

<https://helda.helsinki.fi>

Nuorten käytöshäiriöt: arviointi ja hoito

Ebeling, Hanna

2004

Ebeling , H , Hokkanen , T , Tuominen , T , Kataja , H , Henttonen , A & Marttunen , M J
2004 , ' Nuorten käytöshäiriöt: arviointi ja hoito ' , Duodecim , Vuosikerta. 120 , Nro 1 , Sivut
33-42 . < <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo94011> >

<http://hdl.handle.net/10138/297749>

publishedVersion

Downloaded from Helda, University of Helsinki institutional repository.

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.

Nuorten käytöshäiriöiden arviointi ja hoito

Hanna Ebeling, Tiina Hokkanen, Tiina Tuominen, Helena Kataja, Antti Henttonen ja Mauri Marttunen

Nuoruusiän käytöshäiriöt ovat yleisiä, ja pahimmillaan ne vaarantavat vakavasti nuoren sosiaalisia suhteita, koulunkäyntiä ja terveyttä. Osa nuoruusiässä alkaneista käytöshäiriöistä rajoittuu tähän ikäkauteen, mutta osa nuoruuden käytöshäiriöistä on alkanut jo lapsuudessa ja niistä vakavimmilla on taipumus jatkua vielä aikuisuudessa. Käytöshäiriöihin liittyy useimmiten myös muita mielenterveyden ongelmia. Ne lisäävät rikosten, päihteiden käytön ja epäsosiaalisen persoonallisuuden kehittymisen riskiä.

Suomessa käytössä oleva ICD-10-tautiluokitus erottaa neljä käytöshäiriön alatyyppejä (taulukko 1): perheensisäisen, epäsosiaalisen ja sosiaalisen käytöshäiriön sekä uhmakkuushäiriön. Yhdysvaltojen psykiatriyhdistyksen kehittämässä ja meilläkin osin tutkimuskäytössä olevassa DSM-IV:ssä ei käytöshäiriötä jaeta alatyyppeihin.

Epäsosiaaliselle käytöshäiriölle on tunnusomaista integroitumattomuus vertaisryhmään. Sosiaalista käytöshäiriötä potevalla nuorella on riittäviä, kestäviä ikätoverisuhteita, ja hän on hyvin sopeutunut vertaisryhmäänsä. Uhmakuushäiriön diagnostiset kriteerit ovat sekä ICD-10:ssä että DSM-IV:ssä lievemmät kuin muiden käytöshäiriötyyppien (ICD-10) tai käytöshäiriön (DSM-IV) (taulukko 2). Uhmakuushäiriölle on tyypillistä sellaisen käyttäytymisen puuttuminen, jossa rikotaan lakia tai muiden perusoikeuksia. Oireilu on enemmänkin vastahankaisuutta, vihamielisyyttä ja uhmakkuutta. Uhmakuushäiriön katsotaan esiintyvän tyypillisesti 9–10-vuotiailla ja mahdollisesti edeltävän muuta käytöshäiriötä. ICD-10 luokittelee erikseen kaksi käytöshäiriöiden ja muiden häiriöiden yhdistelmää: masennusoireisen käytöshäi-

riön ja hyperkineettisen käytöshäiriön. Käytöshäiriöoireita voi esiintyä myös esimerkiksi sopeutumishäiriöissä. Käytöshäiriödiagnoosin keskeinen edellytys on käytöshäiriöoireilun pitkäkestoisuus (taulukko 1).

Arviointi

Käytösongelmaisen nuoren kliinisen arvioinnin tavoitteena on diagnoosin ohella selvittää tarkemmin käytöshäiriön luonne ja vaikeusaste, todeta mahdolliset muut häiriöt sekä muodostaa käsitys häiriöiden syistä ja taustatekijöistä ja nuoren vahvuuksista ja tarpeista. Luotettavan kokonaiskuvan saamiseksi on tärkeää käyttää useita eri tietolähteitä (nuori itse, koulu, vanhemmat, viranomaiset ja sisarukset) sekä eri arviointimenetelmiä, kuten strukturoituja ja strukturoimattomia haastatteluja, käyttäytymisen havainnointia ja kyselylomakkeita (Frick 1998). Taulukkoon 3 on koottu käytösongelmaisen nuoren arvioinnin eri osa-alueet.

Nuoruusikäisen oireillessa on keskeistä arvioida myös se kehitysvaihe, jota nuori elää. Aktiivisinta kapinointia ja irtaantumisvaihetta elävä nuori voi ohimenevästi ilmentää ongelmiaan

Taulukko 1. Käytöshäiriön (F91) diagnostiset kriteerit ICD-10:n mukaan (Psykiatrian luokituskäsi kirjä 1997).

- A. Toistuva ja pitkäaikainen käytösmalli, jossa rikotaan toistuvasti toisten perusoikeuksia tai iänmukaisen sosiaalisen kanssakäymisen perusnormeja tai -sääntöjä. Kesto vähintään kuusi kuukautta, jolloin lapsella tai nuorella on muutamia seuraavista oireista:
1. kiukkukohtaukset
 2. riitelee usein aikuisten kanssa
 3. uhmaa aikuisen sääntöjä tai pyyntöjä usein
 4. ärsyttää toisia tahallaan usein
 5. syyttää toisia omista virheistä usein
 6. suuttuu herkästi
 7. usein vihainen
 8. usein ilkeä tai kostonhaluinen
 9. valehtelee usein
 10. aloittaa usein fyysisiä tappeluita
 11. on käyttänyt asetta, joka voi aiheuttaa toisille vakavaa fyysistä vahinkoa *
 12. viipty usein yömyöhään ulkona
 13. kohdistaa toisiin ihmisiin fyysistä julmuutta *
 14. kohdistaa eläimiin fyysistä julmuutta
 15. tuhoaa tahallaan muiden omaisuutta *
 16. sytyttää tarkoituksella tulipaloja *
 17. varastaa tärkeitä tai arvokkaita tavaroita
 18. pinnaa usein koulusta
 19. karannut kotoa
 20. tekee rikoksen uhria vahingoittaen *
 21. pakottaa toisen henkilön sukupuoliyhteyteen kanssaan *
 22. kiusaa ja pelottelee usein toisia
 23. tekee murron *
- B. Ei ole diagnosoitavissa skitsofreniaa, maniaa, depressiota, asosiaalista persoonallisuushäiriötä, laaja-alaista kehityshäiriötä, hyperkineettistä häiriötä, samanaikaista käytös- ja tunnehäiriötä tai lapsuusiässä alkavaa tunne-elämän häiriötä.

* Tähdellä merkittyjen oireiden esiintyminen vain kerran riittää kriteerin täyttymiseen.

käytöshäiriöoireilla. Jos taas käytöshäiriö on pitkälinen, ilmenee nuoruusiän myöhemmissä vaiheissa tai estää nuoruusiän kehitystä esimerkiksi siten, että nuori ei pysty muodostamaan rakentavia ikätoverisuhteita, käymään koulua ja itsenäistymään, oireet kertovat vakavammasta häiriöstä.

Esiintyvyys ja ennuste

Nuoruusikäisiä koskevissa tutkimuksissa, joissa tutkittavien ikä vaihteli 12:sta 17 vuoteen, käytöshäiriöiden esiintyvyys vaihteli noin välillä 2–

Taulukko 2. Käytöshäiriön (312.8) diagnostiset kriteerit DSM-IV:n (Diagnostiset kriteerit 1997) mukaan.

- A. Toistuva ja itsepäinen muiden oikeuksia ja ikäryhmän tärkeitä sosiaalisia normeja rikkova käyttäytymismalli, joka ilmenee kolmen tai useamman seuraavan kriteerin täyttymisenä viimeisten 12 kuukauden aikana ja ainakin yhden täyttymisenä viimeisten kuuden kuukauden aikana.
- Aggressiivisuus ihmisiä tai eläimiä kohtaan (22,10,11,13,14, 20,21) ¹
- Omaisuu den tuhoaminen (16,15) ¹
- Viipillisuus tai varkaus (23,9,17) ¹
- Vakava sääntöjen rikkominen (12,19,18) ¹
- B. Käyttäytymishäiriöt aiheuttavat kliinisesti merkittävää haittaa sosiaalisessa, koulutuksellisessa tai ammatillisessa toiminnassa.
- C. Jos yksilö on 18-vuotias tai vanhempi, kriteerit eivät vastaa epäsosiaalista persoonallisuutta.

¹ Suluissa olevat numerot viittaavat vastaaviin ICD-10:n kriteereihin.

12 % (Loeber ym. 2000). Erot selittyvät osittain eri tutkimuksissa käytettyjen häiriön kriteerien eroilla. Käytöshäiriöt ovat nuoruusikäisillä pojilla joissain määrin yleisempiä kuin tyttöillä (Loeber ym. 2000). Yhdysvaltalaisessa kaksostutkimuksessa on todettu 1960- ja 1970-luvuilla syntyneillä esiintyneen nuoruusiässä enemmän käytöshäiriöoireita kuin 1940- ja 1950-luvuilla syntyneillä (Jakobson ym. 2000). Perheeseen ja ympäristöön liittyvät tekijät käytöshäiriöitä ennustavina tekijöinä ovat samalla voimistuneet.

Osalla nuoruusiän käytöshäiriöistä on vahva taipumus jatkua aikuisuuteen, jolloin ongelmat ilmenevät impulsiivisuutena, persoonallisuushäiriönä, päihitteiden käyttönä ja rikollisuutena. Häiriöihin liittyy usein myös ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta. Osa nuorten käytöshäiriöistä on alkanut jo lapsuudessa, ja kyseiset nuoret ovat usein olleet vaikeita ja ärsyntyviä jo pieninä. Näiden käytöshäiriöiden ennuste on huonompi kuin nuoruudessa alkaneiden. Lapsuudessa alkaneet käytöshäiriöt ilmenevät nuoruusiässä usein esimerkiksi rikollisena käyttäytymisenä (Fergusson ym. 1993) ja edelleen aikuisiässä jopa 35–40 %:lla epäsosiaalisena persoonallisuutena ja sosiaalisina ongelmina (Zoccolillo ym. 1992). Näyttää siltä, että epäsosiaa-

Taulukko 3. Käytöshäiriöisesti oireilevan nuoren arviointi (Steiner ym. 1997, Frick 1998).

Arvioinnin kohde	Erityisesti huomioitavia seikkoja
Nuoren kehitys-anamneesi	Prenataaliset vaiheet, synnytys ja varhaisvaiheiden kehitys Lapsuus- ja nuoruusiän fyysinen ja psyykinen kehitys (erityisesti kiintymyssuhde, temperamentti, keskittymiskyky, impulssikontrolli, aggression hallinta, uhmakkuus) Ikätoverisuhteet Mahdollinen psyykinen, fyysinen ja seksuaalinen kaltoinkohtelu Käytöshäiriöiden alkamisajankohta, laatu ja kehitys Käytöshäiriöiden aiheuttama haitta toimintakyvylle Päihteiden käyttö Somaattiset sairaudet ja vammat (erityisesti keskushermoston osalta)
Perheolosuhteet	Vanhempien psykopatologia (erityisesti depressio, päihdehäiriöt, epäsosiaalinen käyttäytyminen) Vanhempien parisuhde, kasvatusmenetelmät, ja vanhemmuus Perheen sosiaaliset suhteet Perhetason kuormitustekijät Perheen selviytymiskeinot
Kouluanamneesi	Koulumenestys Poissaolot
Nuoren psyykinen tila	Kyky kiinnittyä ja luottaa toiseen ihmiseen Empatiakyky Impulssinhallintakyky Kognitiiviset kyvyt Ahdistuneisuus Mieliala, itsetunto ja itsemurha-alttius Kyky ottaa vastuu omasta toiminnasta Negatiivisten tunteiden käsittely ja hallinta Syyllisyyden kokeminen Paranoidiset ajatukset Dissosiativiset oireet Ympäristön ja toisten ihmisten toiminnan väärintulkinta
Nuoren fyysinen tila	Murrosiän kehitysaste Mahdolliset kehitysongelmat Mahdolliset sairaudet

lista käyttäytymistä sisältävät ei-aggressiiviset käytöshäiriöt ja toisaalta vakavat aggressiiviset teot liittyvät nimenomaan nuoruusiän, vaikka osa aggressiivisuudesta, esimerkiksi tappeleminen, on jo kehityksen myötä vähentynyt (Lahay ym. 1998). Osa nuoruudessa alkaneista lievemmistä käytösongelmista rajoittuu nuoruusiän.

Etiologia

Perinnöllisillä tekijöillä on ilmeinen vaikutus aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön (Faraone

ja Doyle 2001) sekä aggressiivisuuden (Cadoret ym. 1997) syntyyn. Raskauteen ja syntymään läheisesti liittyvät tekijät, kuten pieni syntymäpaino (ilmeisesti osittain hapenpuutteen pohjalta) ja äidin tupakointi raskauden aikana, lisäävät käytöshäiriön riskiä (Räsänen ym. 1999, Hille ym. 2001). Lukemisen erityisvaikeudet ja varhainen puberteetti näyttävät liittyvän nuoruusiäisten tyttöjen käytöshäiriöihin (Burke ym. 2002). Ympäristötekijät, kuten alhainen sosiaaliryhmä, vanhempien rikollinen tausta, vanhempien psyykkiset ongelmat, työttömyys ja perheen epäsopeus, ovat käytöshäiriöiden riskitekijöitä

(Biederman ym. 1995, Cadoret ym. 1995). Geneettisten ja ympäristötekijöiden vaikutusta on vaikea erottaa toisistaan, sillä epäsosiaalisten vanhempien perheissä kehityksen riskitekijät (Meyer ym. 2000), kuten lasten laiminlyönti ja pahoinpity, vihamieliset kasvatusasenteet tai huolenpidon puute, lisäävät lasten ja nuorten käytöshäiriöiden riskiä. Samalla nämä ongelmat voivat kertoa siitä, että vanhemmilla on samankaltaisia geneettisiä tekijöitä kuin heidän käytöshäiriöstä kärsivillä lapsillaan. Käytöshäiriöihin liittyy aiempia traumaattisia kokemuksia, ja toisaalta käytöshäiriö altistaa traumaalle (Reebye ym. 2000). Ikätovereilla on suuri merkitys nuorelle, ja epäsuotuisa ystäväpiiri voi vetää nuoren käytösongelmiin (McCabe ym. 2001).

Moniin käytöshäiriön riskitekijöihin liittyy nuoren kokema deprivatiota. Nuorten käytöshäiriöitä ja epäsosiaalista taipumusta onkin pidetty myös toivon merkinä – pyrkimyksenä muuttaa ympäristön toimintaa siten, että se tarjoaisi nuoren tarvitsemää turvaa ja huolenpitoa (Winnicott 1990). Huolenpito, joka sisältää myös tarvittavia selkeitä rajoja, auttaa nuorta saamaan otteen omasta kehityksestään. Taipumuksesta epäsosiaalisuuteen eroaa pitemmälle kiteytynyt epäsosiaalisuus, jonka hoitaminen on selvästi vaikeampaa ja joskus lähes mahdotonta.

Muiden samanaikaisten häiriöiden vaikutus ennusteeseen

Näyttää olevan enemmän sääntö kuin poikkeus, että nuorten käytöshäiriöihin liittyy jokin muu mielenterveyden häiriö (Frick 1998), ja nuoruusikäisillä tytöillä tällaisen samanaikaisen häiriön riski on suurempi kuin pojilla (Loeber ym. 2000). Yhtäaikaisten häiriöiden diagnosointi ja huomioiminen on tärkeää, koska ne vaikuttavat käytöshäiriöiden oirekuvaan, kulkuun ja vakavuuteen sekä hoidon toteuttamiseen.

Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö (attention deficit and hyperactivity disorder, ADHD) on yleisimmin käytöshäiriön kanssa esiintyvä häiriö, joka alkaa ennen kouluikää ja on näin altistamassa käytöshäiriölle. Valtaosa nuorten ADHD:tä koskevista tutkimuksista käsittelee sekä lapsia että nuoria, ja kliinisissä ai-

neistoissa 65–90 %:lla käytöshäiriöisistä on tässä ikäryhmässä ADHD (Frick 1998). ADHD:n esiintyvyydeksi väestötutkimuksissa on arvioitu 2–9 % (Biederman ym. 1991), ja poikien ja tyttöjen suhdeluku vaihtelee välillä 4:1–9:1 (Keller ym. 1992).

ADHD:llä ja käytöshäiriöllä on todettu yhteisiä geneettisiä taustatekijöitä, mutta käytöshäiriöön näyttävät vaikuttavat selvemmin myös sellaiset ympäristötekijät, kuten sosiaaliset ja perheeseen liittyvät ongelmat, jotka eivät vaikuta ADHD:hen (Thapar ym. 2001). ADHD:hen liittyvät käytöshäiriöt esiintyvät yleisimmin myöhäisessä lapsuudessa tai varhaisnuoruudessa, mutta käytöshäiriö alkaa ADHD:stä kärsivillä lapsilla kuitenkin nuoremmalla iällä kuin muilla. ADHD näyttää lisäävän selvemmin tyttöjen käytöshäiriön riskiä (40-kertaiseksi) kuin poikien riskiä (14-kertaiseksi) (Szatmari ym. 1989). ADHD:n esiintyvyys vähenee iän myötä sekä tytöillä että pojilla, kun taas käytöshäiriön esiintyvyys kasvaa lapsuudesta nuoruuteen siirryttäessä (Loeber ja Keenan 1994).

Käytöshäiriön ja aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön yhtäaikaisuus huonontaa ennustetta ja lisää rikollisuuden riskiä (Babinski ym. 1999). Etenkin miehillä käytöshäiriöihin liittyy vakavia ihmisiin kohdistuneita rikoksia, ja hyperaktiivisuus-impulsiivisuuteen suurentunut vaara syyllistyä yleisen järjestyksen vastaisiin ja omaisuusrikoksiin (Babinski ym. 1999).

Ahdistuneisuushäiriöt. Käytöshäiriö näyttää lisäävän erityisesti tyttöjen riskiä sairastua ahdistuneisuushäiriöön murrosiän jälkeen (Loeber ja Keenan 1994). Pojilla käytöshäiriön ja ADHD:n yhtäaikaisuus lisää ahdistuneisuushäiriön ja depression vaaraa (Loeber ym. 2000). Ahdistuneisuushäiriö näyttää toisaalta toimivan tavallaan suojaavana tekijänä, sillä nuoruuden ahdistuneisuushäiriö ja estyneisyys suojaavat myöhemmältä epäsosiaaliselta käytökseltä. Varsinkin poikien yhtäaikaiseen käytös- ja ahdistuneisuushäiriöön liittyy vähemmän sosiaalista haittaa kuin pelkkään käytöshäiriöön (Walker ym. 1991).

Mielialahäiriöt. Käytöshäiriöihin on todettu liittyvän vakavaa masennusta noin 15–25 %:lla nuorista (Marmorstein ja Iacono 2003). Näiden häiriöiden ilmaantumisympäristöstä on ristiriit-

taisia tutkimustuloksia, mutta yleisempi käsitys on, että käytöshäiriö edeltää depression kehittymistä (Loeber ja Keenan 1994). Käytöshäiriöön liittyvien vuorovaikutusongelmien ja toistuvien koulussa ja ystäväpiirissä saatujen epäonnistumisen kokemusten on ajateltu altistavan depressionille (Frick 1998). Osa nuoruusiässä alkavista käytöshäiriöistä, joihin ei liity aggressiivista käyttäytymistä, pidetään sekundaarisina depression suhteen (Loeber ym. 2000). Pojilla näitä häiriöitä esiintyy useammin yhtä aikaa esinuuressa, tytöillä tätä myöhemmin.

Käytöshäiriö ja depressio ennakoivat yhdessä esiintyessään huonompaa sosiaalista selviytymistä kuin kumpikin yksinään (Renouf ym. 1997), ja ne lisäävät merkittävästi itsetuhoisuuden (Marttunen ja Pelkonen 2000) ja myöhemmän epäsosiaalisen persoonallisuuden häiriön sekä huumeriippuvuuden ja alkoholismien riskiä (Fombonne ym. 2001).

Kaksisuuntaiset mielialahäiriöt ovat nuoruusiässä usein alidiagnosoituja ja voivat peittyä käytöshäiriön alle (Geller ja Luby 1997). Nämä häiriöt voivat myös esiintyä yhtäaikaisesti. Faraonen ym. (1997) tutkimuksessa 35–40 %:lla maanisista nuorista oli diagnosoitavissa erillinen käytöshäiriö, ja suurempiakin lukuja on esitetty. Käytöshäiriöisillä nuorilla saattaa esiintyä kohonneen mielialan jaksoja, jolloin esimerkiksi rikolliset teot ovat mahdollisia ilman, että kyseessä on kaksisuuntainen mielialahäiriö. Niinpä nuorten mielialan vaihteluiden tulkitsemisessa kaksisuuntaisen mielialahäiriön oireiksi tulee olla varovainen (Loeber ym. 2000). Myös ADHD voi esiintyä yhtä aikaa kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja käytöshäiriön kanssa (Farone ym. 1997).

Päihde- ja persoonallisuushäiriöt. Käytöshäiriö lisää päihdeiden käytön ja epäsosiaalisen persoonallisuuden kehittymisen riskiä (Disney ym. 1999, Kasen ym. 1999). Erityisesti tytöillä esiintyy epävakaata persoonallisuutta. Yleisväestöä koskevista tutkimuksista 25–65 %:lla päihdehäiriöisistä nuorista on todettu käytöshäiriö (Marttunen ja Lönnqvist 2001). Varsinkin myöhäisnuoruuteen jatkuvat käytöshäiriöt lisäävät päihdeiden käytön riskiä, ja toisaalta käytöshäiriöstä kärsivä lapsi tai nuori on altis ajautu-

maan päihderiippuvuuteen nuorena ja päätyämään päihdeiden sekakäyttöön (Frick 1998, Disney ym. 1999). Poikien käytöshäiriön vaikeus korreloi päihdehäiriön vaikeuteen (Loeber ym. 2000), kun taas tytöillä vähäisemmätkin käytöshäiriön oireet näyttävät lisäävän päihdehäiriön riskiä (Loeber ja Keenan 1994). Erityisesti tyttöjen depressio näyttää huonontavan yhtäaikaisten käytös- ja päihdehäiriön ennustetta (King ym. 1996, Loeber ym. 2000). Päihdehäiriöihin sinänsä liittyvä nuoruudessa merkittävä itsemurhavaara, ja muut samanaikaiset mielenterveyden ongelmat lisäävät tätä riskiä (Marttunen ja Pelkonen 2000).

Muut häiriöt. Käytöshäiriöitä esiintyy myös traumaperäisen stressireaktion, kehitysvammaisuuden, skitsofrenian ja erityisesti tytöillä somatisaatiohäiriön yhteydessä. Pään vammojen, epilepsian ja muiden somaattisten sairauksien esiintyminen on erityisesti lapsuudessa alkaneiden käytöshäiriöiden yhteydessä yleisempää kuin väestössä keskimäärin (Steiner 1997, Loeber ja Keenan 1994)

Yhtäaikaisten häiriöiden arviointi. Häiriöiden yhtäaikaista esiintyvyyttä arvioitaessa ei aina ole helppoa hahmottaa, mikä ongelmista on ilmaantunut ensin. Aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöt näyttävät kuitenkin altistavan varhain alkaville käytöshäiriöille, kun taas osa mielialahäiriöistä on seurausta käytöshäiriöihin liittyvistä sosiaalisista ja kokemuksellisista vaikeuksista. Käytöshäiriö voi johtaa päihderiippuvuuteen, ja päihdeiden käyttö puolestaan pahentaa käytöshäiriötä.

Myös diagnostinen järjestelmämme asettaa rajoituksen. Vaikka nuorella olisikin todettavissa usean häiriön kriteerit täyttävät oireet, hänellä on kuitenkin tavallaan vain yksi häiriö, hänelle ominainen oire- ja ongelmakokonaisuus. Samat etiologiset tekijät saattavat olla vaikuttamassa useiden häiriöiden aiheuttamien oireiden syntyyn. Hoito tulee suunnitella yksilöllisesti kullekin nuorelle sopivaksi.

Käytöshäiriöistä kärsivien nuorten hoidossa tulisi huomioida kaikki ne osa-alueet, joilla esiintyy ongelmia, kuten käyttäytyminen, sosiaaliset suhteet ja suoriutuminen koulussa.

Hoidon periaatteet

Käytöshäiriöistä kärsivien nuorten hoidossa tulisi huomioida kaikki ne osa-alueet, joilla esiintyy ongelmia, kuten käyttäytyminen, sosiaaliset suhteet ja suoriutuminen koulussa (Steiner ym. 1997). Sekä nuoret että heidän perheensä keskeyttävät hoidon usein ennen aikaisesti, ja siksi on tärkeää saada koko perhe yhteistyöhön ja vähentää myös vanhempien kokemaa kuormitusta. Pitkäkestoisella »ylläpito hoidolla» tai tiiviillä seurannalla, johon liittyy tarvittaessa nopeiden hoidollisten interventioiden mahdollisuus, saadaan ilmeisesti parempia tuloksia kuin lyhyillä, kestoiltaan rajatuilla hoidoilla (Kazdin 1997). Hoitovastetta huonontaviksi tekijöiksi on todettu epäsosiaalisen käyttäytymisen vakavuus ja alkaminen varhaisella iällä (alle 15-vuotiaana), muut yhtäaikaiset häiriöt, nuoren huonot kognitiiviset kyvyt, yksinhuoltajaperhe, huono sosioekonominen asema, vanhempien epäsosiaalinen käyttäytyminen omassa lapsuudessaan ja vanhempien kokemaa stressiä. Ainakin avohoidossa ryhmäterapioihin on syytä suhtautua varovasti, koska näyttää siltä, että käytöshäiriöisten nuorten kokoaminen ryhmiin saattaa pahentaa ongelmia (Kazdin 1997). Käytöshäiriöisen nuoren psykososiaalisessa hoidossa voidaan erottaa useita muotoja: perhekeskeiset, sosiaaliseen verkostoon kohdistuvat, sosiaalis-kognitiiviset, ikätoverisuhteisiin ja kouluun keskittyvät sekä yhteisötason interventiot.

Perhekeskeisten menetelmien taustaoletuksena on, että perheen sisäiset vuorovaikutussuhteet luovat ja ylläpitävät nuoren häiriökäyttäytymistä (Kazdin 1997). Vanhempainohjaus (parent management training) on todettu tuloksekkaaksi vaikeudeltaan eriasteisista käytöshäiriöistä kärsivien tyttöjen ja poikien hoidossa (Kazdin 1997, Brestan ja Eyberg 1998). Sen ydintavoite on opettaa nuoria muovaamaan käyttäytymistään johdonmukaisen seuraamusjärjestelmän kautta. Hoidon toteuttamisesta vastaavat vanhemmat, ja hoito annetaan perheen kotona. Vanhempia ohjataan tarkastelemaan lastensa häiriökäyttäytymistä uudella tavalla ja käyttämään positiivista vahvistamista, lievää rankaisemista ja neuvottelua nuoren käyttäytymisen

muovaamiseksi. Myös nuorten ja vanhempien välistä vuorovaikutusta pyritään parantamaan. Vanhemmat saavat harjoitella näitä taitoja terapiaistuntojen (yleensä 8–10) aikana. Suurin osa vanhempainohjausohjelmista on suunniteltu 3–8-vuotiaiden hoitoon, mutta myös nuorille on olemassa sovelluksia. (Kazdin 1997, Frick 1998).

Vanhempiin ja perheen sosiaalisiin olosuhteisiin liittyvät tekijät sekä terapeutin kokeneisuus ja terapian kesto näyttävät vaikuttavan vanhempainohjauksen tuloksiin (Offord ja Bennett 1994, Kazdin 1997). Dishion ja Andrews (1995) totesivat, että 11–14-vuotiaiden käytösongelmien hoidossa vanhempainohjaus oli tehokkaampaa kuin nuoriin kohdistunut hoito. Toisaalta nuoruusikäisten perheet keskeyttivät vanhempainohjauksen useammin kuin pienempien lasten perheet. Vanhempainohjaus tehoaa huonommin nuorten kuin lasten käytösongelmiin. Tämän arvellaan liittyvän siihen, että nuoret viettävät enemmän aikaa poissa kotoa, nuoruusiässä kaveripiiriin merkitys korostuu ja vanhempien valmius muuttaa kasvatusmenetelmiään on heikompi (Kazdin 1997).

Frick (1998) ehdottaa vanhempainohjauksen yhdistämistä funktionaaliseen perheterapiaan (functional family therapy) hoidettaessa vanhempia lapsia ja nuoruusikäisiä. Funktionaalisen perheterapian perusajatuksena on, että nuoren oireilu palvelee joitakin tehtäviä perhesysteemissä ja että jotkin perheenjäsenten tarpeet ovat tyydytettävissä vain nuoren oireilun kautta. Tavoitteena on muuttaa nuoren käyttäytymistä vaikuttamalla perheen vuorovaikutukseen ja kommunikointiin. Terapiassa pyritään lisäämään perheenjäsenten välistä vuorovaikutusta ja positiivista vahvistamista, selventämään kommunikointia, edistämään neuvottelutaitoja ja auttamaan perheenjäseniä ilmaisemaan, millaista käyttäytymistä he odottavat toisiltaan. Funktionaalinen perheterapia on todettu hyödylliseksi nuorisorikollisten hoidossa, mutta lievemmin oireilevien käytöshäiriöisten nuorten osalta sen vaikuttavuudesta tarvitaan lisää tutkimusta. (Kazdin 1997).

Nuoren sosiaaliseen verkostoon kohdistuvat menetelmät. Multisysteemisessä terapiassa (Kaz-

Taulukko 4. Käytöshäiriöisen nuoren hoito.

Hoitomuoto	Taustaoletus	Tavoite
Perhekeskeiset menetelmät vanhempainohjaus funktionaalinen perheterapia	Perheen sisäiset vuorovaikutus- suhteet luovat ja ylläpitävät häiriökäyttäytymistä	Johdonmukainen seuraamusjärjestelmä, perheen vuorovaikutuksen kohehtumi- nen
Sosiaaliseen verkostoon kohdistuvat menetelmät multisysteeminen terapia	Nuori, perhe, koulu, kaverit ja naapurit toisiinsa yhteydessä olevina ja toisiinsa vaikuttavina systeemeinä	Vaiuttaa kouluun, kaveripiiriin ja mui- hin nuorelle tärkeisiin yhteisöihin per- heen lisäksi
Sosiaalis-kognitiiviset mene- telmät	Kognition tai tunteen vahvista- minen tai muuttaminen johtaa käyttäytymisen muuttumiseen	Ongelmanratkaisutaitojen, sosiaalisten taitojen ja tunteiden hallinnan lisää- minen
Lääkehoito	Biologisia tekijöitä häiriökäyttäy- tymisen taustalla	Aggressiivisuuden ja impulsiivisuuden vähentäminen, yhtäaikaisten sairauk- sien hoito

din 1997, Steiner ym. 1997, Brestan ja Eyberg 1998, Burke ym. 2002) otetaan perheen lisäksi huomioon muut nuorelle tärkeät yhteisöt, kuten koulu, naapurit ja kaveripiiri. Yksilöllisessä hoitosuunnitelmassa arvioidaan nuoren ja hänen sosiaalisen verkostonsa vahvuuksia ja heikkouksia. Perhe- ja käyttäytymisterapeuttisilla keinoilla pyritään vaikuttamaan tekijöihin, jotka ovat yhteydessä epäsosiaaliseen käyttäytymiseen. Näitä ovat esimerkiksi vanhempien kasvatukseen, perheen tunnevuorovaikutus, ikätoverisuhteet ja koulumenestys (Borduin 1999). Multisysteeminen terapia on todettu tehokkaammaksi keinoksi auttaa vakavasti käytöshäiriöisiä ja rikoksiin syyllistyneitä nuoria kuin tavanomaiset hoidot, kuten perheneuvonta, yksilötapaamiset, virkistystoiminta ja koulujärjestelyt (Henggeler ym. 1992). Multisysteeminen terapia on parantanut tehokkaammin kuin yksilöterapia perheensisäisiä ihmissuhteita ja vuorovaikutusta sekä vähentänyt vanhempien ja nuorten oireilua. Se näyttää vähentävän myös päihteitä käyttävien nuorisirikollisten aggressiivista rikollista käyttäytymistä pitkällä aikavälillä (neljä vuotta), mutta sen vaikutus päihteiden käyttöön on epäselvempi (Henggeler ym. 2002). Menetelmässä on ongelmana, kuinka osata valita oikeat interventiot monista tarjolla olevista ja kuinka pystyä toteuttamaan useita erilaisia

interventioita riittävän laadukkaasti ja riittävän intensiivisesti (Kazdin 1997).

Sosiaalis-kognitiivisten menetelmien oletuksena on, että sopivan kognition tai tunteen vahvistaminen tai muuttaminen johtaa käyttäytymisen muuttumiseen. Menetelmillä pyritään lisäämään sosiaalisia taitoja sekä kykyä ratkaista ongelmia ja hallita tunteita (Offord ja Bennett 1994). Menetelmänä käytetään muun muassa itsetarkkailua, jonka avulla nuorta autetaan analysoimaan provosoivia ärsykeitä ja niistä seuraavia omia reaktioitaan. Häntä ohjataan ottamaan »aikalisää», rentoutumaan ja korvaamaan aggressiiviset eleet, äänensävy ja katsekontakti soveliaammalla käyttäytymisellä. Nuorta autetaan antamaan itselleen ohjeita pysyä rauhallisena ja tulkitsemaan asioita toisten kannalta, esimerkiksi miettimään, että hyvä koe numero saattaa aiheuttaa toisessa kateutta. Nuorta ohjataan myös arvioimaan omaa käyttäytymistään ja sen seurauksia etukäteen, tekemään rooliharjoituksia ja vähittäin kohtaamaan provosoivia tilanteita.

Kontrolloiduissa tutkimuksissa nuoruusikäisiin kohdistuneilla sosiaalis-kognitiivisilla hoito-ohjelmilla, jotka toteutettiin 8–10 istunnon ryhmäinterventiona, saavutettiin myönteisiä vaikutuksia esimerkiksi itsekontrolliin, ongelmanratkaisukykyyn, aggressiivisuuteen ja häiriökäyt-

täytymiseen (Schlichter ja Horan 1981, Feindler ym. 1984, Huey ja Rank 1984). Myös intensiivinen ryhmähoito, jota on annettu 12 viikon ajan viitenä päivänä viikossa, on osoittautunut tehokkaaksi (Block 1978). Verrokkiryhminä tutkimuksissa on käytetty ilman hoitoa jääneitä ja muuta aktiivista hoitoa saaneita. Näitä hoitoja ovat olleet psykodynaamisesta näkökulmasta ihmissuhteita käsittelevä ryhmäkeskustelu ja vertaisryhmään kuuluvan henkilön vetämä ryhmäkeskustelu. Ryhmähoitoja harkittaessa on muistettava, että nämä hoidot voivat myös pahentaa käytösongelmaisten nuorten oireilua (Dishion ja Andrews 1995).

Muut menetelmät. Ikätoverisuhteisiin ja kouluun keskittyvien ja yhteisötason interventioiden vaikuttavuudesta on varsin niukasti näyttöä (Offord ja Bennett 1994, Burke ym. 2002). Monia kliinisessä työssä käytöshäiriöisten nuorten hoitoon käytettyjä menetelmiä, mm. psykodynaamista terapiaa, ei ole tutkimuksissa arvioitu (Kazdin 1997). Sairaala- ja muu laitoshoido voi olla tarpeen vaikeiden käytöshäiriöiden hoidossa ja kuntoutuksessa (Marttunen ym. tässä numerossa).

Lääkitys saattaa osana muuta hoitoa edistää aggressiivisen ja impulsiivisen käyttäytymisen hallintaa sekä nuoren kykyä hyötyä psykososiaalisesta hoidosta. Lisäksi lääkkeet voivat tehotta muihin yhtäaikaisiin häiriöihin, kuten stimulantit aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöön tai masennuslääkkeet depression (Lavin ja Rifkin 1993). Lääkehoito tulisi toteuttaa systemaattisesti käyttäen mahdollisimman tehokasta ja vähiten haittavaikutuksia aiheuttavaa lääkettä, ja hoidon tehokkuutta tulisi arvioida kvantitatiivisilla mittareilla (Stewart ym. 1990).

Monet käytöshäiriöiden lääkehoitoa käsittelevistä tutkimuksista ovat metodologisesti puutteellisia ja seuranta-ajaltaan lyhyitä (Lavin ja Rifkin 1993). Tavanomaisten psykoosilääkkeiden (haloperidoli, tioridatsiini, pimotsidi) on todettu lumekontrolloiduissa kaksoissokkotutkimuksissa vähentävän aggressiivisuutta. On kuitenkin epäselvää, perustuuko käyttäytymisen muutos lääkkeen spesifisesti aggressioita vähentävään vai sedatiiviseen vaikutukseen (Kruesi ja Lelio 1996, Gèrardin ym. 2002). Risperidonin

on havaittu lumekontrolloiduissa kaksoissokkotutkimuksissa vähentävän lasten ja nuorten aggressiivisuutta (Findling ym. 2000, Buitelaar ym. 2001, Snyder ym. 2002). Olantsapiinin hyödyllisyydestä erittäin aggressiivisten nuorten hoidossa on tapauselostuksia (Soderström ym. 2002). Psykoosilääkkeiden tehosta käytöshäiriöiden pitkäaikaisessa hoidossa ei ole näyttöä (Lavin ja Rifkin 1993), ja niiden käyttöä rajoittavat haittavaikutukset, kuten väsymys, ekstrapyramidaalioireet, akuutti dystoninen reaktio, painonnousu ja tardiivi dyskinesia.

Litium on kaksoissokkotutkimuksissa osoittautunut tehokkaaksi lasten ja nuorten käytöshäiriöissä, mutta myös ristiriitaisia tuloksia on saatu. Sen turvallisuudesta pitkäaikaiskäytössä tässä ikäryhmässä ei ole tietoa. Muiden mielialaa tasaavien lääkkeiden (karbamatsepiini, natriumvalproaatti) osalta tutkimustulokset ovat vähäisiä ja ristiriitaisia (Lavin ja Rifkin 1993, Campbell ym. 1995, Kruesi ja Lelio 1996, Gèrardin ym. 2002).

Beetasalpaajista erityisesti propranololi vaikuttaa lupaavalta aggressiivisen ja väkivaltaisen käytöksen hoidossa, mutta tutkimusnäyttöä lasten ja nuorten käytöshäiriöiden osalta tarvitaan lisää (Gèrardin ym. 2002). Myös klonidiinista (Campbell ja Cueva 1995) ja selektiivisistä serotoniinin takaisinoton estäjistä (Gèrardin ym. 2002) on joitakin lupaavia tutkimustuloksia. Metyylifenidaatti näyttää parantavan joitakin käytöshäiriöoireita silloin, kun käytöshäiriöön liittyy ADHD (Connor ym. 2002). Se saattaa olla tehokas myös käytöshäiriössä, johon ei liity ADHD:tä (Gèrardin ym. 2002). Stimulanttien käyttö voi parantaa nuoren keskittymistä, suoriutumista koulussa ja sosiaalista selviytymistä ja tätä kautta vähentää käytöshäiriön oireita. Käytöshäiriöstä kärsivän stimulanttihoitossa on otettava huomioon nuoren päihteidenkäyttö ja väärinkäytön riski.

Kokonaiskuntoutus. Lääketieteellisten hoitojen lisäksi nuori tarvitsee kehitystä tukevan kasvuympäristön sekä mahdollisuuden koulunkäyntiin ja ikätasoisten sosiaalisten taitojen kehittämiseen. Kokonaiskuntoutuksessa tarvitaan usein erityisjärjestelyjä, kuten erityisluokkia, joskus koulukotia, sekä ammatillisen koulutuksen

suunnittelua ja järjestämistä. Vaikeasta käytöshäiriöstä kärsivä tai ongelmallisessa sosiaalisessa ympäristössä kasvava nuori voi tarvita huostaanottoa ja sijoittamista riittävän turvalliseen ja selkeään ympäristöön. Kuntoutuksessa tarvitaan yhteistyötä nuoren, perheen, lastensuojelun, koulun sekä mahdollisesti päihde- ja terveydenhuollon kesken.

Suomalaisessa hoitokäytännössä on viime vuosina kehitetty yhteistyötä terveydenhuollon, koulun ja sosiaalihuollon kanssa käytöshäiriöisten nuorten kuntoutuksessa. Tästä esimerkkinä ovat koulukoteihin suuntautuneet nuorisopsykiatriset palvelut. Lääkkeistä vaikeiden aggressiivisten ongelmien hoitoon on käytetty psykoosilääkkeitä ja myös esimerkiksi antikongvulsanteja. Stimulanttien käyttö on ollut nuorten potilaiden aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriössä vähäistä, vaikka kaikkiaan näiden lääkkeiden käyttö on viime vuosina lisääntynyt. Pitkävaikutteisten stimulanttien myötä myös nuorten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriön lääkehoito lisääntyy. Monipuoliset psykososiaaliset menetelmät ovat näiden nuorten hoidossa olennaisia, ja käytöshäiriöisten nuorten systemaattisten terapioiden kehittämiseen on tarvetta.

Lopuksi

Nuorten käytöshäiriöt ovat vakava ongelma, ja hoitamattomina ne vaarantavat vakavasti ajankohtaista ja tulevaa sosiaalista selviytymistä. Niiden etiologiset tekijät ovat moninaiset, ja hoidossa pitäisi huomioida sekä häiriön syntyyn vaikuttaneet tekijät että kaikki ne alueet, jotka nuoren elämässä ovat ongelmallisia. Pelkkä yksilötyöskentely nuoren kanssa ei riitä. Vanhempien sitoutuminen hoitoon ja eri viranomaisten yhteistyö ovat tärkeitä seikkoja. Joskus nuori tarvitsee kuntouttavia toimenpiteitä ja selvät rajat asettavan ympäristön esimerkiksi koulukodissa tai hoitajakson osastolla. Käytöshäiriöisen nuoren hoito on pitkäjänteistä, ja siinä voidaan käyttää vaihtelevasti eri aikoina eri menetelmiä. Hoitoon tulisi päästä mahdollisimman varhain. Käytöshäiriöille altistavat kehityskulut ja poikkeavuudet, kuten aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, varhainen aggressiivisuus ja kasvuympäristön tuen puute, tulisi tunnistaa ja näiden hoito aloittaa jo lapsuusiässä. Tehokkaalla, pitkäjänteisellä hoidolla on mahdollista parantaa käytöshäiriöisen nuoren ennustetta.

Kirjallisuutta

- Babinski LM, Hartsough CS, Lambert NM. Childhood conduct problems, hyperactivity-impulsivity, and inattention as predictors of adult criminal activity. *J Child Psychol Psychiatry* 1999;40:347–55.
- Biederman J, Millberger S, Faraone SV, ym. Family-environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. A test of Rutter's indicators of adversity. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:464–70.
- Biederman J, Newcorn J, Sprich S. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorders with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *Am J Psychiatry* 1991;148:564–77.
- Block J. Effects of rational-emotive mental health program on poorly achieving, disruptive high school students. *J Consult Psychol* 1978; 25:61–5.
- Borduin CM. Multisystemic treatment of criminality and violence in adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999;38:242–9.
- Brestan EV, Eyberg SM. Effective psychosocial treatments of conduct-disordered children and adolescents: 29 years, 82 studies and 5272 kids. *J Clin Child Psychol* 1998;27:180–9.
- Buitelaar JK, van der Gaag JR, Cohen-Kettenis P, Melman CT. A randomized controlled trial of risperidone in the treatment of aggression in hospitalized adolescents with subaverage cognitive abilities. *J Clin Psychiatry* 2001;62:239–48.
- Burke JD, Loeber R, Birmaher B. Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years, part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:1275–93.
- Cadore R, Leve LD, Devor E. Genetics of aggressive and violent behavior. *Psychiatr Clin North Am* 1997;20:301–22.
- Cadore RJ, Yates WR, Troughton E, Woodworth G, Stewart MA. Genetic-environmental interaction in the genesis of aggressivity and conduct disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1995;52:916–24.
- Campbell M, Adams PB, Small AM, ym. Lithium in hospitalized aggressive children with conduct disorder: a double-blind and placebo-controlled study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:445–53.
- Campbell M, Cueva JE. Psychopharmacology in child and adolescent psychiatry: a review of the past seven years. Part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995;34:1262–72.
- Connor DF, Glatt SJ, Lopez ID, Jackson D, Melloni RH Jr. Psychopharmacology and aggression. I: A meta-analysis of stimulant effects on overt/covert aggression-related behaviors in ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:253–61.
- Dishion TJ, Andrews DW. Preventing escalation in problem behaviors with high-risk young adolescents: immediate and 1-year outcomes. *J Consult Clin Psychol* 1995;63:538–48.
- Disney ER, Elkins IJ, McGue M, Iacono WG. Effects of ADHD, conduct disorder, and gender on substance use and abuse on adolescence. *Am J Psychiatry* 1999;156:1515–21.
- DSM-IV diagnostiset kriteerit. Suomen psykiatriyhdistys 1997.
- Faraone SV, Biederman J, Wozniak J, Mundy E, Mennin D, O'Donnell D. Is comorbidity with ADHD a marker for juvenile-onset mania? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:1046–55.
- Faraone SV, Doyle AE. The nature and heritability of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 2001; 10:299–316.
- Feindler EL, Marriott SA, Iwata M. Group anger control training for junior high school delinquents. *Cogn Ther Res* 1984; 8:299–311.
- Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. The effects of conduct disorder and attention deficit in middle childhood on offending and scholastic ability at age 13. *J Child Psychol Psychiatry* 1993; 34:899–916.

- Findling RL, McNamara NK, Branicky LA, Schluchter MD, Lemon E, Blumer JL. A double-blind pilot study of risperidone in the treatment of conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:509–16.
- Fombonne E, Wostear G, Cooper V, Harrington R, Rutter M. The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression 2. Suicidality, criminality and social dysfunction in adulthood. *Br J Psychiatry* 2001;179:218–23.
- Frick P. Conduct disorders and severe antisocial behavior. New York: Plenum Press 1998.
- Geller B, Luby J. Child and adolescent bipolar disorder: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:1168–76.
- Gérardin P, Cohen D, Mazet P, Flament MF. Drug treatment of conduct disorder in young people. *Eur Neuropsychopharmacol* 2002;12:361–70.
- Henggeler SW, Clingempeel WG, Brondino MJ, Pickrel SG. Four-year follow-up of multisystemic therapy with substance-abusing and substance-dependent juvenile offenders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:868–74.
- Henggeler SW, Melton GB, Smith LA. Family preservation using multi-systemic therapy: an effective alternative to incarcerating serious juvenile offenders. *J Consult Clin Psychol* 1992;60:953–61.
- Hille ET, den Ouden AL, Saigal S, ym. Behavioural problems in children who weigh 1000 g or less at birth in four countries. *Lancet* 2001;357:1641–3.
- Huey WC, Rank RC. Effects of counselor and peer-led group assertive training on black adolescent aggression. *J Consult Psychol* 1984;31:95–8.
- Jacobson KC, Neale CA, Prescott MC, Kendler KS. Cohort differences in genetic and environmental influences on retrospective reports of conduct disorder among adult male twins. *Psychol Med* 2000;30:775–87.
- Kasen S, Cohen P, Skodol AE, Johnson JG, Brook JS. Influence of child and adolescent psychiatric disorders on young adult personality disorder. *Am J Psychiatry* 1999;156:1529–35.
- Kazdin AE. Practitioner review: Psychosocial treatments for conduct disorder in children. *J Child Psychol Psychiatry* 1997;38:161–78.
- Keller MB, Lavori PW, Beardslee WR, ym. The disruptive behavioral disorder in children and adolescents: comorbidity and clinical course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;31:204–9.
- King CA, Ghaziuddin N, McGovern L, Brand E, Hill E, Naylor M. Predictors of comorbid alcohol and substance abuse in depressed adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:743–51.
- Kruesi MJP, Lelio DF. Disorders of conduct and behavior. Kirjassa: Wiener JM, toim. Diagnosis and psychopharmacology of childhood and adolescent disorders. USA: John Wiley & Sons, Inc., 1996, s. 401–47.
- Lahey BB, Loeber R, Quay HC, ym. Validity of DSM-IV subtypes of conduct disorder based on age of onset. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:435–42.
- Lavin MR, Rifkin A. Diagnosis and pharmacotherapy of conduct disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1993;17:875–85.
- Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M. Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000;39:1468–84.
- Loeber R, Keenan K. Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions: Effects on age and gender. *Clin Psychol Rev* 1994;14:497–523.
- Marmorstein NR, Iacono WG. Major depression and conduct disorder in a twin sample: gender, functioning, and risk for future psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:225–33.
- Marttunen M, Lönnqvist J. Nuorten päihdehäiriöiden luonne ja kulku. *Duodecim* 2001;117:1579–84.
- Marttunen M, Pelkonen M. Risk factors for adolescent suicide. A review. *Psychiatr Fenn* 2000;31:110–25.
- McCabe KM, Hough R, Wood PA, Yeh M. Childhood and adolescent onset conduct disorder: a test of the developmental taxonomy. *J Abnorm Child Psychol* 2001;29:305–16.
- Meyer JM, Rutter M, Silberg JL, ym. Familial aggregation for conduct disorder symptomatology: the role of genes, marital discord and family adaptability. *Psychol Med* 2000;30:759–74.
- Offord DR, Bennett KJ. Conduct disorder: long-term outcomes and intervention effectiveness. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33:1069–78.
- Psykiatrian luokituskäsikirja. Tautiluokitus ICD-10, Psykiatriaan liittyvät diagnoosit. STAKES. Ohjeita ja luokituksia 1997:4.
- Reebye P, Moretti MM, Wiebe VJ, Lessard JC. Symptoms of posttraumatic stress disorder in adolescents with conduct disorder: Sex differences and onset patterns. *Can J Psychiatry* 2000;45:746–51.
- Renouf AG, Kovacs M, Mukerji P. Relationship of depressive, conduct, and comorbid disorders and social functioning in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:998–1004.
- Räsänen P, Hakko H, Isohanni M, Hodgins S, Jarvelin MR, Tiihonen J. Maternal smoking during pregnancy and risk of criminal behavior among adult male offspring in the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *Am J Psychiatry* 1999;156:857–62.
- Schlichter KJ, Horan JJ. Effects of stress inoculation on the anger and aggression management skills of institutionalized juvenile delinquents. *Cognit Ther Res* 1981;5:359–65.
- Soderstrom H, Rastam M, Gillberg C. A clinical case series of six extremely aggressive youths with olanzapine. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2002;11:138–41.
- Snyder R, Turgay A, Aman M, Binder C, Fisman S, Carroll A. The risperidone conduct study group. Effects of risperidone on conduct and disruptive behavior disorders in children with subaverage IQs. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41:1026–36.
- Steiner H. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(10 Suppl):1225–39S.
- Stewart JT, Myers WC, Burket RC, Lyles WB. A review of the pharmacotherapy of aggression in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:269–77.
- Szatmari P, Boyle M, Offord DR. ADHD and conduct disorder: Degree of diagnostic overlap and differences among correlates. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989;28:865–72.
- Thapar A, Harrington R, McGuffin P. Examining the comorbidity of ADHD-related behaviours and conduct problems using a twin study design. *Br J Psychiatry* 2001;179:224–9.
- Walker JL, Lahey BB, Russo MF, ym. Anxiety, inhibition and conduct disorder in children: I. Relations to social impairment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991;30:187–91.
- Winnicott DW. The maturational process and the facilitating environment. London: Karnac Books, 1990.
- Zoccolillo M, Pickles A, Quinton D, Rutter M. The outcome of childhood conduct disorder: implications for defining adult personality disorder and conduct disorder. *Psychol Med* 1992;22:971–86.

HANNA EBELING, LT, osastonylilääkäri, ylilääkäri
 hanna.ebeling@ppshp.fi
 OYS, lastenpsykiatrian klinikka
 PL 26, 90026 OYS
 ja
 Keski-Suomen keskussairaala
 nuorisopsykiatrian klinikka
 40740 Jyväskylä

TIINA HOKKANEN, LL, vs. osastonlääkäri
 HUS, Kellokosken sairaala
 04500 Kellokoski

TIINA TUOMINEN, LL, ylilääkäri
 Kanta-Hämeen keskussairaala, nuorisopsykiatrian yksikkö
 13530 Hämeenlinna

HELENA KATAJA, LL, osastonlääkäri
 TAYS:n nuorisopsykiatrian klinikka
 PL 2000, 33521 Tampere

ANTTI HENTTONEN, LL, erikoislääkäri, ylilääkäri
 Etelä-Karjalan keskussairaala
 53130 Lappeenranta

MAURI MARTTUNEN, dosentti, ylilääkäri
 HYKS, Peijaksen sairaala,
 nuorisopsykiatrian vastualue
 01400 Vantaa