



UNIVERSITY OF HELSINKI

<https://helda.helsinki.fi>

Lasten käytöshäiriöihin tulee puuttua ajoissa

Puustjärvi, Anita; Repokari, Leena

2017

Suomen lääkäriliitto

<http://hdl.handle.net/10138/297876>

Puustjärvi, A & Repokari, L 2017, 'Lasten käytöshäiriöihin tulee puuttua ajoissa', Suomen lääkärilehti, Vuosikerta. 72, Nro 21, Sivut 1364-1367. < <http://www.laakarilehti.fi/pdf/2017/SLL212017-1364.pdf> >

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository. <https://helda.helsinki.fi>
This is an electronic reprint of the original article.
This reprint may differ from the original in pagination and typographic detail.
Please cite the original version.

ANITA PUUSTJÄRVI
LL, lastenpsykiatrian
erikoislääkäri, apulaislääkäri
KYS, lastenpsykiatrian klinikka

LEENA REPOKARI
LT, lastenpsykiatrian
erikoislääkäri, linjajohtaja,
lastenpsykiatria
HYKS, lasten ja nuorten sairaudet

Lasten käytöshäiriöihin tulee puuttua ajoissa

Uhmaiät ja rajojen kokeilu kuuluvat lapsen kehitykseen, voimakas ja pitkäkestoinen väkivaltainen tai epäsosiaalinen käyttäytyminen eivät. Käytöshäiriön taustalla on usein neuropsykiatrisia ongelmia, trauma-kokemuksia tai masennusta.

Käytöshäiriön hoidossa voidaan lapsen toiminnan johdonmukaisen ohjaamisen lisäksi käyttää erilaisia tunteiden ja käyttäytymisen hallintaa opettavia menetelmiä sekä joskus lääkkeitä. Myös muiden häiriöiden ja sairauksien asianmukainen hoito on tärkeää.

Huoltajien vanhemmuustaitojen vahvistaminen on niin ikään olennainen osa lapsen käytöshäiriön hoitoa, mutta rangaistusperusteisista kasvatuserätyelmistä ei yleensä ole hyötyä.

Käytöshäiriölle on ominaista toistuva ja pitkäaikainen, äänmukaisista odotuksista poikkeava epäsosiaalinen, aggressiivinen tai uhmakas käytös (diagnostiset kriteerit, liitetaulukko 1), joka voi myös liittyä muuhun häiriöön (käytöshäiriötyypit, liitetaulukko 2).

Käytöshäiriödiagnosi kuvaa oireita, mutta ei selitä niiden etiologiaa. Taustalla voi olla neuropsykiatrisia ongelmia, traumakokemuksia tai

tuminen tai impulsiivisuus, voidaan toisinaan virheellisesti tulkita häiriökäyttäytymiseksi.

Käytöshäiriössä oireet ovat pitkäaikaisia ja voimakkaita. Oireita voivat olla kiusaaminen, tappeleminen, raivokohtaukset tai muu aggressiivinen käyttäytyminen mutta myös lievempi tottelemattomuus, työkeys, yhteistyökyvyttömyys ja auktoriteetin vastustaminen (1). Uhmakkuushäiriöllä tarkoitetaan alle 10-vuotiaan käytöshäiriötä tai sitä vanhemman lapsen lievää käytöshäiriötä.

Aggressiivinen käyttäytyminen voi kohdistua toisiin lapsiin, aikuisiin tai tavaroihin. Reaktiivinen aggressio on impulsiivista, harkitsematonta ja suunnittelematonta. Sen voi laukaista tapahtuma, tunnetila, muistikuva tai mielikuva negatiivisesta tapahtumien kulusta. Proaktiivinen aggressio puolestaan on ennakkoon suunniteltua, harkitumpaa ja tavoitteellista. Siihen liittyy usein käsitys väkivallan oikeutuksesta ja hyödyllisyydestä. Lasten aggressio on usein reaktiivista, ärsyyntymiseen ja suuttumiseen liittyvää, ja vain harvoin proaktiivista (2).

Selvät säännöt ja toivotun käyttäytymisen huomaaminen auttavat käytöshäiriöistä lasta.

masennusta, joiden tunnistaminen on tärkeää hoidon suuntaamiseksi oikein. Vaikeat käytös- oireet, joihin kuuluu aggressiivikäyttäytymistä, voivat aiheuttaa vaaratilanteita ja herättää pelkoa sekä myös ristiriitoja siitä, miten ja kenen pitäisi puuttua ongelmiin.

Käyttöoire vai -häiriö?

Lapsilla esiintyy usein rajoittamis- tai pettymys- tilanteissa lyhytkestoisia, ohimeneviä käytös- oireita. Niitä lisäävät väsymys, stressi ja provokaatio mutta myös jano, nälkä ja kipu (kuvio 1). Aggressiipurkaus voi olla ymmärrettävä ja asianmukainen reaktio kuormittavassa tai turvattuun aiheuttavassa tilanteessa.

Uhmaiät ja rajojen kokeilu kuuluvat lapsen kehitykseen, voimakas ja pitkäkestoinen väkivaltainen käyttäytyminen eivät. Muihin häiriöihin kuuluvat oireet, kuten yksityiskohtien juut-

Esiintyvyys ja taustatekijät

Erlaisia käytöshäiriöitä esiintyy 3–8 %:lla lapsista (1), pojilla enemmän kuin tytöillä. Esiintyvyys vaihtelee eri ikävaiheissa, mutta lisääntyy nuoruusiässä. Käytöshäiriöille altistavat neuropsykiatriset vaikeudet, kuten toiminnanohjauksen, työmuistin, kielellisten ja sosiaalisten taitojen pulmat, oppimis- ja keskittymisvaikeudet sekä impulsiivisuus. Riskitekijöitä ovat myös erilaiset perhetilanteet, vanhemmuuden ja kasvatuksen ongelmat (kaltointohtelu, lai-

LIITEAINEISTO
pdf-versiossa
www.laakarilehti.fi

Sisällysluettelot
SLL 21/2017



KUVIO 1.

Käyttösoireen mahdollisia syitä.

Kuvio on muokattu kirjassa *Vaikeudesta voimaksi* (Finn Lectura 2017) julkaistusta kuvasta.



KIRJALLISUUTTA

- Aronen E, Lindberg N. Lasten ja nuorten käyttöhäiriöt. Kirjassa: Kumpulainen K, Aronen E, Ebeling H ym, toim. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2016.
- Aronen E. Lasten häiriökäyttäytyminen. Duodecim 2016;132:961–6.
- NICE. Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management. NICE clinical guideline CG158, 2013.
- Furlong M, McGiloway S, Bywater T, Hutchings J, Smith S M, Donnelly M. Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years (review). Cochrane Database Syst Rev 2012;2:CD008225. doi: 10.1002/14651858
- Karjalainen P, Santalahti P, Sihvo S. Vaikuttavatko vanhemmuustaitoja tukevat ohjelmat lapsen käyttöhäiriöiden ja -ongelmien ehkäisyssä ja vähentämisessä? Duodecim 2016;132:967–74.
- Sourander A, McGrath P, Ristkari T ym. Internet-assisted parent training intervention for disruptive behavior in 4-year-old children. A randomized clinical trial. JAMA Psychiatry 2016;73:378–387.
- Lindberg N, Ranta K, Gergov V ym. Nuorten käyttöhäiriön ja antisosiaalisen käyttäytymisen psykososiaaliset hoitomuodot. Suom Lääkäril 2015;70:1913–1918.

minlyönti, epäjohtonmukainen tai ankara kasvatus sekä negatiivinen perheensisäinen vuorovaikutus) (1,2).

Häiriökäyttäytymistä voivat ylläpitää tai vahvistaa lapsen riittämätön ohjaus tämän käyttäytyessä ei-toivotulla tavalla sekä huomion kiinnittäminen vain lapsen negatiiviseen käyttäytymiseen (2,3). Osalla käyttöhäiriöisistä, proaktiivisesti aggressiivisista lapsista ilmenee poikkeavan niukkaa reagoitua stressiin ja rangaistuksiin sekä mielihyväjärjestelmän toiminnan poikkeavuutta (1).

Diagnostiikka

Käytöhäiriöiden arvioinnissa tulee ottaa huomioon lapsen ikä, kehitystaso sekä oireiden kesto ja ilmeneminen erilaisissa tilanteissa. Arviosa on kartoitettava riittävän kattavasti oireilu ja siihen vaikuttavat tekijät, kuten ajankohtainen stressi, traumakokemukset ja perhetilanne (kuvio 2). Lisäksi on tunnistettava mahdolliset oppimisvaikeudet, ADHD, masennus, autismikirjon häiriöt ja Touretten oireyhtymä.

Erotusdiagnostisia vaihtoehtoja ovat myös kiintymyssuhdehäiriöt, kaksisuuntainen mielialahäiriö, psykoottisuus ja persoonallisuushäiriöt sekä somaattiset sairaudet kuten epilepsia. Jos käyttösoireet johtuvat muusta psykiatrisesta häiriöstä, käytetään ensisijaisesti sen diagnoosia (1).

Hoito

Käytöhäiriöiden hoitomuotoja aggressiivisista riippumatta ovat erilaiset perhekeskeiset, yksilölliset tai ryhmämuotoiset sosiaalisten taitojen ja tunteiden säätelyn harjoittelun menetelmät (1). Myös kiintymyssuhdepohjaisista menetelmistä voi olla apua (2). Jotta hoito onnistuisi, on ymmärrettävä, mikä saa lapsen käyttäytymään häiritsevästi. Muut todetut häiriöt tulee hoitaa asianmukaisesti ja psykososiaalisia stressitekijöitä vähentää.

Erilaiset vanhemmuustaitoihin kohdennetut perheinterventiot (esim. Ihmeelliset vuodet, Voimaperheet) ovat osoittautuneet tehokkaiksi ja käyttöhäiriöiden ennalta ehkäisyyn kannalta tärkeiksi (4–6). Käytöhäiriöinen lapsi hyötyy selvistä säännöistä ja toivotun käyttäytymisen huomaamisesta. Lasta tuetaan käyttämään omia voimavarojaan ja vahvuuksiaan. Aikuisen ohjauksella vähennetään ei-toivottua käyttäytymistä ja harjoitellaan tarvittavia uusia taitoja ja toimintamalleja.

Onnistumisista palkitseminen muuttaa vuorovaikutusta positiivisemmaksi, ja vapaiden tilanteiden valvonta vähentää käyttösoireiden esiintymistä. Rangaistuksiin perustuvat menetelmät eivät ole hyödyksi, vaan pikemminkin lisäävät käyttösoireilua.

Käytöhäiriöiset lapset hyötyvät myös ryhmämuotoisista kognitiivisen käyttäytymisterapian sovelluksista, joissa opetellaan erottamaan toisistaan tunteet, ajatukset ja teot sekä löytämään sosiaalisiin ja stressitilanteisiin rakentavampia ratkaisukeinoja väkivallan tilalle (esim. ART, aggression replacement training, www.suomenart.com) (3,7).

Käytöhäiriöiden hoitoon ja sen tavoitteet ovat tärkeitä. Usein tarvitaan lastensuojelun tukitoimia, esim. tukihenkilöä. Lyhyt osastohoitokin voi olla tarpeen, jos oireilu on erityisen rajua ja väkivaltaista tai jos erotusdiagnostinen arvio ei onnistu polikliinisesti. Osastohoidon tulisi niveltä muuhun hoitoon ja sen tavoitteet ja sisältö tulisi suunnitella etukäteen (8). Käyttösoireet voivat vahvistua oireilevien lasten ryhmässä myös osastolla.

Käytöhäiriöt ja koulu

Aggressiivinen käyttäytyminen aiheuttaa usein ongelmallisia tai jopa vaarallisia tilanteita koulussa. Häiriökäytöstä voivat provosoida ympäristön stressitekijät, kuten yllättävät muutokset

- 8 Marttunen M, Kataja H, Henttonen A ym. Hyötykö käytöshäiriöinen nuori nuorisopsykiatrisesta osastohoidosta? *Duodecim* 2004;120:43-9.
- 9 Puustjärvi A, Raunio H, Lecklin A, Kumpulainen K. Lasten psykiatrisen häiriöiden lääkehoito ja tavallisimmat lääkkeet. *Duodecim* 2016;10:943-950

KUVIO 2.

Diagnostinen prosessi käytösoireissa.



ja väärin mitoitettuja vaatimukset, mutta myös ryhmän kokonaistilanne ja ongelmat oppilaan ja opettajan välisessä vuorovaikutuksessa. Tilannearviossa on otettava huomioon myös lapsen aggressiivisuuden muulle ryhmälle aiheuttama riski.

Mahdollisen sairausloman tarve määräytyy ensisijaisesti lääketieteellisin perustein ja sen seurauksia lapselle, perheelle ja koulunkäynnille tulee arvioida huolellisesti. Samalla on arvioitava, millaisia tukitoimia tarvitaan koulukäytön-tykyyn vahvistamiseksi tai palauttamiseksi.

Yksittäisen lapsen hoitaminen ei välttämättä riitä, vaan usein tarvitaan koko ryhmään kohdistuvia interventioita. Viime vuosina kouluissa ovatkin yleistyneet ryhmissä tapahtuva tunteiden hallinnan ja sosiaalisten taitojen harjoittelu (esim. ART) sekä toivotun käytöksen huomaamiseen ja palkitsemiseen perustuva toimintatapa (Prokoulu, www.prokoulu.fi).

Apua akuuttiin aggressioon

Akuutin aggressiivisen käyttäytymisen (raivo-kohtauksen) rajoittamisessa tulee käyttää tur-

vallisia, satuttamattomia keinoja ja välttää liiallista vallankäyttöä ja provokaatiota (3). Joitakin lapsia fyysinen rajoittaminen voi kiihdyttää entisestään, silloin turvallinen rauhoittumispaikka ja mahdollisuus yksinoloon voivat toimia paremmin. Aikuisen rauhallisuus tukee lapsen rauhoittumista. Suuttumisen syy ja tapahtumien kulku selvitetään vasta rauhoittumisen jälkeen.

Päivystyksellisissä tilanteissa tehdään riittävän kattava psykiatrisen tutkimus sekä väkivaltariskin arvio, joiden perusteella laaditaan jatkosuunnitelma (kuvio 3)(1). Osastohoito on harvoin perusteltua yksittäisen raivokohtauksen vuoksi, mutta voi olla tarpeen esim. jos lapsi on itsetuhoinen.

Milloin lääkehoitoa?

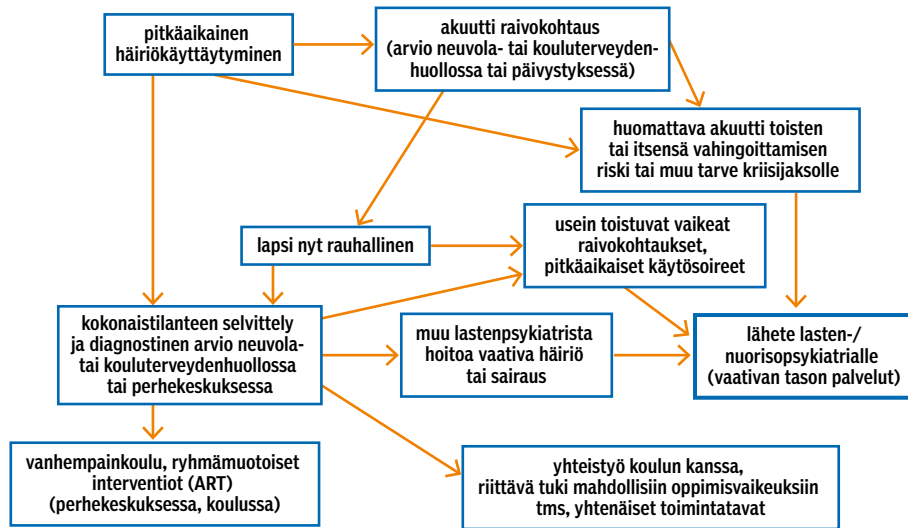
Vaikeissa käytöshäiriöissä voidaan osana hoitoa käyttää aggressiivisen ja impulsiivisen käyttäytymisen hallintaa tukevia lääkkeitä, joista tavallisimpia ovat psykoosilääkkeet (3,9). Samanaikaisen ADHD:n aktiivinen lääkehoito lievittää usein myös käytösoireita. Jos käytösoireilu liit-

SIDONNAISUUDET

Anita Puustjärvi: Apurahat (Suomen Aivosäätiö, Valtion tutkimusrahoitus), luentopalkkiot (Algol Pharma, Eli Lilly, Itä-Suomen yliopisto ja Itä-Suomen yliopistoseura, Janssen-Cilag, KirsiConsulting, Opetushallitus, Shire, Snellman-instituutti, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Suomen Lääkäriliitto, Suomen Tourette-yhdistys, Valmennuskeskus Voimavara), tekijäpalkkiot (Kandidaattikustannus, Kustannus Oy Duodecim, PS-kustannus), matkakulut (Shire), ADHD:n Käypä hoito -suositustyöryhmän puheenjohtaja. Leena Repokari: Ei sidonnaisuuksia.

KUVIO 3.

Käyttösoireiden arviointi terveydenhuollossa.



tyy mielialaoireiluun, saattaa masennuslääke olla tarpeen. Bentsodiatsepiinit voivat lapsilla aiheuttaa paradoksaalisen agitaation ja ovat tarpeen vain harvoin, silloinkin lyhytaikaisesti käytettyinä.

Lääkehoidon aloittaminen kuuluu erikoissairaanhoidon ja sen jatkamisen tarvetta on arvioitava huolellisesti ja riittävän usein.

Käytöshäiriöiden ennuste

Usein käyttösoireet lieventyvät, kun tunteiden ja käyttäytymisen säätelyn taidot vahvistuvat. Noin 30–40 % käytöshäiriöisistä nuorista täyttää kuitenkin aikuisiässä antisosiaalisen persoonallisuushäiriön diagnostiset kriteerit (1). Häiriön jatkumisen riski näyttää olevan sitä suurempi, mitä varhemmin oireilu on alkanut ja mitä voimakkaampia oireet ovat. Myös riski muihin

samanaikaisiin häiriöihin, päihdeongelmiin, rikolliseen käyttäytymiseen sekä itsemurha- ja väkivaltakuolemaan kasvaa. Käytöshäiriöiden ennusteeseen voidaan vaikuttaa sitä paremmin, mitä varhaisemmassa vaiheessa vaikuttaa tukea ja hoitoa tarjotaan (2).

Vanhempainkoulujen ja erilaisten tunne- ja sosiaalisia taitoja tukevien ryhmämenetelmien järjestäminen kuulune jatkossa perhekeskuksille. Hoidossa tarvitaan eri tahojen tiivistä yhteistyötä ja lapsen pitkäjänteistä ohjaamista toivottuun käyttäytymiseen. Lapsen ei ole tarkoitus oppia välttämään rangaistusta, vaan omaksua parempia selviytymiskeinoja. Jos ongelmallista käytöstä aletaan pitää lapselle ominaisena, pysyvänä toimintatapana, voi aikuisen asenne ylläpitää käyttösoireita ja estää lapsen auttamista. ●

English summary | www.laakarilehti.fi | in english
Conduct disorders in children

ANITA PUUSTJÄRVI
M.D., Specialist in Child Psychiatry
Department of Child Psychiatry,
Kuopio University Hospital

LEENA REPOKARI

Conduct disorders in children

Conduct disorders present as a persistent pattern of aggressive, antisocial or defiant behaviour in which the major norms are violated. Neuropsychiatric disorders, traumatic experiences or depression are often found to be contributory factors in conduct disorders. Predisposing factors are, for example, ADHD, poor social or linguistic skills, and other neuropsychiatric deviations. Psychosocial risk factors include maltreatment, negative interaction within the family, or harsh, careless or inconsistent upbringing. The prevalence of conduct disorders varies between 3 and 8 % depending on sex (boys > girls) and increases with age. In differential diagnosis it is important to recognize ADHD, depression, autism spectrum disorders, Tourette's syndrome, traumas and learning disabilities, all of which may resemble or appear alongside conduct disorder.

Treatment of conduct disorders usually needs to be multifaceted and may include family-based, individual and/or group interventions improving social skills and emotion regulation. Other psychiatric disorders, when present, have to be treated appropriately. There are several contributing factors, which have to be taken into account in the treatment, such as overt stress, too high expectations of performance, disturbing stimuli in the environment or unpleasant sensations such as tiredness or hunger, provocation or irritation, fear, embarrassment etc. It is of extreme importance to clearly define different influencing factors and understand the reasons for the child's undesirable or difficult behaviour in order to achieve real improvements with treatment. Psychosocial stress has to be diminished, and the child's individual needs need to be met in order to obtain improvement on the behavioural level. Interventions targeted at parenting skills (especially family training programmes such as The Incredible Years) have proved to be effective and are important especially in prevention.

The prognosis of conduct disorders is better the earlier effective support and treatment are offered to the child and family. Co-operation between parents, school or day-care and nursing authority is usually essential. Punishments are not effective – the child rather needs opportunities to learn more effective ways of coping in demanding situations. About 30–40 % of youths with the diagnosis of conduct disorder develop an antisocial personality disorder in adulthood. The earlier the symptoms start and the more severe the symptoms are the bigger is the risk of permanent disorder. However, with adequate interventions children's symptoms of conduct disorders are usually revealed. Children with conduct disorders are in danger of being interpreted as difficult personalities, which carries the risk of self-fulfilling pessimistic predictions of the child's future.

LIITETAULUKKO 1.

Käytöshäiriöiden diagnostiset kriteerit.

G1. Toistuva ja pitkäaikainen käytösmalli, jossa rikotaan toisten perusoikeuksia tai iänmukaisen sosiaalisen käyttäytymisen perusnormeja tai -sääntöjä. Kesto vähintään kuusi kuukautta, jolloin lapsella tai nuorella on muutamia seuraavista oireista (kohdissa 11, 13, 15, 16, 20, 21 ja 23 mainittujen oireiden esiintyminen vain kerran riittää kriteerin täyttymiseen):

- 1) kehitystasoon verrattuna epätavallisen paljon tai vaikeita kiukkukohtauksia
- 2) riitelee usein aikuisten kanssa
- 3) kieltäytyy usein aktiivisesti toteuttamasta aikuisten pyyntöjä tai uhmaa sääntöjä
- 4) tekee usein ilmeisen tarkoituksellisesti asioita, jotka ärsyttävät muita ihmisiä
- 5) syyttää usein muita omista virheistään tai huonosta käytöksestään
- 6) suuttuu herkästi tai on helposti toisten ärsytettävissä
- 7) on usein vihainen tai harmistunut
- 8) on usein ilkeä tai kostonhaluinen
- 9) usein valehtelee tai rikkoo lupauksia saadakseen hyötyä tai suosiota tai välttääkseen velvollisuuksia
- 10) aloittaa usein fyysisiä tappeluita (ei sisällä sisarusten välisiä tappeluita)
- 11) on käyttänyt asetta, joka voi aiheuttaa vakavaa fyysistä vahinkoa toisille (esim. maila, tiiliskivi, rikottu pullo, puukko, ampuma-ase)
- 12) viiptyy usein yömyöhään ulkona vanhempien kielloista huolimatta (alkanut ennen 13 vuoden ikää)
- 13) kohdistaa toisiin ihmisiin fyysistä julmuutta (esim. sitoo, viiltelee tai polttaa uhria)
- 14) kohdistaa fyysistä julmuutta eläimiin
- 15) tuhoaa tahallaan muiden omaisuutta (muulla tavalla kuin tulipalon syyttämällä)
- 16) syyttää tarkoituksella tulipaloja, joissa vakavan vahingon riski,
- 17) varastaa tärkeitä tai arvokkaita tavaroita kotoa tai muualta, ei vahingoita uhria (esim. myymälävarkaus, murto, väärennys)
- 18) usein koulupinnausta (alkanut ennen 13 vuoden ikää)
- 19) on karannut kodista tai sijaiskodista vähintään kahdesti ja on karannut kerran pidemmäksi aikaa kuin yhdeksi yöksi (ei sisällä pakenemista fyysisen tai seksuaalisen väkivallan seurauksena)
- 20) tekee rikoksen uhria vahingoittaen (esim. käsilaukun sieppaaminen, muu väkivaltainen ryöstö, kiristys)
- 21) pakottaa toisen henkilön sukupuoliyhteyteen kanssaan
- 22) kiusaa ja pelottelee usein toisia (esim. tahallinen kivun tai vamman aiheuttaminen, jatkuva uhkailu, ahdistelu, vainoaminen tai häirintä)
- 23) murtautuu toisen henkilön asuntoon, muuhun rakennukseen tai autoon.

G2. Ei ole diagnosoitavissa seuraavia sairauksia: skitsofrenia, mania, depressio, asosiaalinen persoonallisuushäiriö, laaja-alaiset kehityshäiriöt/autismikirjon häiriö, hyperkineettiset häiriöt, samanaikaiset käytös- ja tunnehäiriöt tai lapsuusiässä alkavat tunne-elämän häiriöt.

LIITETAULUKKO 2.

ICD-10-tautiluokituksen mukaiset käytöshäiriöttyypit.

F91 KÄYTÖSHÄIRIÖT

- F91.0 Perheensisäinen käytöshäiriö: käytöshäiriö (epäsosiaalinen tai aggressiivinen käytös) rajoittuu perheensisäisiin vuorovaikutussuhteisiin eikä oireita ilmene muissa ihmissuhteissa tai kodin ulkopuolella.
- F91.1 Epäsosiaalinen käytöshäiriö: jatkuvaa, (lähes) kaikissa toimintaympäristöissä ilmenevää epäsosiaalista, hyökkäävää tai sosiaalisista odotuksista huomattavasti poikkeavaa käytöstä, joka ilmenee myös suhteessa toisiin lapsiin (puuttuva integroituminen vertaisryhmään).
- F91.2 Sosiaalinen käytöshäiriö: käytösoireilu kohdistuu pääasiassa aikuisiin, sosiaalisten sääntöjen noudattaminen onnistuu omassa vertaisryhmässä (joka muodostuu usein muista lapsista tai nuorista, jotka ovat mukana rikollisessa tai muussa epäsosiaalisessa toiminnassa).
- F91.3 Uhmakkuushäiriö: alle 10-vuotiailla ilmenevää, lievää tai keskivaikeaa käytösoireilua, jossa uhmakkuus ja provokatiivinen, vihamielinen käytös sekä aikuisen vastustaminen ovat pääasiallisia oireita.

F90 HYPERKINEETTISET HÄIRIÖT

- F90.1 Hyperkineettinen käytöshäiriö: ADHD:n tai muun hyperkineettisen häiriön kanssa samanaikaisesti ilmenevä käytöshäiriö.

F92 SAMANAIKAISET KÄYTÖS- JA TUNNEHÄIRIÖT

- F92.0 Masennusoireinen käytöshäiriö: sekä masennuksen että käytöshäiriöiden kriteerit täyttyvät.
- F92.8 Muu samanaikainen käytös- ja tunnehäiriö: käytöshäiriön ja jatkuvien merkittävien tunne-elämän oireiden (esim. ahdistus, pakko-oireet, pelko) yhdistelmä.

F43 REAKTIOT VAIKEAAN STRESSIIN JA SOPEUTUMISHÄIRIÖT

- F43.24 Sopeutumishäiriö, käytöshäiriö: elämänmuutoksen tai rasittavan/traumaattisen tapahtuman jälkeen alkava, uuteen tilanteeseen sopeutumiseen liittyvä käytösoireilu (jota ei todennäköisesti olisi ilmennyt ilman kyseistä tapahtumaa).
- F43.25 Sopeutumishäiriö, sekamuotoinen tunne-elämän ja käyttäytymisen häiriö: kuten edellä, mutta käytösoireiden lisäksi esiintyy tunne-elämän oireita.