

Nina Lindberg, Riittakerttu Kaltiala, Marko Lindberg, Jenni Kaunomäki,
Mirva Heikkilä ja Marko Manninen

Vaikeasti käytöshäiriöisen nuoren hoito ja kuntoutus

Nuorten käytöshäiriö on monimuotoinen ja yleinen psykiatrinen häiriö. Vaikka vaikean käytöshäiriön ja tunnekyllmyyden hoitoa pidetään erittäin vaativana, uusimmat terapiainterventiot ja niihin liittyvä tutkimus antavat toivoa siitä, että näistä häiriöistä kärsivät nuoret voivat oppia uusia keinoja tunnistaa ja hallita tunteitaan sekä käytöstään. Tässä katsauksessa lähestymme tähän ryhmään kuuluvien 13–17-vuotiaiden nuorten hoitoa ja kuntoutusta lastensuojelun, nuorisopsykiatrian, oikeuspsykiatrian ja rikosoikeudellisen järjestelmän viitekehysistä sekä esittelemme lupaavia tulevaisuuden hoito- ja kuntoutusmahdollisuuksia.

Käytöshäiriöllä tarkoitetaan pitkäaikaista ja laaja-alaista toisten oikeuksista ja hyvinvoinnista sekä yhteisön laeista, normeista ja säännöistä piittaamatonta käyttäytymistä, joka heikentää nuoren toimintakykyä kliinisesti merkittävästi (1). Käytöshäiriö voidaan jakaa lapsuudessa alkavaan ja nuoruudessa alkavaan tyyppiin sekä oireiden vaikeusasteen perusteella lievään, keskivaikeaan ja vaikeaan muotoon (**TAULUKKO**) (2). DSM-5- ja ICD-11-tautiluokitukset sisältävät lisäksi käytöshäiriödiagnoosia tarkentavan määritteen tunnekyllmät piirteet. Sitä käytetään, kun alaikäisellä ilmenee itsepintaisesti vähintään kaksi seuraavista piirteistä useissa eri ihmissuhteissa ja ympäristöissä vähintään vuoden ajan: 1. katumuksen tai syyllisyyden tunteiden puuttuminen, 2. tunnekyllmyys, empatian puute, 3. henkilö ei ole huolissaan omasta suoriutumisestaan, 4. tunteiden pinnallisuus ja puutteellinen tunteiden ilmaisu (1,3).

Käytöshäiriön elämänaikainen esiintyvyys on noin 10 %, mutta sen vaikean muodon esiintyvyydestä ei ole toistaiseksi tutkittua tietoa (4). Rikoksista tuomituista nuorista enemmistöllä tiedetään olevan käytöshäiriö. Laajan yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan käytöshäiriöön oireilevista lapsista ja nuorista noin 10–32 % täyttää kriteerit tunnekyllmistä piirteistä (5).

Nuoruusiässä käytöshäiriöön liittyy runsasta oheissairastavuutta, tyyppisesti aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (ADHD), päihteiden käyttöhäiriöitä, mielialahäiriöitä, traumaperäinen stressihäiriö sekä erilaisia oppimishäiriöitä (6). Vaikean käytöshäiriön ennustetta on pidetty huonona: siihen on liitetty muun muassa aikuisiän epäsosiaalinen elämäntyyli, mielenterveys- ja päihdeongelmat, runsas somaattinen sairastavuus ja psykososiaaliset ongelmat kuten yleisväestöä heikompi koulutustaso, työllistymisvaikeudet, parisuhde- ja vanhemmuusongelmat sekä merkittävä ennenaikainen kuolleisuus (7,8). Hoito on koettu vaativaksi, sillä tälle potilasryhmälle ovat tyyppillisiä kokemus hoidon tarpeettomuudesta, vaikeus kiinnittyä hoitosuhteeseen ja hoidon keskeytykset.

Vaikeasti käytöshäiriöinen nuori lastensuojelun järjestelmässä

Vakavasti käytösoireilevat nuoret ohjautuvat ensisijaisesti lastensuojelun piiriin. Avohoidon tukitoimet eivät useimmiten ole heille riittäviä. Mikäli nuori on välittömässä vaarassa, esimerkiksi päihde- tai rikoskierteen takia, voidaan tehdä kiireellinen sijoitus, jonka enimmäispituus on 30 vuorokautta. Jakson jälkeen arvioidaan, onko kotiinpaluu nuoren kokonaisedun

TAULUKKO. Käytöshäiriö (ICD-10: F91)

G1. Toistuva ja pitkäaikainen käytösmalli, jossa rikotaan toisten perusoikeuksia tai iänmukaisen sosiaalisen käyttäytymisen perusnormeja tai -sääntöjä. Kesto vähintään 6 kuukautta, jolloin lapsella tai nuorella on muutamia seuraavista oireista:

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 tappeluja
 11. on käyttänyt asetta, joka voi aiheuttaa vakavaa fyysistä vahinkoa toisille
 12. viiptyy usein yömyöhään ulkona vanhempien kielloista huolimatta (alkanut ennen 13 vuoden ikää)
 13. kohdistaa toisiin ihmisiin fyysistä julmuutta
 14. kohdistaa fyysistä julmuutta eläimiin
 15. tuhoaa tahallaan muiden omaisuutta
 16. syyttää tarkoituksella tulipaloja, joissa vakavan vahingon riski
 17. varastaa tärkeitä tai arvokkaita tavaroita kotoa tai muualta, ei vahingoita uhria
 18. usein koulupinnausta (alkanut ennen 13 vuoden ikää)
 19. on karannut kodista tai sijaiskodista vähintään kahdesti ja on karannut kerran pidemmäksi aikaa kuin 1 yöksi
 20. tekee rikoksen uhria vahingoittaen
 21. pakottaa toisen henkilön sukupuoliyhteyteen kanssaan
 22. kiusaa ja pelottelee usein toisia
 23. murtautuu toisen henkilön asuntoon, muuhun rakennukseen tai autoon
- Kohdissa 11, 13, 15, 16, 20, 21 ja 23 mainittujen oireiden esiintyminen vain kerran riittää kriteerin täyttymiseen.

G2. Ei ole diagnosoitavissa seuraavia sairauksia: skitsofrenia (F20), mania (F30), depressio (F32), asosiaalinen persoonallisuushäiriö (F60.2), laaja-alaiset kehityshäiriöt (F84), hyperkineettiset häiriöt (F90), samanaikaiset käytös- ja tunnehäiriöt (F92), lapsuusiässä alkavat tunne-elämän häiriöt (F93).

Alkamisikä:

- Lapsuusiässä alkanut häiriö: vähintään 1 käytöshäiriön oireista alkanut ennen 10 vuoden ikää
- Nuoruusiässä alkanut häiriö: käytöshäiriöt eivät ole alkaneet ennen 10 vuoden ikää

Vakavuus:

- Lievä: diagnoosiin vaadittavien oireiden lisäksi ei yhtään oiretta tai vain muutamia, ja käytöshäiriö aiheuttaa vain vähäistä haittaa muille
- Keskivaikea: oireiden määrä ja vaikutukset vaihtelevat välillä lievä ja vaikea
- Vaikea: diagnoosiin vaadittavien oireiden lisäksi useita oireita tai käytöshäiriö aiheuttaa huomattavaa haittaa muille

mukaista. Tarvittaessa nuori otetaan huostaan, jolloin hän muuttaa asumaan perhehoitoon tai lastensuojelulaitokseen.

Lastensuojelun viimesijainen sijaishuolto- paikka on koulukoti, joka tarjoaa vaativan tason sijaishuoltoa sekä sisältää asumisen ja koulutoimen lisäksi perusterveydenhuollon palvelut ja psykologin ja psykiatrin peruspalvelut. Lisäksi koulukotien erityisen huolenpidon osastot (EHOT) tarjoavat enintään 90 vuorokautta kestävää huolenpitoa nuorille, jotka käytöksellään vakavasti vaarantavat omaa kasvuaan ja kehitys-

tään tai terveyttään ja jotka eivät ole muulla tavoin hoidettavissa. Yhteistyötä tehdään tarvittaessa erikoissairaanhoidon kanssa.

Vaikeasti käytöshäiriöisen nuoren hoito ja kuntoutus nuorisopsykiatrisessa erikoissairaanhoidossa

Lasten ja nuorten käytöshäiriöiden Käypä hoito -suositus on esittänyt suosituksen hoidon porrastuksesta ja työnjaosta (6). Tavallisesti

käytöshäiriöitä hoidetaan avohoidossa. Osastojaksoa harkitaan akuuteissa kriisitilanteissa (esimerkiksi itsetuhoisuus tai toisiin kohdistuvan väkivallan uhka) ja silloin, kun sitä tarvitaan diagnosoinnin tarkentamiseksi tai lääkehoidon aloitusta tai arviointia varten.

Erittäin vaikeissa hoitoa vaativissa tilanteissa käytetään kahta valtakunnallista erityisen vaikeahoitoisten alaikäisten tutkimus- ja hoitoyksikköä. Tutkimus ja hoito tällaisessa erityisyksikössä sisältää muun muassa laaja-alaiset, erityisesti väkivaltariskiä ja sen hallintaan saattamiseen kohdistuvat moniammatilliset tutkimukset, hoitajaksot tilanteissa, joissa käytöshäiriöön itsessään liittyy vakavia, turvaosasto-oloja vaativia samanaikaishäiriöitä sekä nuoruusiän kehitystehtävien onnistumista tukevat jatkohoitosuunnitelmat.

Suomen mielenterveyslain lähtökohta paikalle on aina hoidollinen. Alaikäinen voidaan määrätä tahdosta riippumattomaan hoitoon joko mielisairauden tai vakavan mielenterveyden häiriön perusteella, jos muut laissa mainitut kriteerit samalla täyttyvät. Molemmissa tapauksissa henkilön tulee olla hoidon tarpeessa siten, että hoitoon toimittamatta jättäminen olennaisesti joko pahentaisi hänen sairauttaan tai vaarantaisi vakavasti hänen tai muiden henkilöiden terveyttä tai turvallisuutta. Lisäksi ehtona on, että muut mielenterveyspalvelut eivät sovellu käytettäväksi (tai mielisairauden kyseessä ollessa ne ovat myös tai vaihtoehtoisesti riittämättömiä).

Akuuttitilanteissa käytöshäiriöisen alaikäisen tahdosta riippumaton hoito liittyy yleensä edellä mainittuun itsemurhavaaraan tai vakavaan väkivallan uhkaan. Pitkittyneissä tilanteissa tahdosta riippumaton hoito voi liittyä käytöshäiriöön, joka aiheuttaa merkittävää pitkäaikaista haittaa, kuten huomattavaa toimintakyvyn heikkenemistä tai kehityksen vakavaa häiriintymistä ja johon liittyy muu itsessään vakava mielenterveyden häiriö (9).

Vaikeasti käytöshäiriöisen nuoren hoito ja kuntoutus

Totunnaisen psykoterapiatyön lähtökohdat ovat heikot, sillä vakava käytösoireilu yhdistyy

usein paitsi motivaatio-ongelmiin myös nuoren heikkoon sanalliseen suoriutumiseen sekä vaikeuksiin tunteiden käsittelyssä (10). Kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan (KKT) pohjautuvat yksilö- ja ryhmämuotoiset interventiot ovat kuitenkin osoittautuneet käyttökelpoisiksi osalle vaikea-asteisin käytöshäiriöin oireilevista nuorista. Hoitomallit sisältävät ongelmanratkaisu- ja vuorovaikutustaitojen sekä vihanhallinnan harjoittelua.

Suomessa toistaiseksi käytetyin menetelmä on Aggression Replacement Training (ART), joka tähtää toiminnallisten harjoitusten kautta sosiaalisen, hyväksytyyn käyttäytymisen vahvistamiseen. Ryhmämuotoisina toteutettuina interventiot tulee suunnitella ja resursoida ohjaajien osalta asianmukaisesti, sillä heikosti ohjattu ryhmä voi jopa vahvistaa aggressiivista käyttäytymistä toimimalla epäsosiaalisten nuorten keskinäisenä keskustelu- ja verkostoitumispaikkana (11).

Käytöshäiriöiset nuoret, joilla on tunnekylmiä piirteitä, eivät välttämättä hyödy ART:stä, koska heidän aggressiivinen käytöksensä on usein luonteeltaan välineellistä eikä niinkään seurausta puutteellisesta impulssikontrollista. Haasteen muodostaa siis pikemminkin motivoitumattomuus väkivallasta pidättäytymiseen kuin hallinnan menetys.

Useita terapeuttisia lähestymistapoja yhdisteleviä eli multisysteemisiä perheterapeuttisia interventioita kuten multisysteemistä perheterapiaa (multisystemic therapy, MST), multidimensionaalista perheterapiaa (multidimensional family therapy, MDFT), funktionaalista perheterapiaa (functional family therapy, FFT) ja lyhyttä strategista perheterapiaa (brief strategic family therapy, BSFT) käytetään erityisesti vaikean käytöshäiriön hoidossa. Nämä interventiot ovat muokattavissa potilaan iän mukaan: varhaisnuoruusikäisten osalta hoidon keskiössä on perhe, kun taas vanhempia nuoria hoidettaessa fokus siirtyy enemmän kodin ulkopuolisiin verkostoihin, esimerkiksi kaveri- ja harrastuspiireihin sekä kouluun.

MST on määrällisesti eniten tutkittu interventio, mutta nykytiedon valossa mitään perhekeskeistä hoitomallia ei voitane pitää muita merkittävästi parempana. Suomeen on inter-

ventioista tuotu MDFT, jonka osalta on vahvaa näyttöä nuoren päihdeongelmien vähenemisestä sekä vähäisemmässä määrin myös koulunkäyntivaikeuksien, rikollisuuden, käytösongelmien ja internalisoivien ongelmien vähenemisestä (12).

Kodin ulkopuolelle sijoitetuille nuorille kehitetyistä malleista eniten tutkimusnäyttöä on treatment foster care (TFC) -menetelmistä. TFC:t ovat sijaisperheessä toteutettavia, nuorelle räätälöityjä hoito-ohjelmia, jotka tukevat nuoren kiinnittymistä sijoituspaikkaansa. Näistä eniten tutkittu on multidimensional TFC (MTFC), joka on hoitomalliin koulutetussa perhekodissa toteutettava, 6–9 kuukautta kestävä hoito-ohjelma, joka sisältää nuoren taitovalmennusta, tukea-antavaa terapiaa, koulun tukitoimia, perheterapiaa, biologisten vanhempien vanhempainohjausta, perhekodin vanhempien tukemista sekä tarvittaessa nuoren lääkehoitoa. TFC-menetelmien on todettu vähentävän sekä nuoren rikollista käyttäytymistä että psyykkisiä oireita (13).

Vakavasti käytösoireilevien nuorten elämänhistoriassa on usein monimuotoisia ja pitkäkestoisia traumaattisia kokemuksia. Traumahistoria voi yhdistyä tunteiden säätelyn ja impulssikontrollin vaikeuksiin, vireystilan vaihteluun sekä traumamuistojen hallitsemattomaan mieleen palaamiseen. Trauma altistaa taipumukselle kokea sekä vuorovaiikutustilanteet että ympäristö uhkaavina. Vaikka mikään traumainformoidun hoidon malli ei ole osoittautunut selvästi muita malleja tehokkaammaksi, hyvän traumainformoidun hoidon keskeisiä tekijöitä ovat nuoresta huolehtivien aikuisten traumatietoisuus, nuorten osallistamiseen panostaminen ja työntekijöiden hyvinvoinnista huolehtiminen (14).

Nuoren vaikeassa käytöshäiriössä lääkehoito saattaa osana muuta hoitoa edistää aggressiivisen ja impulsiivisen käyttäytymisen hallintaa sekä nuoren kykyä hyötyä psykososiaalisista hoidoista. Käytetyimpiä valmisteita ovat modernit psykoosilääkkeet, joista eniten tutkimusnäyttöä on risperidonista ja aripipratsolista, sekä mielialaa tasaavat lääkkeet, joista eniten tutkimusnäyttöä on kertynyt litiumista ja valproiinihaposta. Psykostimulantit ja atomokse-

tiini ilmeisesti vähentävät ja guanfasiini saattaa vähentää aggressiivisuutta ja käytösoireilua nuorilla, joilla on samanaikainen ADHD ja käytöshäiriö (6). Oheishäiriöiden asianmukainen hoito vähentää usein myös käytösoireilua.

Nuori rikosoikeudellisessa järjestelmässä

Rikosoikeudellinen vastuu alkaa Suomessa 15-vuotiaana. Yleisin nuorelle annettu rangaistus on sakko. Kun tekijä tuomitaan ehdolliseen vankeusrangaistukseen, se tarkoittaa, että rangaistuksen täytäntöönpanoa lykätään koeajaksi. Rikoksen alle 21-vuotiaana tehneelle nuorelle voidaan tuomita ehdollisen vankeuden oheisseuraamuksena valvonta, jos se on tarpeen uusien rikosten ehkäisemiseksi tai jos ehdollista vankeutta yksinään pidetään riittämättömänä rangaistuksena rikoksesta. Alle 18-vuotiaana tehdystä rikoksesta voidaan tuomita myös nuorisorangaistukseen, joka sisältää valvontatapaamisia, sosiaalista toimintakykyä edistävää ohjausta ja tukea sekä työelämään perehdyttämistä.

Toistaiseksi nuorisorangaistuksen käyttö on ollut suhteellisen vähäistä. Alle 18-vuotiaana tehdystä rikoksesta tuomitaan ehdottomaan vankeusrangaistukseen, jos painavat syyt sitä vaativat. Rangaistusta määrättäessä noudatetaan lievennettyä rangaistusasteikkoa, eikä alaikäistä henkilöä missään tilanteessa tuomita elinkautiseen vankeusrangaistukseen. Vuonna 2021 vankilaan päätyi joko tutkinta- vai vankeusvankina 38 alaikäistä nuorta (Rikosseuraamusviraston tilastot vuosilta 2019–2021), ja vuonna 2023 vastaavasti 74 (henkilökohtainen tiedonanto, Rikosseuraamusviraston erityisasiantuntija Marja-Liisa Muiluvuori). Alaikäisten vankien määrän on arvioitu lisääntyvän (15).

Alaikäisen vangin kuntoutus

Vankeuslaki määrää, että alaikäinen sijoitetaan sellaiseen vankilaan, jossa hänet voidaan pitää erillään aikuisista vangeista, ja että alle 21-vuotiaiden osalta on kiinnitettävä erityistä huomiota vangin iästä ja kehitysvaiheesta johtuviin tarpeisiin. Nuorille ja alaikäisille vangeille

suunnatuissa kuntouttavissa toiminnoissa korostuvat päihdekuntoutus, tunnesäätely- ja vuorovaikutustaitojen harjoittelu, vertaistuki, arjen taitojen harjoittelu, työ- ja askartelutoiminta, opiskelu ja opinnoissa tukeminen sekä liikunta.

Rikosseuraamusvirasto toteuttaa pääasiassa KKT-viitekehukseen pohjautuvia kuntoutusohjelmia, joiden, kuten myös dialektisen käyttäytymisterapian (DKT), on kansainvälisessä kirjallisuudessa todettu vähentävän vangittujen nuorten ei-toivottua käyttäytymistä (16–19). Toistaiseksi monet vangeille kohdennetut kuntouttavat toiminnot toteutuvat kuitenkin ulkopuolisten toimijoiden kuten seurakuntien, säätiöiden ja kolmannen sektorin järjestämien hankkeiden kautta. Myös nimenomaan alaikäisille suunnatut kuntoutusinterventiot vaativat vielä kehittämistä.

Vaikeasti käytöshäiriöinen nuori mielentilatutkimusprosessissa

Tuomioistuon on vuosina 2005–2022 määrännyt mielentilatutkimukseen yhteensä 47 alaikäistä henkilöä, joista tahdosta riippumattomaan nuorisopsykiatriseen hoitoon on määrätty lähes puolet. Hoitoon määrättyistä nuorista osa on epäsosiaalisen ja vaikean epävakaan persoonallisuushäiriön kehitysuralla olevia nuoria. Näiden nuorten oikeuspsykiatrisen hoito toteutuu yleensä edellä kuvatuissa erityisyksiköissä. Kun huomioidaan viime vuosina havaittu alaikäisten tekemien vakavien väkivaltarikosten määrän lisääntyminen (20), tulisi nykyistä useammin selvittää nuoren rikoksen taustalla oleva mahdollinen psykopatologia pyrkien tunnistamaan joukosta ne nuoret, joilla ilmenee syyntakeisuuteen mahdollisesti vaikuttavaa sairastavuutta (esimerkiksi psykoosisairaus, vakava masennus).

Valitettavasti suunta on ollut päinvastainen, sillä alaikäisten mielentilatutkimusten määrä on vuosikymmenten myötä vähentynyt (vuosittain keskimäärin 12 mielentilatutkimusta 1980-luvulla, kahdeksan 1990-luvulla, kuusi 2000-luvulla ja enää kolme vuosina 2010–2018) (Nina Lindberg, tutkimushavainto). Kansallinen mielentilatutkimukseen lähetettyjen nuorten rikollisten seurantatutkimus osoit-

Ydinasiat

- ▶ Nuoren vaikean käytöshäiriön ja tunnekyllmyyden hoito on erittäin vaativaa.
- ▶ Eniten tieteellistä näyttöä on kertynyt kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan ja multisysteemiseen perheterapiaan pohjautuvista interventioista.
- ▶ Teknologia-avusteiset interventiot voivat motivoida ja auttaa nuoria kiinnittymään terapiaan paremmin kuin tavanomaiset terapiat.
- ▶ Laitokseen sijoitetuille nuorille, joilla on käytöshäiriön ja tunnekyllmiä piirteitä, kehitetty myötätuntoterapiaan pohjautuva hoito-ohjelma on lupaava menetelmä.

ti, että vakavassa käytösoireilussa voi olla myös kysymys myöhemmin kehittyvän psykoosisairauden esioireilusta (21). Tämä havainto korostaa henkilön psykiatrisen voiminnan seurannan tärkeyttä myös rikosoikeudellisessa järjestelmässä.

Uusia hoito- ja kuntoutusmenetelmiä

Tunnekyllmyyteen tulisi pyrkiä vaikuttamaan jo lapsuusiässä, jolloin yksilön käyttäytyminen ei ole vielä muuttunut epäsosiaalseksi, mutta viimeistään nuoruusiässä, jolloin yksilön aivojen rakenteiden (esimerkiksi mantelitulmakkeet ja otsalohko) ja näiden välisten hermoyhteyksien kypsyminen on vielä kesken ja persoonallisuuden kehitykseen voidaan vielä vaikuttaa (22,23).

Portugalissa Coimbran yliopistossa kehitettiin interventio-ohjelma (PSYCHOPATHY.COMP) nimenomaan laitokseen sijoitetuille nuorille, joilla on sekä vakavaa käytösoireilua että tunnekyllmiä piirteitä. Ohjelma perustuu myötätuntokeskeiseen terapiaan (compassion-focused therapy, CFT) ja on suunniteltu vähentämään tunnekyllmiä piirteitä opettamalla nuorelle tunnesäätelytaitoja sekä aktivoimalla nuoren myötätuntoa itseään ja muita ihmisiä

kohtaan. Kontrolloidussa tutkimuksessa havaittiin, että ohjelma vähensi tunnekyelmiä piirteitä tehokkaammin kuin tavanomainen laitoksen tarjoama kuntoutus (24). Lisäksi nuorten sosiaalisen turvallisuuden tunne sekä myötätunto itseä ja muita kohtaan lisääntyivät (25). Tulokset säilyivät puolen vuoden seurannassa (24). Yhdysvaltojen oikeusministeriö lisäsi PSYCHOPATHY.COMP-intervention lupaavien hoitomenetelmien listalleen tammikuussa 2024.

Teknologian hyödyntäminen mielenterveyden häiriöiden hoidossa on viime aikoina lisääntynyt huomattavasti. Teknologia-avusteiset interventiot voivat motivoida ja auttaa nuoria kiinnittymään terapiaan paremmin kuin totunnaiset terapiat. Taitoharjoittelu on digitaalisessa ympäristössä interaktiivista, konkreettista ja kokemuksellista, mikä mahdollistaa kielellisten ja kognitiivisen reflektion haasteiden huomiointamisen. Interventio voidaan myös räätälöidä nuoren yksilöllisten haasteiden ja kehitystarpeiden mukaisesti.

Teknologia-avusteisista interventioista vakavien käytöshäiriöiden hoidossa on kertynyt vasta vähän näyttöä, mutta niihin liittyvä tutkimus lisääntyy koko ajan (26). Teknologia-avusteisista interventioista saatavan reaaliaikaisen biopalautteen (biocueing) käytöstä on julkaistu lupaavia tuloksia sekä tunteiden tunnistamisen vaikeuksien että käytösoireiden hoidossa (27). Biopalaute perustuu fysiologisten parametrien mittaamiseen esimerkiksi rannetietokoneen tai älyvaatteiden avulla, ja mikäli arvot poikkeavat käyttäjän vireystilan parantuessa, käyttäjä saa siitä välittömän palautteen. Tämä opettaa käyttäjää havainnoimaan ja tunnistamaan omia tunteitaan ja fysiologisia muutoksiaan sekä sitä kautta hallitsemaan tunteitaan ja käyttäytymistään aiempaa paremmin.

Virtuaalitodellisuuden (VR) hyödyntämisestä eri mielenterveyshäiriöiden hoidossa on saatu viime vuosina lupaavaa näyttöä (28). VR mahdollistaa esimerkiksi pelottavien tai aggressiota herättävien tilanteiden simuloimisen turvallisuudessa ympäristössä, jolloin tunnetaitoja voidaan harjoitella asteittain käyttäjän yksilölliset tarpeet huomioiden. Käytöshäiriöiden osalta tutkimus on vielä vähäistä, mutta tulokset ovat

olleet lupaavia vihanhallinnan, impulsiivisuuden ja vihamielisyyden vähentämisessä taitoharjoittelun avulla (29).

Lopuksi

Vaikean käytöshäiriön ja tunnekyllmyyden enustetta on pidetty huonona ja hoitoa erittäin vaativana. Uusimmat hoito- ja kuntoutusmenetelmät ja niihin liittyvä tutkimus antavat kuitenkin toivoa siitä, että näistä häiriöistä kärsivät nuoret voivat oppia uusia keinoja tunnistaa ja hallita tunteitaan sekä käytöstään. ■

NINA LINDBERG, LKT, professori, osastonylilääkäri
Helsingin yliopisto ja HUS

RIITAKERTTU KALTIALA, LT, professori, ylilääkäri
Tampereen yliopisto, TAYS ja Vanhan Vaasan sairaala

MARKO LINDBERG, oikeuspsykiatrian erikoislääkäri, ylilääkäri
THL

JENNI KAUNOMÄKI, psykologian maisteri, väitöskirjatutkija
Vankiterveydenhuolto ja HUS

MIRVA HEIKKILÄ, psykologian maisteri, väitöskirjatutkija
Helsingin yliopisto ja THL

MARKO MANNINEN, PsT, dosentti, tutkimuspäällikkö
THL

VASTUUTOIMITTAJA
Jaana Suvisaari

SIDONNAISUUDET

Nina Lindberg: Ei sidonnaisuuksia

Riittakerttu Kaltiala: Apuraha (Wihurin säätiö, Suomen Kulttuurirahasto, Lastentautien tutkimussäätiö, Tays koulutussäätiö, Tays tukisäätiö, Tays VTR), luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Cass review, advisory board member; NHS England, Gender dysphoria training programme oversight group, member), korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Society for Evidence Based Gender Medicine), luottamustoimet (EFCAP Finland, EFCAP EU), hankkeet (Pirkanmaan hyvinvointialue: strategian toimeenpanoryhmä, lasten nuorten ja perheiden palvelut)

Marko Lindberg: Muut sidonnaisuudet (Orion Oy, Oriola Oy osakeomistus)

Jenni Kaunomäki: Hankkeet (IMAGINE-hanke)

Mirva Heikkilä: Hankkeet (IMAGINE-hanke)

Marko Manninen: Luottamustoimet (Revion YKS-hanke ohjausryhmä, Palvelukeskus Telakka ohjausryhmä, Valtion Koulukotien oppilashuollon ohjausryhmä, Aikalisä yhteistyöryhmä varajäsen) hankkeet (IMAGINE-hanke)

KIRJALLISUUTTA

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Association. Arlington: American Psychiatric Press 2013.
2. Manual of the international statistical classification of diseases, injuries, and causes of death. Geneva: World Health Organization 1992.
3. Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. Geneva: World Health Organization 2024. www.who.int/publications-detail-redirect/9789240077263.
4. Fairchild G, Hawes DJ, Frick PJ, ym. Conduct disorder. *Nat Rev Dis Primers* 2019;5:43.
5. Kahn RE, Frick PJ, Youngstrom E, ym. The effects of including a callous-unemotional specifier for the diagnosis of conduct disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 2012;53:271–82.
6. Käytöshäiriöt (lapset ja nuoret). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen lastenpsykiatriyhdistyksen, Suomen nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Psykiatriyhdistyksen Nuorisopsykiatrian jaoksen asettama työryhmä. Käypä hoito- suositus. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2018. www.kaypahoito.fi.
7. Manninen M, Pankakoski M, Gissler M, ym. Adolescents in a residential school for behavior disorders have an elevated mortality risk in young adulthood. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2015;9:46.
8. Lindberg N, Miettunen J, Heiskala A, ym. Mortality of young offenders: a national register-based follow-up study of 15- to 19-year-old Finnish delinquents referred for forensic psychiatric examination between 1980 and 2010. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2017;11:37.
9. Kaltiala-Heino R. Alaikäisten tahdosta riippumaton hoito. Mitä mielenterveyslain käsite vakava mielenterveyden häiriö alaikäisillä tarkoittaa? *Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä* 2003;7:1236–2115.
10. Manninen M. Koulukotiin sijoitettujen nuorten psykiatrisen oirekuva ja ennuste. Helsinki: THL 2013.
11. Mogk H, Röning T, Reiman-Möttönen P, ym. Auttaako käyttäytymisterapeuttinen ryhmäterapia aggressiivisesti käyttäytyvää nuorta? *Suom Lääkäril* 2016;71:1240–1.
12. MDFT – monimuotoinen perheterapeuttinen työskentely. Kasvun tuki. Helsinki: Itsenäisyyden juhluvuoden lastensäätiö 2016. <https://kasvuntuki.fi/menetelmät/mdft/>.
13. Kraav SL, Kekkonen V, Vornanen R, ym. Kuinka sijoitettujen nuorten mielenterveyttä voi tukea? *Suom Lääkäril* 2022;77:2183–86.
14. Laajasalo T, Manninen M. Väkivaltaa ja kaltoinkohtelua kokeneiden sijoitettujen nuorten traamakokemukset ja hoito. Kirjassa: Heino T, toim. Mikä auttaa? Tutkimusperustaiset ja käytännössä olevat toimivat työmenetelmät teininä sijoitettujen lasten hoidossa. Helsinki: THL 2020, s. 118–26.
15. Muurinen T. Alaikäiset ja nuoret vangit: Alaikäisten ja nuorten vankien vankilaan/vankiosastolle sijoittaminen sekä toimintojen ja turvallisuuden varmistaminen. Rikosseuraamuslaitoksen monisteita 5/2021. Helsinki: Rikosseuraamuslaitos 2021.
16. Gagnon JC, Ruiz E, Mathur SR, ym. Interventions addressing incarcerated youth behavior: a review of literature. *Am J Orthopsychiatry* 2022;92:405–17.
17. Feindler E, Byers A. CBT with juvenile offenders: a review and recommendations for practice. Kirjassa: Tafate RC, Mitchell D, toim. A handbook for clinical practice. New Jersey: John Wiley & Sons 2014, s. 354–76.
18. Quinn A, Shera W. Evidence-based practice in group work with incarcerated youth. *Int J Law Psychiatry* 2009;32:288–93.
19. Shelton D, Kesten K, Zhang W ym. Impact of a dialectic behavior therapy- corrections modified (DBT-CM) upon behaviorally challenged incarcerated male adolescents. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2011;24:105–13
20. Kaakinen, M, Näsi, M. Nuorisorikollisuuden esiintyvyys ja tekomäärät Suomessa 1995–2020. *Kriminologia* 2021;1:5–19.
21. Lindberg N, Miettunen J, Heiskala A, ym. Serious delinquency and later schizophrenia: a nationwide register-based follow-up study of Finnish pretrial 15- to 19-year-old offenders sent for a forensic psychiatric examination. *Eur Psychiatry* 2017;44:173–8.
22. Frick PJ, Ray JV, Thornton LC, ym. Can callous-unemotional traits enhance the understanding, diagnosis, and treatment of serious conduct disorder problems in children and adolescents? A comprehensive review. *Psychol Bull* 2014;140:1–57.
23. Anderson NE, Kiehl KA. Psychopathy: developmental perspectives and their implications for treatment. *Restor Neurol Neurosci* 2014;32:103–17.
24. da Silva DR, Rijo D, Brazao N, ym. The efficacy of the PSYCHOPATH.COMP Program in reducing psychopathic traits: a controlled trial with male detained youth. *J Consult Clin Psychol* 2021;89:499–513.
25. Ijo D, da Silva DR, Brazao N, ym. Promoting a compassionate motivation in detained youth: a secondary analysis of a controlled trial with the PSYCHOPATHY.COMP program. *Pers Disord* 2022;14:223–36.
26. Kip H, Bouman YHA, Kelders SM, ym. eHealth in treatment of offenders in forensic mental health: a review of current state. *Front Psychiatry* 2018;9:42.
27. Ter Harmsel JF, Noordzij ML, Goudriaan AE ym. Biocuing and ambulatory biofeedback to enhance emotion regulation: a review of studies investigating non-psychiatric and psychiatric populations. *Int J Psychophysiol* 2021;159:94–106.
28. Dellazzio L, Potvin S, Luigi M, ym. Evidence on virtual reality-based therapies for psychiatric disorders: meta-review of meta-analyses. *J Med Internet Res* 2020;22:e20889.
29. Sygel K, Wallinius M. Immersive virtual reality stimulation in forensic psychiatry and adjacent clinical fields: a review of current assessment and treatment methods for practitioners. *Front Psychiatry* 2021;12:673089.