

Eeva Aronen

Lasten häiriökäyttäytyminen

Lapsi oppii normaalin kehityksen aikana vähitellen yhä paremmin säätelemään aggressiotaan ja noudattamaan yhteisönsä sosiaalisia normeja. Tämä oppiminen tapahtuu vuorovaikutuksessa ympäristön kanssa. Häiriökäyttäytymisen taustalla on lapsen, vanhemmuuteen ja ympäristöön liittyviä riskitekijöitä. Jos leikki -tai kouluikäisellä lapsella on ikätasosta poikkeavaa aggression hallintavaikeutta, uhmakas ta, sääntöjä rikkovaa käyttäytymistä tai vaikeutta sosiaalisissa suhteissa, on syytä huolestua ja arvioida lapsen oireet ja tilanne. Käytöshäiriöiden ennusteeseen voidaan vaikuttaa sitä paremmin, mitä varhaisemmassa vaiheessa tarjotaan vaikuttavaa tukea ja hoitoa.

Lasten käyttöspulmat ovat yleisiä, lähes jokaisella lapsella on kehityksensä aikana käyttökseen hallintavaikeutta. Pieni lapsi reagoi pettymykseen aggressiivisesti, koska hänellä ei ole muita keinoja tilanteessa aivonsa kypsymättömän rakenteen ja toiminnan sekä kokemuksen puuttumisen vuoksi. Vähitellen aivojen kypsymisen ja lisääntyneiden sosiaalisten vuorovaikutuskokemusten kautta lapsi oppii normaalin kehityksen aikana hallitsemaan ikätasoisella tavalla aggressiotaan ja käyttäytymään yhteisönsä sosiaalisten normien mukaisesti. Joiltakin lapsilta tämä ei kuitenkaan onnistu, ja aggressiivinen tai sääntöjä rikkova käytös jatkuu ikätasosta poikkeavana tai alkaa jossakin kehityksen vaiheessa (1).

Suomalaisessa väestöpohjaisessa aineistossa 4–12-vuotiaiden lasten vanhemmista 11 % raportoi kyselylomakkeella lapsellaan kliinisesti merkittäviä käyttösongelmia tutkimushetkellä (usein kiukunpuuskia tai kiivastumista, tappelamista tai kiusaamista, tottelemattomuutta, valehtelua, varastelua). Näitä ongelmia oli pojilla enemmän kuin tytöillä ja nuoremmilla lapsilla enemmän kuin vanhemmilla. Lapsen käyttösongelmiin liittyi usein lapsen surullinen mieliala, univaikeudet ja hyperaktiivisuus.

Käytösongelmat voivat olla ohimeneviä tai pysyväksi muovautuvia käyttökseen muotoja (2,3). Pitkäkestoiset käyttösongelmat edeltä-

vät usein varsinaisia käytöshäiriöitä, joilla tarkoitetaan pitkäaikaista ja laaja-alaista toisten oikeuksista ja hyvinvoinnista sekä yhteisön laeista, normeista ja säännöistä piittaamatonta käyttäytymistä, joka aiheuttaa toimintakyvyn heikkenemistä (4). Lasten käytöshäiriöille on ominaista iän mukaisista normeista poikkeava toistuva tai alituinen aggressiivinen, uhmakas tai sääntöjä rikkova käytös (5). Lapsuuden pitkäkestoiset käyttösongelmat ja käytöshäiriöt ennustavat voimakkaasti antisosiaalista käyttöstä, psykiatrista sairastavuutta ja psykososiaalista huono-osaisuutta nuorena ja aikuisena (3,6). Lasten käytöshäiriöiden ehkäisy, tunnistaminen ja varhainen ja tehokas hoito on tehokkainta vakavien ongelmien ehkäisyä, jota psykiatriassa voidaan tehdä (7,8).

Käyttäytyminen ja vuorovaikutus

Lineaarisia syysuhteita käyttäytymisongelmien etiologiasta on vaikea osoittaa. Paremminkin voisi ajatella, että lapsen käyttäytymisen ilmi- asuun vaikuttavat monet lapsen ja ympäristöön ja näiden väliseen vuorovaikutukseen liittyvät asiat. Käytöshäiriöriskiä lisäävät selvästi lapsen kohdistunut kaltoinkohtelu, vanhemmuuden ongelmat (erityisesti rankaiseva, epä johdonmukainen kasvatus, vaikeudet ennakoitavuudessa ja lapsen turvallisessa rajaamisessa),

TAULUKKO 1. Käytöshäiriöt lapsuudessa DSM-5- ja ICD-10-luokitusten mukaan (4,16).

DSM-5 Häiriökäyttäytyminen, impulssikontrolli- ja käytöshäiriöt (disruptive, impulse-control, and conduct disorders)
313.81 Uhmakkuushäiriö
Käytöshäiriöt
312.81 Lapsuudessa alkanut (ennen 10 vuoden ikää vähintään yksi oire)
312.82 Nuoruudessa alkanut
312.89 Määrittämätön alkamisikä
Puutteet myönteisissä sosiaalisissa tunteissa (tarkentava määrite)
Vähintään kaksi seuraavista piirteistä, jotka ovat kestäneet yli 12 kk ja esiintyneet useissa eri ympäristöissä ja tilanteissa:
– Syyllisyyden tunteiden puuttuminen, ei kadu
– Ei ota huomioon tai ei välitä toisten tunteista
– Ei välitä koulumenestyksestään tai muusta suoriutumisestaan
– Ei ilmaise tai näytä tunteitaan muille kuin sellaisilla tavoilla, jotka vaikuttavat epäaidoilta, pinnallisilta tai opportunistisilta
312.89 Muu määritetty häiriökäyttäytyminen, impulssikontrolli- tai käytöshäiriö
312.9 Määrittämätön häiriökäyttäytyminen, impulssikontrolli- tai käytöshäiriö
ICD-10 Lapsuus- ja nuoruusiässä alkavat käyttäytymisen häiriöt
F91 Käytöshäiriöt
F91.0 Perheensisäinen käytöshäiriö
F91.1 Epäsosiaalinen käytöshäiriö
F91.2. Sosiaalinen käytöshäiriö
F91.3 Uhmakkuushäiriö
F91.8 Muu käytöshäiriö
F91.9 Määrittämätön käytöshäiriö
F92 Samanaikaiset käytös- ja tunnehäiriöt

TAULUKKO 2. Uhmakkuushäiriön diagnoosi DSM-5-luokituksen mukaan (4)¹.

1. Uhmakkuushäiriö
Vähintään 6 kk kestävä vihainen tai ärtynyt mieliala, vastahankainen tai uhmaava käytös tai kostonhaluisuus, jotka näyttävät vähintään neljänä taulukon minkä tahansa kategorian oireista ja ilmenevät vuorovaikutuksessa vähintään yhden henkilön kanssa, joka ei ole sisarus.
Vihainen tai ärtynyt mieliala
1. Menettää usein malttinsa
2. On usein herkkä ja ärsyyntyy helposti
3. On usein vihainen ja pahantuulinen
Vastahankainen tai uhmaava käytös
4. Riitelee usein aikuisten kanssa
5. Esiintyy usein tarkoituksellisen uhmakkaasti ja kieltäytyy suostumasta aikuisten vaatimuksiin tai sääntöihin
6. Ärsyttää usein tahallaan ihmisiä
7. Syyttää usein muita virheistään tai huonosta käyttäytymisestään
Kostonhaluisuus
8. On ollut vahingoniloinen, ilkeä tai kostonhimoinen vähintään kahdesti kuuden viime kuukauden aikana (yli 5-vuotiaat lapset, vähintään kerran viikossa 6 kk ajan)
Huom. Katso kriteerit täyttyneiksi vain, jos käyttäytymistä esiintyy tavallista useammin tai pysyvämmän ikä ja sukupuoli, kehitystaso ja kulttuuriympäristö huomioon otettuna. Käytöspulmien kesto (pysyvyys) ja tiheys ovat kriteerejä, joiden perusteella päätellään, onko kyseessä oleva oireilu normaalia vai osoitus häiriöstä.
2. Käytöspulmat aiheuttavat haittaa henkilölle tai muille läheisessä sosiaalisessa ympäristössä (perhe, kaverit) tai huonontavat sosiaalista, koulutuksellista tai ammatillista toimintaa
3. Käyttäytyminen ei ilmene ainoastaan psykoottisen häiriön, päihteidenkäytön tai mielialahäiriön aikana
4. Vaikeusaste määritetään sen mukaan, kuinka monessa paikassa oireita esiintyy: lievä (yhdessä), kohtalainen (joitakin oireita kahdessa) tai vaikea (joitakin oireita vähintään kolmessa paikassa)

¹Käännös ei virallinen

lapsen kehitykselliset vaikeudet (esimerkiksi tarkkaavuus- ja ylivilkkaushäiriön oireet ja kielelliset- tai oppimisvaikeudet) ja geneettiset tekijät (8–10). Vaikka syy-suhteiden osoittaminen lapsen käyttäytymisongelmissa on vaikeaa, on havainnoivan tutkimuksen perusteella todettu, että negatiivisella aikuisen ja lapsen vuorovaikutussuhteella on lapsen käytösongelmaa ylläpitävä vaikutus. Vanhemmat voivat pitää lapsen

häiriökäyttäytymistä yllä antamalla sille huomiota ja toisaalta vähentää lapsen positiivista käyttäytymistä jättämällä sen huomioimatta (11). Mallioppimisen vaikutus aggressiivisen käyttäytymisen taustalla on osoitettu (12). On myös raportoitu, että lämmin vanhemmuus ehkäisee lapsen tunnekylymiä piirteitä (13). Käytöshäiriö on ensimmäisiä psykiatrisia häiriöitä, joissa on osoitettu geenien ja ympäris-

TAULUKKO 3. Käytöshäiriön diagnostiset kriteerit DSM-5-luokituksen mukaan¹.

<p>1. Toistuva ja itsepintainen muiden oikeuksia ja ikäryhmän tärkeitä sosiaalisia normeja rikkova käyttäytymismalli, joka ilmenee kolmen tai useamman seuraavan kriteerin täyttymisenä 12 viime kuukauden ja ainakin yhden täyttymisenä kuuden viime kuukauden aikana</p> <p>Aggressiivisuus ihmisiä ja eläimiä kohtaan</p> <p>Usein sortaa, uhkailee tai pelottelee muita</p> <p>Aloittaa usein tappeluita</p> <p>On käyttänyt asetta, jolla voi aiheuttaa pahoja fyysisiä vammoja (esim. mailaa, kiveä, rikkinäistä pulloa, veistä, ampuma-asetta)</p> <p>On ollut fyysisesti julma ihmisille</p> <p>On ollut fyysisesti julma eläimille</p> <p>On ryöstänyt uhkaamalla uhria (esim. mukilointi, kiristys, aseellinen ryöstö)</p> <p>On pakottanut jonkun seksuaaliseen toimintaan</p> <p>Omaisuu den tuhoaminen</p> <p>On ollut syyttämässä tahallaan tulta tarkoituksena vakavien vahinkojen aiheuttaminen</p> <p>On tahallaan tuhonnut toisten omaisuutta (muuten kuin polttamalla)</p> <p>Vilpillisyys tai varkaus</p> <p>On murtautunut jonkun muun kotiin, rakennukseen tai autoon</p> <p>Valehtelee usein saadakseen tavaroita tai palveluksia tai välttääkseen velvollisuuksia</p> <p>On varastanut arvokkaita tavaroita uhkaamatta uhria (esim. myymälävarkaus, väärenny s)</p> <p>Vakava sääntöjen rikkominen</p> <p>On usein ulkona myöhään vanhempien määräyksistä huolimatta jo ennen 13. ikävuotta</p> <p>On ainakin kahdesti karannut kotoa yöksi asuessaan vanhempien tai sijaisvanhempien luona (tai yhden kerran pidemmäksi aikaa)</p> <p>On pinnannut usein koulusta jo ennen 13. ikävuotta</p>	<p>2. Käyttäytymishäiriöt aiheuttavat kliinisesti merkittävää haittaa sosiaalisessa, koulutuksellisessa tai ammatillisessa toiminnassa</p> <p>3. Jos yksilö on 18-vuotias tai vanhempi, kriteerit eivät vastaa epäsosiaalista persoonallisuutta</p> <p>Määritä tyyppi alkamisiin mukaan (TAULUKKO 1)</p> <p>Määritä vaikeusaste</p> <p>1. Lievä: vähän tai ei lainkaan enemmän käytöshäiriötä kuin vaaditaan diagnoosin tekemiseen, ja ne aiheuttavat vain hieman haittaa muille ihmisille (esim. valehtelu, pinnaaminen, luvaton myöhäinen kotiintulo)</p> <p>2. Keskivaikea: jonkin verran tai kohtalaisesti käytöshäiriötä ja haittaa muille ihmisille (esim. uhkaamatta varastaminen, vandalismi)</p> <p>3. Vaikea: paljon enemmän käytöshäiriötä kuin vaaditaan diagnoosin tekemiseen, ja ne aiheuttavat huomattavaa haittaa muille ihmisille (esim. pakottaminen seksuaaliseen tekoon, fyysinen julmuus, aseiden käyttö, ryöstö, murto)</p> <p>Puuttuvat myönteiset sosiaaliset piirteet (tarkentava määrite) (TAULUKKO 1)</p>
---	---

¹Käännös ei virallinen

tön vuorovaikutuksen merkitys sairastumiselle (14,15).

Käytöshäiriöt

Käytöshäiriöt ovat melko yleisiä lastenpsykiatrisia häiriöitä (TAULUKKO 1). Kouluikäisillä lapsilla niiden esiintyvyydeksi on eri tutkimuksissa arvioitu 3–8 % (5). Pojilla häiriöt ovat vähintään kaksi kertaa yleisempiä kuin tytöillä. Uhmakkuushäiriön diagnostiset kriteerit on esitetty TAULUKOSSA 2 ja käytöshäiriön TAULUKOSSA 3 (16).

Uhmakkuushäiriön diagnoosi asetetaan usein nuoremmille lapsille noin 8–10 vuoden iässä, ja se edeltää usein varsinaista käytöshäiriötä. Uhmakkuushäiriötä taas edeltävät usein aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (ADHD) oireet tai diagnosoitu ADHD (17). On muistettava, että normaaliin kehitykseen kuuluu ajoittainen uhmakas käytös. Häiriöksi luokitellaan käytös, joka on ikätasosta poikkeavaa, jota esiintyy usein tai vaikeana ja joka vaikuttaa toimintakykyyn. DSM-5-luokituksen mukaan uhmakkuushäiriön pääoirekategoriat ovat vihainen tai ärtynyt mieliala, riitainen tai uhmakas käytös ja kostonhaluisuus. Nämä diagnostiset kriteerit kuvaavat aiempaa tarkemmin uhmakkuushäiriön emotionaalisia ja käytösoireita. Erotusdiagnostiikkaa normaaliin kehitykseen kuuluvaan käytökseen on tarkennettu esittämällä häiriöksi luokiteltavan käytöksen esiintymistiheyttä ja vaikeusastetta (4).

Alle kymmenvuotiaiden lasten käytösongelmat täyttävät harvoin varsinaisen käytöshäiriön diagnostiset kriteerit. Jos käytöshäiriön diagnostiset kriteerit täyttyvät, kyse on yleensä

käytöshäiriön vaikeasta muodosta, johon liittyy usein aivorakenteiden ja aivotoiminnan neurofysiologista poikkeavuutta (17). Diagnostisissa luokituksissa erotetaan lapsena ja nuorena alka-va käytöshäiriö, joilla katsotaan olevan osittain erilainen etiologia ja ennuste (4). Käytöshäiriöisen lapsen tai nuoren oirekuva on usein heterogeeninen ja voi painottua enemmän joko reaktiiviseen aggressiiviseen käyttäytymiseen tai ennakoivaan aggressioon. Ensin mainitussa lapsi enimmäkseen reagoi aggressiivisella käyttäytymisellä ympäristöstä tuleviin ärsykeisiin, kun taas ennakoivasti aggressiivinen lapsi itse aloittaa tappeluita tai rikkoo sosiaalisia normeja esimerkiksi kiusaamalla muita (17). Jälkimmäiseen käytösoireiluun voi liittyä myönteisten sosiaalisten tunteiden puutteita eli tunnekyelmiä piirteitä (TAULUKKO 1) (9). Nämä piirteet on DSM-5-luokituksessa otettu yhdeksi käytöshäiriödiagnosia tarkentavaksi määritteeksi, koska niiden on katsottu liittyvän käytöshäiriöisen lapsen tai nuoren aivotoiminnan poikkeavuuteen, vaikeampihoitoisuuteen ja huonompaan ennusteeseen (4,9,17).

Häiriökäyttäytymisen arvioiminen ja erotusdiagnostiikka

Lasten käytöspulmat ovat useimmiten helpos-ti havaittavia. Vanhemmat sekä päiväkodin ja koulun opettajat tunnistavat yleensä lapsen häiriökäyttäytymisen helposti, koska oireet häiritsevät päivittäistä elämää. Strukturoidut, standardoidut kyselylomakkeet, esimerkiksi Vaikeuksien ja vahvuuksien kysely (SDQ-kysely, www.sdq.com) vanhemmalle, opettajalle ja lapselle tai nuorelle, auttavat arvioimaan, onko lapsen käytös ikätasosta poikkeavaa, missä häiriötä esiintyy ja mitä muita oireita lapsella on. Käytöspulmien arvioinnissa on tärkeä selvittää niiden kesto, vaikeus, esiintymistilanteet, laatu ja vaikutus lapsen toimintakykyyn. Laajemmat kyselylomakkeet (CBCL, TRF, YSR, www.ASEBA.org) ja strukturoidut tai puolistrukturoidut haastattelumenetelmät (Dawba www.dawba.net, Kiddie-Sads-haastattelut) ovat hyödyllisiä apuvälineitä käytösoireiden tarkemmassa diagnostisessa arvioinnissa. Jos lapsella on runsaasti ja pitkäkestoisesti vaikeutta tulla toimeen tois-

TAULUKKO 4. Lapsen häiriökäyttäytymisen selvittäminen (19,20).

Kun lapsella on käytösongelmia, selvitetään tai arvioidaan:

Kehitysanamneesi (somaattinen, neurologinen, psyykinen)

Lapsen psyykinen status (somaattinen, neurologinen)

SDQ-kyselylomakkeilla psyykkisten oireiden seulonta ja vaikutus arkielämään¹

Käytösongelmien laatu, esiintymistiheys, kesto, mihin liittyvät, milloin alkaneet, milloin esiintyvät (vanhemmalta ja lapselta, ks. diagnostiset kriteerit: **TAULUKOT 2 ja 3**)

Lapsen muut oireet, kehitysongelmat

Lapsen ja vanhemman vuorovaikutuksen laatu ja määrä (esim. kuvaukset vuorovaikutustilanteista)

Perhetilanne

Päiväkoti- tai koulutilanne

Mitä on lapsen käytöksen taustalla:

Onko muuta hoidettavaa kuin käytöspulma?

Kielenkehityksen vaikeudet, oppimisvaikeudet, heikko kognitiivinen suorituskyky, sosiaalisen kommunikation vaikeudet, ADHD, autismikirjon häiriö, unihäiriöt, liian vähäinen uni, mielialahäiriö, traumaperäinen häiriö, ahdistuneisuushäiriö

Onko kyseessä psykososiaalinen stressitilanne?

Negatiivinen vuorovaikutuskehä, kuormittuneisuus, kaltoinkohtelu, perheväkivalta, kiusaaminen

Onko lapsella uhmakkuus- tai käytöshäiriö?

Vaikeus, alkamisikä, puutteet myönteisissä sosiaalisissa tunteissa?

Onko lapsella lisäksi muu häiriö, esim. ADHD?

¹Vanhempi, päiväkodin tai koulun opettaja, lapsi tai nuori

ten lasten kanssa, pitkään kestänyttä aggression hallintavaikeutta tai antisosiaalista käytöstä, on syytä huolestua.

Lasten käytöspulmien taustalla voi myös olla kaltoinkohtelu, perheen psykososiaalinen stressitilanne, lapsen kehitysvaikeus tai muu häiriö. Siksi tarvitaan laaja-alainen biopsykososiaalinen arvio lapsen tilanteesta.

Käytöshäiriöihin liittyy usein oireiden päällekkäisyyttä, oheishäiriöitä ja -sairauksia, jotka tulee huomioida hoitosuunnitelmaa tehtäessä. Tyypillisiä oheishäiriöitä ovat ADHD, mielialaongelmat tai masennus, uni-, ahdistuneisuus- ja nuorilla päihdehäiriöt (1,17,18). **TAULUKOSSA 4** on esitetty miten käytösongelman lapsen tilannetta selvitetään (19,20).

Hoito

Pysyvät käytösongelmat, nekin joiden perustella ei vielä synny diagnoosia, vaarantavat lapsen kehitystä, ja niihin pitää tarjota hoitoa. Lasten käytöspulmiin ja häiriöihin on tutkimusnäyttöön perustuvia spesifisiä psykososiaalisia interventioita, erityisesti vanhemmuustaito-, perhe-, koulu- ja verkostointerventioita, jotka pohjautuvat pääosin sosiaalisen oppimisen ja kiintymyssuhdeteorioihin (5). Näitä käsitellään Karjalaisen ym. järjestelmällisessä katsauksessa tässä numerossa. Oikea koulumuoto, koulun ja kodin välinen yhteistyö sekä tarvittaessa perheen psykososiaalinen tukeminen esimerkiksi lastensuojelun kautta ovat tärkeitä kokonaisuhoitojärjestämisessä. Lapsen sosiaalisten ja aggressionhallintataitojen ohjaus osana hoitoa auttaa osaa lapsista. Vaikeissa tilanteissa lääkahoito saattaa olla perusteltua psykososiaalisten interventioiden lisäksi (21). Vanhemmuusinterventiot ovat tehokkaan hoidon kulmakivi (5). Jos lapsella on oppimisvaikeutta tai unihäiriö ja käytösongelmia, voivat käytösongelmat korjautua, kun niihin tarjotaan tukea ja hoitoa. Jos lapsella on ADHD, voi stimulanttilääkitys vähentää myös aggressiivista käytöstä. Hoidon seuranta esimerkiksi oire- ja toimintakykyselylomakkeilla (SDQ-kysely, Kiddy KINDL-kysely, www.thl.fi) on tärkeää, jotta saadaan selville, vähenevätkö lapsen oireet ja paraneeko toimintakyky vai tarvitaanko uutta tai lisäarviota ja hoitomenetelmää.

Lopuksi

Häiriökäyttäytyminen havaitaan helposti. Lapsen oireiden ja tilanteen laaja-alainen arvio on tarpeen, jotta voidaan selvittää, mistä on kysy-

Ydinasiat

- ▶ Lasten käytöspulmat ovat yleisiä.
- ▶ Jos leikki- tai kouluikäisellä lapsella on ikäistään poikkeavaa aggression hallintavaikeutta, uhmakasta, sääntöjä rikkovaa käyttäytymistä tai vaikeutta sosiaalisissa suhteissa, on syytä arvioida lapsen oireet ja tilanne.
- ▶ Lasten käytöshäiriöihin tulee tarjota vaikuttavaa hoitoa, jonka kulmakivi ovat vanhemmuusinterventiot.
- ▶ Hoitamattomat lasten vaikeat käytösongelmat ja -häiriöt ovat vakava uhka aikuisiän terveydelle ja sosiaaliselle sopeutumiselle.

mys. Lapsuusiässä alkavat pysyvät, ikätasosta poikkeavat käytösongelmat ja -häiriöt ovat vakava uhka aikuisiän terveydelle ja sosiaaliselle sopeutumiselle. Käytöshäiriöiden ennusteseen voidaan vaikuttaa sitä paremmin, mitä varhaisemmassa vaiheessa tarjotaan vaikuttavaa tukea ja hoitoa (8). Vuorovaikutuksella on suuri merkitys käytösongelmien vähentäjänä tai lisääjänä (11). Aikuisiän sairauksia ja psykososiaalista huono-osaisuutta voidaan vähentää ehkäisemällä, tunnistamalla ja hoitamalla lasten käytösongelmia ja häiriöitä (2,3,6,8). ■

EVA ARONEN, lastenpsykiatrian professori, ylilääkäri
Helsingin yliopisto
Lääketieteellinen tiedekunta, Clinicum
Lasten ja nuorten klinikka
HYKS, lastenpsykiatria

SIDONNAISUUDET
Kirjoittajalla ei ole sidonnaisuuksia

SUMMARY

Children's disruptive behavior

During normal development, a child learns to regulate her/his aggressions and follow the social norms of her/his community. This learning takes place in interaction with the environment. Risk factors associated with the child, parenthood and environment underlie the disruptive behavior. If a child of preschool/school age exhibits age group deviant difficulties in the management of aggression, defiant, rule-breaking behavior or difficulties in social relationships, there is every reason to get worried and to evaluate the child's symptoms and situation. The earlier the support and therapy is provided, the better are the possibilities to influence the prognosis of conduct disorders.

KIRJALLISUUTTA

1. Buitelaar JK, Smeets KC, Herpers P, Scheepers F, Glennon J, Rommelse NN. Conduct disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2013;22(Suppl 1):S49–54.
2. Odgers CL, Caspi A, Broadbent JM, ym. Prediction of differential adult health burden by conduct problem subtypes in males. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:476–84.
3. Odgers CL, Moffitt TE, Broadbent JM, ym. Female and male antisocial trajectories: from childhood origins to adult outcomes. *Dev Psychopathol* 2008;20:673–716.
4. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. painos. Arlington: American Psychiatric Association 2013.
5. Epstein R, Fennesbeck C, Williamson E, ym. Psychosocial and pharmacologic interventions for disruptive behavior in children and adolescents. Comparative effectiveness review no 154. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) 15/2015. www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm.
6. Herrenkohl TI, Kosterman R, Mason WA, Hawkins JD, McCarthy CA, McCauley E. Effects of childhood conduct problems and family adversity on health, health behaviors, and service use in early adulthood: tests of developmental pathways involving adolescent risk taking and depression. *Dev Psychopathol* 2010;22:655–65.
7. Harley M, Murtagh A, Cannon M. Conduct disorder: psychiatry's greatest opportunity for prevention. *Psychol Med* 2008;38:929–31.
8. Suvisaari J, Manninen M. Käytöshäiriön ennusteeseen vaikutetaan parhaiten puuttamalla ongelmiin varhain. *Suom Lääkäril* 2009;64:2459–64.
9. Laajasalo T, Saukkonen S, Aronen E, Kylmä ja tunteeton – onko lapsilla psykopatiapiirteitä? *Duodecim* 2014;130:1165–72.
10. Viding E, Jones AP, Frick PJ, Moffitt TE, Plomin R. Heritability of antisocial behaviour at 9: do callous-unemotional traits matter? *Dev Sci* 2008;11:17–22.
11. Smith JD, Dishion TJ, Shaw DS, Wilson MN, Winter CC, Patterson GR. Coercive family process and early-onset conduct problems from age 2 to school entry. *Dev Psychopathol* 2014;26(4 Pt 1):917–32.
12. Bandura A, Ross D, Ross SA. Transmission of aggression through imitation of aggressive models. *J Abnorm Soc Psychol* 1961;63:575–82.
13. Wilkinson S, Waller R, Viding E. Practitioner Review: Involving young people with callous unemotional traits in treatment: does it work? A systematic review. *J Child Psychol Psychiatry* 2015 Dec 21 [Epub ahead of print].
14. Caspi A, McClay J, Moffitt TE, ym. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 2002;297:851–4.
15. Larsson H, Viding E, Rijdsdijk FV, Plomin R. Relationships between parental negativity and childhood antisocial behavior over time: a bidirectional effects model in a longitudinal genetically informative design. *J Abnorm Child Psychol* 2008; 36:633–45.
16. Tautiluokitus ICD-10. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 5/2011. <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085423>.
17. Blair RJ, Leibenluft E, Pine DS. Conduct disorder and callous-unemotional traits in youth. *N Engl J Med* 2014;371:2207–16.
18. Aronen ET, Lampenius T, Fontell T, Simola P. Sleep in children with disruptive behavioral disorders. *Behav Sleep Med* 2014;12:373–88.
19. Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management. NICE clinical guideline CG158. NICE 2013. www.nice.org.uk/guidance/cg158.
20. Steiner H, Remsing L; Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46:126–41.
21. Aronen E, Lindberg N. Lasten ja nuorten käytöshäiriöt. Kirjassa: Kumpulainen K, Aronen E, Ebeling H, ym, toim. Lastenpsykiatria ja nuorisopsykiatria. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim 2016 [painossa].