ו-IQ נמוך שמתגורר בשכונה קשה, אבל יש בחייו פיקוח ודאגה הורית. גורמים מיטיבים הינם מעיקרם הצד המנוגד של ספקטרום של אותם גורמי סיכון, לכן הורות טובה ו-IQ גבוה הינם מיטיבים. יחד עם זאת ישנם גורמים מיטיבים אשר קשורים בחוסן באופן בלתי תלוי בהשפעות הרסניות. גורמים מיטיבים אלה כוללים מערכת יחסים טובה עם לפחות מבוגר אחד, שלא בהכרח חייב להיות ההורה; תחושת גאווה וערך עצמי; יכולות ומסוגלות.

תוצאות בחיים הבוגרים

מחקרים בקבוצות ילדים עם התפרצות מוקדמת של הפרעת קונדקט מראים מנעד רחב של בעיות שאינן מוגבלות רק למעשים אנטיסוציאליים, כפי שמוצג בטבלה D.3.2.

מה שברור הוא שלא רק שיש עליה משמעותית בהיקף המעשים האנטיסוציאליים בבגרות, אלא שהתפקוד הפסיכוסוציאלי הכללי של המבוגר עם הפרעת קונדקט כילד, מאוד ירוד. רוב המאפיינים, מוצגים בטבלה D.3.2, העלייה בהשוואה לקבוצת הביקורת הינה כפולה לפחות במקרים בקהילה שמעולם לא הופנו לטיפול, וגבוהה פי שלוש עד ארבע בילדים שהופנו לטיפול.

נתיבים

הנתיב שמחבר בין הפרעת קונדקט בילדות לתוצאה לא מטיבה בבגרות, אינו בלתי נמנע או ישיר, מערכות שונות משפיעות על התבגרותו של האינדיבידואל ומעצבות את נתיב חייו. רבות מהן עלולות להקצין את הבעיות. על כן פעוט עם טמפרמנט רגזני, וטווח קשב קצר, יתכן ולא ילמד תכונות חברתיות טובות אם הוא גדל במשפחה שחסרה אותו, היכן שרק התנהגות אנטיסוציאלית תוביל אותו לקבל את מבוקשו. בבית הספר הוא עלול לחבור לקבוצה חברתית שאינה נורמטיבית, היכן שאלימות ומעשים אנטיסוציאליים אחרים מוערכים, וגורמים לו לתחושת ערך עצמי. יכולותיו האקדמיות

טבלה D.3.2 תוצאות בחיים הבוגרים

יתר פשעים אלימים ולא אלימים, כגון שוד, נזק גופני חמור; גניבה, פשעי מכוניות, הונאה	התנהגות אנטיסוציאלית
עליה בשיעור אישיות אנטיסוציאלית, שימוש באלכוהול וסמים, חרדה, דיכאון ותלונות סומטיות, אירועים של פגיעה עצמית מכוונת והתאבדות, אשפוזים בבתי חולים פסיכיאטרים	בעיות פסיכיאטריות
תוצאות ירודות במבחנים, יותר היעדרויות בלתי מוצדקות ונשירה, פחות כישורים מקצועיים	חינוך והכשרה
יתר אבטלה, נשאים בעבודה קבועה לזמן קצר, עבודות בסטטוס נמוך והכנסה נמוכה, עלייה בדרישת הטבות וקצבאות סעד	עבודה
מעט אם בכלל חברים משמעותיים, מעורבות נמוכה עם קרובים, שכנים מועדונים וארגונים	מעגל חברתי
מערכות יחסים קצרות מרובות, יחסים הנשלטים על ידי אלימות; בן הזוג לרוב אף הוא אנטיסוציאלי	יחסים עם בני זוג
עליה בשיעור ההתעללות בילד, בעיות התנהגות בצאצאים, ילדים נלקחים לפיקוח	ילדים
יותר בעיות רפואיות, מוות מוקדם יותר	בריאות

הירודות והתנהגותו הבעייתית בכיתה עלולות להובילו ליותר ויותר היעדרויות בלתי מוצדקות שרק גורמות לו להשתרך עוד יותר מאחור. יתכן שאז ינשור מבית הספר ללא הכשרה מקצועית, יכשל במציאת עבודה ויפנה לסמים. בכדי לתמוך בהרגל השימוש בסמים יתכן ויפנה לפשיעה, ובאם יורשע יהיה לו עוד יותר קשה במציאת עבודה. מדוגמא זו, ניתן לראות שחוויות לא מטיבות אינן מתרחשות באופן פאסיבי ובלתי תלוי מהתנהגות הצעיר; אלא ההתנהגות גורמת לכך שהוא חשוף לסביבה יותר מסוכנת והרסנית. כתוצאה מכך חלה עליה ניכרת בחוויות חיים לא מטיבות. הנתיב שמחבר בין היפראקטיביות מוקדמת אל הפרעת קונדקט בהמשך אף הוא אינו בלתי נמנע. בנוכחות אווירה משפחתית חמה ותומכת יהיה זה פחות סביר לפתח הפרעת קונדקט למרות היפראקטיביות מוקדמת, מאשר עם הורים ביקורתיים ועוינים.

השפעות אחרות יכולות מצד שני לנווט את האינדיבידואל הרחק מנתיב אנטיסוציאלי. לדוגמא, המעקב המרתק אחר בנים עבריינים עד לגיל 70 שבוצע על ידי Laud ו-Sampson הראה שהדברים הבאים הביאו למניעה: הפרדה מקבוצת שווים

שאינם נורמטיביים; נישואים לבן או בת זוג נורמטיביים; מעבר משכונת מגורים לא מטיבה; שירות צבאי המקנה כישורים.

עקרונות הטיפול

1. מעורבות המשפחה

כל משפחה הפונה לשירותי בריאות הנפש עלולה להגיע עם חששות שיראו בה משפחה רעה ואפילו משוגעת. סביר יותר כי משפחות של ילדים עם בעיית יהיו מוחלשות ולא מאורגנות, שכבר חוו ויכוחים עם מוסדות כמו בתי ספר, פקידי סעד ושיהיו חשדנים כלפי נציגי המערכת. שיעור עזיבת טיפול בבעיית התנהגות על ידי המשפחות הינו גבוה - לעיתים קרובות עד ל- 60% (Kazdin, 1996). צעדים מעשיים כמו עזרה בהסעה, טיפול בילדים וקיום מפגשים בערב או בזמנים אחרים שמתאימים למשפחה, כולם יכולים לעזור בהחזקת המשפחה בטיפול. יצירת ברית טיפולית טובה עם המשפחה, חשובה במיוחד, ו-Prinz ו-Miller הראו (1994) כי שילוב של אסטרטגיות למעורבות במהלך ההערכה, למשל שההורים יראו שהמטפל באופן ברור מבין את נקודת מבטם, הובילו להגברת הנוכחות במפגשים הטיפוליים. ברגע שהפכו מעורבים, איכות הברית הטיפולית של המטפל עם המשפחה השפיעה לטובה על הצלחת הטיפול, עם אפקט בעל כוח הסברי של עד 15% בהבדלים בתוצאות הטיפול במטה-אנליזה של Shirk ו-Carver (2003).

2. בחירת סוג הטיפול והמטפל

אם ניתן, ההתערבויות צריכות להיות מכוונות באופן ספציפי לכל אחד מההקשרים, בניגוד להנחה שטיפול מוצלח בתחום אחד יוכלל לתחום אחר. לכן שיפור בבית שיגיע כתוצאה מתוכנית הכשרה הורית לא יוביל בהכרח להתנהגות פחות אנטיסוציאלית בבית הספר (Scott, 2008). אם התנהגות בכיתה היא בעיה וביקורים בבית הספר מראים כי המורה אינה עושה שימוש בשיטות מקדמות, הדרכת המורה וחברי צוות בית הספר יכולה מאוד להועיל. היכן שקיימות בעיות נרחבות, בכלל זה ריבים עם קבוצת השווים, ניתן להוסיף עבודה פרטנית של שליטה בכעסים וכישורים חברתיים. טיפול תרופתי הינו שנוי במחלוקת ולרוב עדיף להימנע ממנו; התוויות אפשריות נידונות למטה. באופן כללי, בשל הראיות החזקות ליעילותו, קו הטיפול הראשון צריך להיות הכשרה הורית. במרבית המדינות יש מחסור במשאבים לשם טיפול בכל התנהגות אנטיסוציאלית בילדות, על כן יש להחליט האם ניתן לערב גורמים נוספים. לכן מספר גופים התנדבותיים מספקים כיום הכשרה הורית ויתכן כי גם בבתי ספר יוכלו להקים תכניות התנהגותיות.

3. פיתוח חוזקות

לחץ על התמונה
לגישה לאתר

National Youth
Violence
Prevention

Resource center
של ה- US Federal

Government שבו
ממצאי מחקר
אחרונים וכן הכשרה
אונליין למניעה

זיהוי החוזקות של הצעיר ומשפחתו הינו חיוני. הדבר עוזר במעורבות ומגביר את יעילות הטיפול. עידוד יכולות עוזר לילד לשהות זמן רב יותר בהתנהגות בונה ולא בהתנהגות הרסנית- למשל, אם יעביר יותר זמן במשחק כדורגל יסתובב פחות ברחובות בחיפוש אחר צרות. עידוד פעילויות פרו-חברתיות- לדוגמא ציור או נגינה- מגביר הישגיות ותחושת ערך עצמי ותקווה לעתיד.

4. טיפול בתחלואה נלווית

ההתנהגות האנטיסוציאלית של הילד לעיתים משפיעה באופן כל כך חזק על האחרים עד שתחלואה נלווית מפוספסת בקלות. ועדיין תחלואה נלווית הינה הכלל ולא היוצא מן הכלל בהפניות לטיפול. הפרעות שכיחות הינן דיכאון ו- ADHD; חלק מהילדים ייתיצגו עם PTSD, לדוגמא בהקשר של אלימות שהופנתה כלפיהם על ידי האב, או היו עדים למכות שקיבלה אימם על ידי בן זוגה.

5. קידום לימוד חברתי וחינוכי

הטיפול אינו מכוון למיתון ההתנהגות האנטיסוציאליות בלבד- זאת מכיוון שהכחדה של התפרצויות זעם ואלימות אמנם מועילה, אך לא תוביל לתפקוד טוב יותר, אם הילד הינו חסר כישורים ביצירת חברים או בשיח: יש ללמד גם התנהגות חיובית. לקויות למידה ספציפיות כגון עיכוב בקריאה, שהוא שכיח במיוחד בילדים אלה, דורש טיפול כמו גם קשיים יותר כללים כמו ביצוע שיעורי בית.

6. שימוש בקווים מנחים

ה- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry פרסמה מדדים מעשיים רגישים, לצורך הערכה וטיפול בהפרעת קונדקט (AACAP 1997); ה- UK National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) פרסם "הערכה טכנולוגית" אודות הכדאיות של תכניות הדרכת-הורים (2006) והיא עתידה להתפרסם ב- 2013 בהנחיות ההערכה והטיפול בהפרעות קונדקט.

7. טיפול בילד בסביבתו הטבעית

רוב ההתערבויות המתוארות מטה מכוונות עבור מטופלים שאינם באשפוז, אלא במסגרות הקהילה. אשפוז פסיכיאטרי נחוץ לעיתים רחוקות מאוד; אין ראיות לכך שטיפול במסגרת אשפוז מוביל לשיפור שנשמר לאחר שהילד חוזר לחיק משפחתו.

התערבויות ספציפיות

מבוססות משפחה

ההתערבות הידועה ביותר בהקשר של עבריינות הינה טיפול משפחתי פונקציונאלי (Functional Family Therapy) (FTT), שהוצג על ידי James Alexander ועמיתים ב-1969 (Alexander et al, 2000). הטיפול תוכנן להיות מעשי, ויחסית לא יקר; 8-12 מפגשים בני שעה כל אחד, ניתנים למשפחה בביתה, בכדי להתגבר על בעיות נוכחות שהן מאוד רווחות בקבוצה זו. עבור מקרים יותר קשים, מוצעות 26-30 שעות בדרך כלל לאורך שלושה חודשים. טווח הגילאים הייעודי הוא 11-18. ישנם ארבעה שלבים לטיפול. השניים הראשונים הינם שלב המעורבות ושלב המוטיבציה. בשלבים אלה המטפל משקיע מאמץ בהדגשת התפיסה ששינוי הוא אפשרי, והורדה למינימום תפיסות שיכולות לסמן חוסר רגישות או שאינן הולמות (כגון, תדמית רעה של התוכנית, קושי לגשת, פנייה לא רגישה). המטרה היא לשמור את המשפחה בטיפול ואז להמשיך ולגלות מה בדיוק המשפחה רוצה. טכניקות הכוללות מסגור מחדש, הדגשת תכונות חיוביות (כגון, נער שעושה עבירות רבות אך לא נתפס, מתויג כפיקח) והמוטיבציה הרגשית מוצגת (כגון, אמה שמנדנדת ללא הרף יתכן כי תתויג כדואגת, מוטרדת, ופגועה).



אנו מעודדים את המשפחות לראות עצמן כעושות את מיטב יכולתן במסגרת הנסיבות. לא ניגשים לפתרון-בעיות ושינוי התנהגות לפני שמעלים מוטיבציה, מפחיתים שליליות ומבססים ברית טיפולית. ניסיונות מפורשים נעשים בכדי למנוע התפתחויות שליליות באינטראקציה המשפחתית, על ידי קטיעה והסטה של זרם הדיבור השלילי והמאשים. מסגור מחדש לא מפחית מהשפעתה של התנהגות שלילית, אבל כל חברי המשפחה אמורים להרגיש בסוף שני שלבים ראשוניים אלה ש:

- הם אינם רעים מטבעם, אלא פעלו בדרך קלוקלת.
- למרות שעשו טעויות, המטפל ובני המשפחה נמצאים בצד שלהם.
- למרות שהם חווים את הבעיות באופן שונה, כל בן משפחה חייב לתרום לפתרון.
- למרות שיתכן וישנם דברים רבים לשנות, המטפל יעשה מאמצים להגן עליהם ועל כל בני המשפחה
- הם רוצים לשוב לפגישה הבאה בגלל שסוף סוף נראה שדברים יכולים להשתפר

השלב השלישי של FFT מתמקד בשינוי התנהגותי. ישנם שני חלקים מרכזיים לכך, הדרכת תקשורת והדרכת הורים. הצלחת שלב זה תלויה בהצלחת שני

השלבים הקודמים (מספר הפגישות משתנה בין תכניות בהן כמות המפגשים שתוקדש לכל נושא תהיה קבועה מראש בלא קשר לקצב התקדמות המשפחה). שלב זה מיושם באופן גמיש בהתאם לצרכי המשפחה. לכן אם שני ההורים מתווכחים ללא הרף וזה משפיע לרעה על המתבגר, תהיה התייחסות ל"מערכת הנישואין" תוך שימוש בשיטות בסיסיות הכוללות:

1. דיבור בגוף ראשון במקום בגוף שני (במקום "אתה בלגניסט עצלן", "מרגיז אותי כשאתה משאיר את הגרביים שלך על הרצפה")
2. ישירות (במקום להתלונן בפני בן הזוג "הוא אף פעם לא...", לומר זאת באופן ישיר לצעיר)
3. תמציתיות במקום נאומים ארוכים
4. התייחסות מיוחדת לגבי מהי ההתנהגות המבוקשת
5. הצעת אפשרויות אחרות לאדם הצעיר
6. האזנה פעילה

שיטות הדרכת הורים דומות לשיטות השגורות הכוללות שבח, פרסים (עריכת הסכם ב FFT - למשל, אם תגיע הביתה עד 6 בערב בכל ערב, אני אקח אותך לקולנוע בשבת), גבולות ברורים, השלכות ותוצאת עלות (למשל הפסד זמן טלוויזיה בגלל שקילל).

השלב הרביעי והאחרון של FFT הינו הכללה. כאן המטרה היא לקחת את השיפור שהושג במספר מצבים מסוימים ולהכליל אותו למצבי משפחה דומים נוספים, לעזור לצעיר ולמשפחה בהתמודדות חיובית עם גופים בקהילה כגון בית הספר ולעזור להם לקבל את המשאבים להם הם זקוקים. לכן, בכדי להשיג זאת על המטפל להכיר את גופי הקהילה ואופן העבודה עם המערכת.

יעילות

היעילות של FFT מבוססת היטב, לאור זאת שבוצעו יותר מ-10 מחקרי רפליקציה (Alexander et al, 2000), שמחציתם היו מחקרים בלתי תלויים במפתחי השיטה וארבעה בשוודיה שטרם הושלמו. המחקרים שפורסמו עד היום כולם חיוביים, עם שיעורי התדרדרות חזרה לפשיעה נמוכים ב- 20-30% בהשוואה לקבוצת ביקורת.

התערבויות מרובות מרכיבים

טיפול רב-מערכתי

נשתמש בדוגמא של טיפול רב מערכתי (MST) Multisystem Therapy (MST) שכן זהו אחד הטיפולים הטובים מסוגו. MST פותח על ידי Henggeler וקולגות בארצות הברית (Huey et al, 2000). ישנם תשעה עקרונות לטיפול:

1. יש לבצע הערכה לבדיקת ההתאמה בין הבעיות והסביבה הרחבה: קשיים נתפסים כתגובה להקשר מסוים, ולא כליקוי אינהרנטי בהכרח.
2. שימת דגש במגעים טיפוליים על החיובי ושימוש בחוזקותיו למינוף השינוי. כבר בהערכה מזהים כוחות (לדוגמא הצלחה בספורט, מסתדר עם סבתא, נוכחות חברים שמקדמים חברתית בשכונת המגורים של הסבתא). יישום עיקרון זה משמעותו שכל קשר צריך להיות ידוע, ויש להשקיע בו.
3. התערבויות מתוכננות כדי לקדם התנהגות אחראית והפחתה של התנהגות שאינה אחראית.
4. התערבויות מתמקדות בהווה, מכוונות פעולה, ויש להן מטרות ספציפיות ומוגדרות היטב. הגישה היא מה ניתן לעשות בכאן ועכשיו, בניגוד לשיטות טיפול אחרות שמדגישות את הצורך להבין את העבר של המשפחה והצעיר.
5. התערבויות מכוונות כלפי רצפים של התנהגויות בכמה מערכות בהן קיימות בעיות.
6. התערבויות הינן מותאמות התפתחותית. עליהן להתאים לשלב החיים והרמה האישית של כל אחד מבני המשפחה.
7. ההתערבויות דורשות מאמץ יומי ושבועי על ידי בני המשפחה. הדבר מחייב אימון תדיר של מיומנויות חדשות ומשוב חיובי תדיר של המאמצים שנעשים. אי-הענות לחוזה הטיפולי ניכרת כך במהירות.
8. יעילות ההתערבות מוערכת באופן מתמשך מזוויות מרובות, שכן הצוות מניח כי התגברות על המכשולים תוביל לתוצאות מוצלחות.
9. ההתערבויות מתוכננות לקדם את הכללת הטיפול על ידי מתן כלים להורים לענות על צרכי הצעיר בהקשרים שונים.

ישנה ביקורת קפדנית על אופן העברת הטיפול. בשל הניטור השבועי אחר ההתקדמות; אם עולים מכשולים המונעים שיפור, יש להתייחס אליהם במהירות ויש לעדכן את ההשערות של המתרחש במשפחה ובמערכות סביב הצעיר לאור ההתקדמות.

מטפלים מקבלים רק 4-6 מקרים מאחר ואופי העבודה הוא אינטנסיבי. ישנה תשומת לב לביקורת איכות על ידי הדרכות שבועיות למטפלים לאור עקרונות קבועים וההורים והצעירים בעצמם ממלאים שאלונים שבועיים, האם קיבלו את הטיפול המתוכנן השבוע. הטיפול ניתן למשך שלושה חודשים ואז מופסק.

יעילות

המקבץ הראשון של מחקרי תוצאה, שבוצעו על ידי מפתחי התוכנית, היה חיובי. לכן במטה-אנליזה של עבודות עד שנת 2002 של כותבים ובכללם גם אחד ממפתחי התוכנית Charls Borduin מצאו שב- 7 מחקרי תוצאה שהשוו טיפול MST לטיפול הרגיל ב- 708 צעירים על ידי 35 מטפלים, סך הכל, גודל האפקט הממוצע לאורך מספר תחומים היה 0.55 (Curtis et al, 2004). תחומי תוצאה שנבדקו היו נרחבים וכללו עבריינות (מעצרים, ימים בכלא, דיווח עצמי אודות פשיעה, דיווח עצמי אודות שימוש בסמים) בו גודל האפקט הממוצע היה 0.50, יחסי עמיתים (גודל אפקט: 0.11), יחסי משפחה (דיווח-עצמי גודל אפקט: 0.57, תצפית גודל אפקט: 0.76), ותסמינים פסיכופתולוגים של הצעיר וההורים בפני עצמם (גודל אפקט: 0.28). למרות זאת, בשלושת המחקרים בהם המטפלים היו סטודנטים לתואר שני של מפתחי התוכנית, השיגו גדלי אפקט גבוהים יותר משמעותית (ממוצע 0.81), כאשר מפתחי התוכנית רק פיקחו על מטפלי קהילה מקומיים, גודל האפקט הממוצע ירד ל- 0.26.

במחקר ארוך טווח אשר ערכו המפתחים של האחד הניסיונות הראשונים (עם 176 מקרים שהוקצו לטיפול MST או טיפול פרטני רגיל), 14 שנים מאוחר יותר (כאשר גיל המשתתפים הממוצע היה 29) הוצג שיעורי התדרדרות וחזרה לפשע של 50% עם טיפול MST לעומת 80% עם טיפול פרטני רגיל. למרות זאת בתהליך ההערכה, המבחן של כל סוג טיפול הינו יעילותו כשהוא נעשה על ידי צוות שאינו ממומן או מועסק על ידי מפתחי התוכנית (למרות שיתכן וישלמו למפתחים עבור חומרים והדרכה) ובו צוות הערכה בלתי תלוי (Littell, 2005). הערכה עצמאית בודדת, התייחסה בכוונה נאותה לטיפול (בניגוד להחרגת סרבני טיפול וכו') במדגם גדול (n=409) באונטריו, קנדה. נמצא כי MST לא הביא לשיפור בהשוואה לטיפול הרגיל ביחס לכל תוצאה, בין אם מיידית ובין אם במעקב של 3 שנים לאחר מכן (Lescheid & Cunningham, 2002). מחקר קטן יותר (n=75) ובלתי תלוי בנורבגיה (Ogden & Hagen, 2006) היה חיובי יותר ומצא גדלי אפקט של 0.26 עבור דיווח עצמי של עבריינות, 0.50 עבור הערכת-הורה ו- 0.68 עבור הערכת-מורה, למרות שבמחקר זה היה 40% של מידע חסר.



התערבויות לא יעילות

"מחנות טירונות" נוקשים, בסגנון כליאה והטלת מורא, עדיין פופולריים עבור נוער עבריני בארה"ב וקודמו על ידי ה Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention ב-1992 כאשר הוקמו 3 תכניות פיילוט כאלו. למרות זאת, מספר סקירות מצאו שהן לא מועילות (Tyler et al, 2001; Benda, 2005; Stinchcomb, 2005). בניסוי עם בקרת אקראיות (RCT) שנערך על ידי California Youth Authority שכלל מידע ארוך טווח אודות מעצרים, לא נמצא הבדל בין מחנות טירונות, מעצר ושחרור תחת מעקב שירותי המבחן (Bottcher & Ezell, 2005). בניגוד לכך, מטה-אנליזה ב-28 מחקרים אודות תכניות טיפול התנהגותי בתנאי הישרדות בטבע, מצאה גודל אפקט של 0.18 סך הכל, עם שיעורי התדרדרות חזרה לפשיעה של 29% למול 37% בקבוצת הביקורת (Wilson & Lipsey 2000). תכניות עם פעילות גופנית מאומצת ומרכיב טיפולי מובחן היו היעילות ביותר. בגישה אחרת, נעשה ניסיון להפחיד את העבריינים הצעירים באמצעות ביקורים בבתי סוהר, בכדי להרתיע אותם, לדוגמה בתוכנית "Scared Straight". למרות זאת מטה-אנליזה ב-9 ניסויים עם בקרת אקראיות, מצאה כי ההתערבות בממוצע הייתה מזיקה יותר מאשר ללא התערבות כלל; התערבות זו הובילה לתוצאות גרועות יותר במשתתפים (Petrosino et al, 2003).

טיפול תרופתי

נכון להיום, אין התערבויות תרופתיות המאושרות באופן ייחודי עבור הפרעת קונדקט. אף על פי כן, בארה"ב נעשה שימוש בתרופות באוכלוסייה זו לעיתים קרובות ובאופן הולך

נכון להיום, אין
התערבויות
תרופתיות
המאושרות באופן
ייחודי עבור
הפרעת קונדקט.

וגובר (Steiner et al, 2003; Turgay, 2004). רופאי קהילה במסגרת רפואה ראשונית נדרשים לעיתים תכופות לרשום את הטיפול התרופתי הנדון. דאגות הועלו, מאחר ורופאי הקהילה במסגרת מרפאות רפואה ראשונית, לעיתים קרובות, חסרים את ההכשרה בפסיכופתולוגיה התפתחותית וכן את הזמן הנחוץ להערכה מקיפה ולניטור (Vitiello, 2001). באנגליה, טיפול תרופתי לא יחשב כפרקטיקה טובה בדרך כלל, כיוון שכפי שמצוין למטה, מחקרי רפליקציה טובים של היעילות התרופתית הינם מצומצמים, במיוחד בילדים ללא ADHD.

ההתערבות התרופתית הנחקרת ביותר עבור נוער עם בעיות התנהגות הינה עם חומרים ממריצים (methylphenidate, dexamfetamine), כפי שניתנים לילדים עם תחלואה נלוות של ADHD והפרעת קונדקט. בנסיבות אלה ישנן ראיות לכך שהפחתה בהיפראקטיביות/אימפולסיביות, תוביל גם להפחתה בבעיות התנהגות (Conner et al, 2002; Gerardin et al, 2002). אין ראיות מספקות בכדי להחליט האם ממריצים מפחיתים תוקפנות בהעדר ADHD; מחקר אחד של Klein et al (1997) מצא כי שיפור בתסמיני הפרעת הקונדקט היו בלתי תלויים בהפחתה בתסמיני ADHD, אך דרושה רפליקציה של ממצא זה.

גישות פרמקולוגיות אחרות להתנהגות אנטיסוציאלית שמו כיעד לטיפול בתוקפנות תגובתית ועוררות יתר, בעיקר בנוער תוקפני במיוחד במסגרת אשפוז פסיכיאטרי. התרופות בהם השתמשו במצבים אלה כללו תרופות המיועדות לחוסר ויסות אפקטיבי (כגון buspirone, clonidine) וכן מיצבי מצב רוח (כגון lithium, carbamazepine), בעוד ש-Campbell et al מצאו כי lithium מפחית תוקפנות ועיונות בנוער במסגרת אשפוז פסיכיאטרי (Campbell et al, 1995; Malone et al, 2000) אחרים לא הצליחו להראות יעילות במדגמים מחוץ לאשפוז (לדוגמה Klein, 1991) ובמחקרים עם מקטעי טיפול קצרים יותר (כלומר בני שבועיים או פחות) (Rifkin et al, 1997). carbamazepine לא הראה עליונות על פלסבו במחקר סמיות כפולה (Cueva et al, 1996). בילדים עם תוקפנות והיפראקטיביות, Hazell and Stuart (2003) במחקר מבוקר פלסבו, הקצאה מקרית של ממריצים יחד עם פלסבו למול ממריצים יחד עם clonidine נמצא שהאחרון היה יותר יעיל. למרות זאת, יש לציין כי ריבוי תרופות במקביל מעלה את הסיכון לתופעות לוואי (Impicciatore et al, 2001).

בשנים האחרונות השימוש בתרופות אנטיפסיכוטיות כמו risperidone, ותרופות אחרות כמו clonidine בטיפול מחוץ למסגרת אשפוז, עולה. למרות זאת, ישנן ראיות מצומצמות אודות היעילות שלהם בטיפול בהפרעת קונדקט בילדים עם IQ נורמאלי ללא ADHD. בסקירה של Pappadopulos et al (2006) מצאו כי גדלי האפקט היו גבוהים יותר בהינתן הימצאותם של ADHD וכן לקות שכלית. Findling et al (2000)

במחקר סמיות כפולה, מבוקר פלסבו, קטן (n=10 לקבוצה), מצאו הפחתה משמעותית בטווח הקצר בתוקפנות. The Risperidone Disruptive Behaviour Study Group. השתמשו במערך מחקר סמיות כפולה מבוקר פלסבו כדי לבדוק את השפעת risperidone ב-110 ילדים עם IQ מתחת לממוצע ובעיות התנהגות. על פי התוצאות, risperidone הוביל לשיפור משמעותי בהתנהגות למול פלסבו (Aman et al, 2002; Snyder et al, 2002) אך עדיין לא ברור האם אותם ממצאים חלים על ילדים עם IQ נורמאלי. תרופות אנטיפסיכוטיות חדישות יותר, אינן מרגיעות במיוחד, בעלות תופעות לוואי בולטות, לדוגמא, אופייני ל-risperidone לגרום לעליה ניכרת במשקל והשכיחות של הפרעות תנועה בטווח הארוך אינה ידועה (Reyes et al, 2006). מתי יש לחשוב על שימוש בתרופות אנטיפסיכוטיות? על פי ניסיון קליני השימוש בהן יכול להוביל לירידה דרמטית בתוקפנות בחלק מהמקרים, במיוחד היכן שקיים ויסות רגשי פגום המאופיין על ידי התקפי זעם ארוכים. מרשם של תרופות אנטיפסיכוטיות למשך תקופות יחסית קצרות (לדוגמא למשך של עד 4 חודשים) במינונים נמוכים (לדוגמא, לא יותר מאשר 1-1.5 מ"ג של risperidone ביום), יכול להועיל למשפחות להתמודד. במקביל יהיה זה הכרחי לספק טיפול פסיכולוגי אפקטיבי. למרות זאת תרופות אנטיפסיכוטיות אינן מומלצות מלבד בנסיבות לא שגרתיות.

מקורות

- Alexander J, Pugh C, Parsons B et al (2000). *Blueprints for Violence Prevention: Functional Family Therapy*. University of Colorado: Institute of Behavioral Science.
- Aman MG, De Smedt G, Derivan A et al (2002). Double-blind, placebo-controlled study of risperidone for the treatment of disruptive behaviors in children with subaverage intelligence. *American Journal of Psychiatry*. 159:1337-1346.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36:122S-139S.
- Arseneault L, Tremblay RE, Boulerice B et al (2002). Obstetric complications and adolescent violent behaviors: Testing two developmental pathways. *Child Development*,
- Campbell M, Adams PB, Small AM et al (1995). Lithium in hospitalized aggressive children with conduct disorder: a double-blind and placebo-controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 34:445-453.
- Campbell SB, Pierce EW, Moore G et al (1996) Boys' externalising problems at elementary school age: pathways from early behaviour problems, maternal control, and family stress. *Development and Psychopathology*, 8:701-719.
- Caspi A, McClay J, Moffitt T et al (2002). Evidence that the cycle of violence in maltreated children depends on genotype. *Science*, 297:851-854.
- Caspi A, Moffitt TE, Newman DL et al (1996). Behavioural observations at age 3 predict adult psychiatric disorders: Longitudinal evidence from a birth cohort. *Archives of*

73:496-508.

General Psychiatry, 53:1033-1039.

- Bandura A (1997). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs NJ: Prentice-Hall.
- Benda BB (2005). Introduction: boot camps revisited: issues, problems, prospects. In BB Benda & NJ Pallone (eds), *Rehabilitation Issues, Problems, and Prospects in Boot Camp*. New York, NY: Haworth Press, pp1-25.
- Beyers JM, Bates JE, Pettit GS et al (2003). Neighborhood structure, parenting processes, and the development of youths' externalizing behaviors: A multi-level analysis. *American Journal of Community Psychology*, 31:35-53.
- Bohman M (1996). Predisposition to criminality: Swedish adoption studies in retrospect. In GR Bock, JA Goode (eds), *Genetics of Criminal and Antisocial Behaviour*. Ciba Foundation Symposium no 194. Chichester: Wiley, pp99-114.
- Boivin N, Vitaro F (1995). The impact of peer relationships on aggression in childhood: inhibition through coercion or promotion through peer support. In J McCord (ed), *Coercion and Punishment in Long-term Perspectives*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, pp183-197.
- Bottcher, J. & Ezell, M. E. (2005). Examining the Effectiveness of Boot Camps: A Randomized Experiment with a Long-Term Follow Up. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 42, 309-332.
- Brennan PA, Grekin ER, Mednick SA (2003). Prenatal and perinatal influences on conduct disorder and serious delinquency. In B Lahey, TE Moffitt, A Caspi (eds), *Causes of Conduct Disorder and Delinquency*. New York, NY: Guilford Press, pp319-344.
- Cadore RJ, Yates WR, Troughton E et al (1995). Genetic-environmental interaction in the genesis of aggressivity and conduct disorders. *Archives of General Psychiatry*, 52:916-924.
- Curtis NM, Ronan KR, Borduin CM (2004). Multisystemic treatment: a meta-analysis of outcome studies. *Journal of Family Psychology*, 18:411-419.
- Davies PT, Cummings EM (1994). Marital conflict and child adjustment: an emotional security hypothesis. *Psychological Bulletin*, 116:387-411.
- Deater-Deckard K, Dodge KA, Bates JE et al (1996). Physical discipline among African American and European American mothers: links to children's externalising behaviours. *Developmental Psychology*, 32:1065-1072.
- Dishion TJ, McCord J, Poulin F (1999). When interventions harm. Peer groups and problem behaviour. *American Psychologist*, 54:755-764.
- Dodge KA (1993). Social-cognitive mechanisms in the
- Caspi A, Taylor A, Moffitt T et al (2000). Neighborhood deprivation affects children's mental health: Environmental risks identified using a genetic design. *Psychological Science*, 11:338-342.
- Coie JD (2004). The impact of negative social experiences on the development of antisocial behaviour. In JB Kupersmidt, KA Dodge (eds). *Children's Peer Relations: From Development to Intervention*. Washington, DC: American Psychological Association, pp243-267.
- Conger RD, Ge X, Elder GH et al (1994). Economic stress, coercive family process and developmental problems of adolescents. *Child Development*, 65:541-561.
- Connor DF, Glatt SJ, Lopez ID et al (2002). Psychopharmacology and aggression. I: A meta- analysis of stimulant effects on overt/covert aggression- related behaviors in ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41:253-261.
- Costello EJ, Compton SN, Keeler G et al (2003). Relationships between poverty and psychopathology: A natural experiment. *Journal of the American Medical Association*, 290:2023-2029.
- Cueva JE, Overall JE, Small AM et al (1996). Carbamazepine in aggressive children with conduct disorder: A double-blind and placebo-controlled study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35:480-490.
- Cullen FT, Blevins KR, Trager JS et al (2005). The rise and fall of boot camps: a case study in common-sense corrections. *Journal of Offender Rehabilitation*, 40:53- 70.
- Cummings EM, Davies P (2002). Effects of marital conflict on children: recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 43:31-64.
- Hazell PL, Stuart JE (2003). A randomized controlled trial of clonidine added to psychostimulant medication for hyperactive and aggressive children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42:886-894.
- Hill J (2002). Biological, psychological and social processes in the conduct disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43:133-164.
- Hobson C, Scott S, Rubia K (2011). Cool and hot executive function deficits are associated with ODD/CD symptoms independently of ADHD in adolescents with early onset conduct problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52:1035-1043.
- Huey SJ, Henggeler SW, Brondino MJ et al (2000). Mechanisms of change in multisystemic therapy: Reducing delinquent behavior through therapist adherence and improved

- development of conduct disorder and depression. In LW Porter, MR Rosenweig (eds), *Annual Review of Psychology*, 44:559-584.
- Dodge KA, Pettit GS, Bates JE et al (1995). Social information – processing patterns partially mediate the effect of early physical abuse on later conduct problems. *Journal of abnormal psychology*, 104:632-643.
- Farrington DP, Gallagher B, Morley L et al (1988). Are there any successful men from criminogenic backgrounds? *Psychiatry*, 51:116-130.
- Farrington DP, Hawkins JD (1991). Predicting participation, early onset, and later persistence and official recorded offending. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 1:1-33.
- Farver JAM (1996). Aggressive behaviour in pre-schoolers' social networks: do birds of a feather flock together? *Early Childhood Research Quarterly*, 11:333-350.
- Fergusson DM (1999). Prenatal smoking and antisocial behaviour: commentary. *Archives of General Psychiatry*, 56:223-224.
- Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT (1996). Childhood sexual abuse and psychiatric disorder in young adulthood: II psychiatric outcomes of childhood sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35:1365-1374.
- Fergusson DM, Woodward LJ, Horwood LJ (1999). Childhood peer relationship problems and young people's involvement with deviant peers in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27:357-370.
- Futh A, O'Connor TG, Matias C et al (2008). Attachment narratives and behavioural and emotional symptoms in an ethnically diverse, at-risk sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47:709-718.
- Gardner FEM (1989). Inconsistent parenting: is there evidence for a link with children's conduct problems? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17:223-233.
- Gerardin P, Cohen D, Mazet P et al (2002). Drug treatment of conduct disorder in young people. *European Neuropsychopharmacology*, 12:361-370.
- Glueck S, Glueck E (1950). *Unraveling Juvenile Delinquency*, New York, NY: The Commonwealth Fund, p133.
- Kim-Cohen J, Moffitt TE, Taylor A et al (2005). Maternal depression and child antisocial behavior: Nature and nurture effects. *Archives of General Psychiatry*, 62:173-181.
- Klein R (1991). *Preliminary Results: Lithium Effects in Conduct Disorders*. In CME Syllabus and Proceedings Summary, 144th Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Washington, DC: American Psychiatric Association, pp13-14.
- family and peer functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68:451-467.
- Hughes C, Dunn J, White A (1998). Trick or treat? Patterns of cognitive performance and executive dysfunction among hard to manage preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39:981-994.
- Impicciatore P, Choonara I, Clarkson A et al (2001). Incidence of adverse drug reactions in paediatric in/out-patients: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 52:77-83.
- Ishikawa SS, Raine A (2003). Prefrontal deficits and antisocial behaviour: A causal model. In B Lahey, TE Moffitt, A Caspi (eds), *Causes of Conduct Disorder and Delinquency*. New York, NY: Guilford Press, pp277- 304.
- Jaffee SR, Caspi A, Moffitt TE et al (2004). The limits of child effects: Evidence for genetically mediated child effects on corporal punishment, but not on physical maltreatment. *Developmental Psychology*, 40:1047- 1058.
- Jaffee SR, Caspi A, Moffitt TE et al (2005). Nature x nurture: Genetic vulnerabilities interact with physical maltreatment to promote conduct problems. *Development and Psychopathology*, 17:67-84.
- Jaffee SR, Moffitt TE, Caspi A et al (2003). Life with (or without) father: The benefits of living with two biological parents depend on the father's antisocial behavior. *Child Development*, 74:109-126.
- Kazdin AE (1996). Dropping out of child therapy: Issues for research and implications for practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1:133-156.
- Keenan K, Shaw DS (2003). Starting at the beginning: Exploring the etiology of antisocial behaviour in the first years of life. In B Lahey, TE Moffitt, A Caspi (eds), *Causes of Conduct Disorder and Delinquency*. New York, NY: Guilford Press, pp153-181.
- Kim-Cohen J, Caspi A, Taylor A et al (2006). MAOA, early adversity, and gene-environment interaction predicting children's mental health: New evidence and a meta- analysis. *Molecular Psychiatry*, 11:903-913.
- Moffitt TE (2005a). Genetic and environmental influences on antisocial behaviors: Evidence from behavioral-genetic research. *Advances in Genetics*, 55:41-104.
- Moffitt TE (2005b). The new look of behavioral genetics in developmental psychopathology: Gene – environment interplay in antisocial behavior. *Psychological Bulletin*, 131:533-554.
- Moffitt TE, Caspi A (1998). Annotation: implications of violence between intimate partners for child psychologists and psychiatrists. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39:117-127.

- Association, New Orleans, 119-120. 39:137-144.
- Klein RG, Abikoff H, Klass E et al (1997). Clinical efficacy of methylphenidate in conduct disorder with and without attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 54:1073-1080.
- Kraemer HC (2003). Current concepts of risk in psychiatric disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 16:421-430.
- Lahey BB, Loeber R, Hart EL et al (1995). Four-year longitudinal study of conduct disorder in boys: patterns and predictors of persistence. *Journal of Abnormal Psychology*, 104:83-93.
- [Leschied AW, Cunningham A \(2002\). Seeking Effective Interventions for Serious Young Offenders: Interim Results of a Four-Year Randomized Study of Multisystemic Therapy in Ontario, Canada. London, Ontario: Centre for Children and Families in the Justice System](#)
- Littell JH (2005). Lessons from a systematic review of effects of multisystemic therapy. *Children and Youth Services Review*, 27:445-463.
- Luria AR (1961). *The Role of Speech and the Regulation of Normal and Abnormal Behaviour*. New York: Basic Books.
- Lynam DR, Henry W (2001). The role of neuropsychological deficits in conduct disorders. In J Hill, B Maughan (eds). *Conduct Disorders in Childhood and Adolescence*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Lynam DR, Moffitt T, Stouthamer-Loeber M (1993). Explaining the relationship between IQ and delinquency: class, race, test motivation, school failure or self-control? *Journal of Abnormal Psychology*, 102:187-196.
- Main M, Solomon J (1986) Discovery of a new, insecure-disorganised/disoriented attachment pattern. In TB Brazelton, MW Yogman (eds), *Affective Development in Infancy*, Norwood, NJ: Ablex, pp95-124.
- Malone RP, Delaney MA, Luebbert JF et al (2000). A double-blind placebo-controlled study of lithium in hospitalized aggressive children and adolescents with conduct disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57:649-54.
- Maughan B (2001). Conduct disorder in context. In J Hill, B Maughan (eds) *Conduct Disorders in Childhood and Adolescence*, Cambridge, UK: Cambridge University Press, pp169-201.
- McGee TR, Farrington DP (2010). Are there any true adult onset offenders? *British Journal of Criminology*, 50:530-549.
- Moffitt TE (1993a). "Life-course-persistent" and "adolescence-limited" antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100:674-701.
- 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. *Development and Psychopathology*, 14:179-206.
- Moffitt TE, Caspi A, Rutter M et al (2001). *Conduct Disorder, Delinquency and Violence in the Dunedin Longitudinal Study*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Moffitt TE, Caspi A, Rutter M et al (2001) *Sex differences in Antisocial Behaviour*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Moffitt TE (2006). Life-course-persistent versus adolescence-limited antisocial behaviour. In D Cicchetti, DJ Cohen (eds), *Developmental Psychopathology, Vol 3: Risk, Disorder and Adaptation* (2nd ed), Hoboken, NJ: John Wiley, pp570-598.
- Murray J, Farrington DP (2010). Risk factors for conduct disorder and delinquency: Key findings from longitudinal studies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55:633-642.
- Nelson RJ (2006). *Biology of Aggression*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- [National Institute for Health and Clinical Excellence \(NICE\) \(2006\). Conduct Disorder in Children - Parent-Training/Education Programmes \(TA102\)](#)
- Nigg JT (2006). Temperament and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47:395-422.
- Nigg JT, Huang-Pollock C (2003). An earlyonset model of the role of executive functions and intelligence in conduct disorder/delinquency. In B Lahey, TE Moffitt, ACaspi (eds), *Causes of Conduct Disorder and Delinquency*. New York, NY: Guilford Press, pp227-253.
- Ogden T, Hagen KA (2006). Multisystemic treatment of serious behaviour problems in youth: sustainability of effectiveness two years after intake. *Child and Adolescent Mental Health*, 11:142-149
- Osofsky JD (1995). The effects of exposure to violence on young children. *American Psychologist*, 50:782-788.
- Pappadopulos E, Woolston S, Chait A et al (2006). Pharmacotherapy of aggression in children and adolescents: Efficacy and effect size. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 15:27-39.
- Patterson GR, Yoerger K (1993). Developmental models for delinquent behaviour. In S Hodgins (ed), *Mental Disorder and Crime*, Newbury Park: Sage, pp140-172.
- Scott S, Briskman J, Woolgar M et al (2011) Attachment in adolescence: overlap with parenting and unique

- Moffitt TE (1993b). The neuropsychology of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5:135-51. prediction of behavioural adjustment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 52:1052-1062.
- Pennington BF, Ozonoff S (1996). Executive functions and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37:51-88. Séguin JR, Boulerice B, Harden PW et al (1999). Executive functions and physical aggression after controlling for Attention Deficit Hyperactivity Disorder, general memory, and IQ. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40:1197-1208.
- Petrosino A, Turpin-Petrosino C, Buehler J (2003). Scared Straight and other juvenile awareness programs for preventing juvenile delinquency: A systematic review of the randomized experimental evidence. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 589:41-62. Shirk SR, Karver M (2003). Prediction of treatment outcome from relationship variables in child and adolescent therapy: a meta-analytic review. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 71:452-464.
- Pine DS, Coplan JD, Wasserman GA et al (1997). Neuroendocrine response to fenfluramine challenge in boys. *Archives of General Psychiatry*, 54:839-846. Snyder J, Patterson GR (1995). Individual differences in social aggression: a test of a reinforcement model of socialisation in the natural environment. *Behaviour Therapy*, 26:371-391.
- Prinz RJ, Miller GE (1994). Family-Based treatment for childhood antisocial behavior: Experimental influences on dropout and engagement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62:645-650. Snyder R, Turgay A, Aman M et al (2002). Effects of risperidone on conduct and disruptive behavior disorders in children with subaverage IQs. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41:1026- 1036.
- Raine A, Brennan P, Mednick SA (1997). Interaction between birth complications and early maternal rejection in predisposing individuals to adult violence: specificity to serious, early onset violence. *American Journal of Psychiatry*, 154:1265-1271. Speltz ML, McClellan J, DeKlyen M et al (1999). Pre-school boys with oppositional defiant disorder: Clinical presentation and diagnostic change. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38:838-845.
- Reyes MB (2006). A randomized, double-blind, placebo-controlled study of risperidone maintenance treatment in children and adolescents with disruptive behavior disorders. *American Journal of Psychiatry*, 163:402-410. Speltz ML, DeKlyen M, Calderon R et al (1999). Neuropsychological characteristics and test behaviours of boys with early onset conduct problems. *Journal of Abnormal Psychology*, 108:315-325.
- Rhee SH, Waldman ID (2002). Genetic and environmental influences on antisocial behavior: A meta-analysis of twin and adoption studies. *Psychological Bulletin*, 128:490-529. Stallings MC, Corley RP, Dennehey B et al (2005). A genome- wide search for quantitative trait loci that influence antisocial drug dependence in adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 62:1042-1051.
- Rifkin A, Karajgi B, Dicker R et al (1997). Lithium treatment of conduct disorders in adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 154:554-555. Steiner H, Saxena K, Chang K (2003). Psychopharmacologic strategies for the treatment of aggression in juveniles. *CNS Spectrums*, 8:298-308.
- Robins LN (1966). *Deviant Children Grown-Up: A Sociological and Psychiatric Study of Sociopathic Personalities*, Baltimore: Williams and Wilkins. Stinchcomb JB (2005). From optimistic policies to pessimistic outcomes: why won't boot camps either succeed pragmatically or succumb politically? In BB Benda, N J Pallone (eds), *Rehabilitation Issues, Problems and Prospects in Boot Camp*, New York, NY: Haworth Press, pp27-52.
- Rutter M (2000). Psychosocial influences: critiques, findings and research tools. *Development and Psychopathology*, 12:375-406. Thomas A, Chess S, Birch HG (1968). *Temperament and Behaviour Disorders in Children*. New York: New York University Press.
- Rutter M, Giller H, Hagell A (1998). *Antisocial Behavior by Young People*. Cambridge University Press, Cambridge. Thornberry TP, Krohn MD, Lizotte AJ et al (1993). The role of juvenile gangs in facilitating delinquent behavior. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 30:55- 87.
- Rutter M, Moffitt TE, Caspi A (2006). Gene-environment interplay and psychopathology: Multiple varieties but real effects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47:226-261. Tibbetts S, Piquero A (1999). The influence of gender, low birth weight and disadvantaged environment on predicting early onset of offending: A test of Moffitt's interactional hypothesis. *Criminology*, 37:843-878.
- Salekin RT, Lynam DR (eds) (2010). *Handbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Guilford Press, New York.
- Sampson R J, Laub JH (1984). Urban poverty and the family

- context of delinquency: a new look at structure and process in a classic study. *Child Development*, 65:523-540.
- Sampson RJ, Raudenbush SW, Earls F (1997). Neighbourhoods and violent crime: A multi-level study of collective efficacy. *Science*, 277:918-924.
- Scott S (2008). Parent training programs. In M Rutter, D Bishop, D Pine et al (eds), *Child and Adolescent Psychiatry* (5th edition), Oxford, UK: Blackwell.
- Turgay A (2004). Aggression and disruptive behavior disorders in children and adolescents. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 4:623-632.
- Tyler J, Darville R, Stalnaker K (2001). Juvenile boot camps: A descriptive analysis of program diversity and effectiveness. *Social Science Journal*, 38:445-460.
- Van Ijzendoorn MH, Schuengel C, Bakerman-Kranenburg MJ (1999). Disorganised attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Development & Psychopathology*, 11:225-249.
- Vitaro F, Tremblay RE, Bukowski WM (2001) Friends, friendships and conduct disorders. In J Hill, B Maughan (eds), *Conduct Disorders in Childhood and Adolescence*, Cambridge. UK: Cambridge University Press, pp346-376.
- Tremblay RE (2003). Why socialization fails. In B Lahey, TE Moffitt, ACaspi (eds), *Causes of Conduct Disorder and Delinquency*, New York, NY: Guilford Press, pp182- 226.
- Vitiello B (2001). Psychopharmacology for young children: clinical needs and research opportunities. *Pediatrics*, 108:983-9.
- Warr M (2002). *Companions in Crime*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Widom CS (1997). Child abuse, neglect and witnessing violence. In D Stoff, J Breiling, JD Maser (eds), *Handbook of Antisocial Behaviour*, New York, NY: John Wiley and Sons, pp159-170.
- Wilson SJ, Lipsey MW (2000). Wilderness challenge programs for delinquent youth: A metaanalysis of outcome evaluations. *Evaluation and Program Planning*, 23:1-12.
-