

Hyötykö käytöshäiriöinen nuori nuorisopsykiatrisesta osastohoidosta?

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

Käytöshäiriöt ovat nuoruudessa melko yleisiä, ja pojilla ne ovat 3–5 kertaa yleisempiä kuin tytöillä. Ne ovat usein pitkään kestäviä ja vaikeasti hoidettavia ja ennustavat aikuisuuden epäsosiaalista persoonallisuutta sekä myös muita mielenterveyden häiriöitä. Suomessa käytöshäiriöiset nuoret ohjautuvat yleensä lastensuojelun avopalveluihin, harvemmin nuorisopsykiatriseen avohoitoon. Nuorten käytöshäiriöitä tulee hoitaa ensisijaisesti avohoidossa. Kun nuorisopsykiatrinen osastohoito on tarpeen, suositellaan yleensä lyhyttä osastohoitoa, jossa keskitytään akuutin tilanteen selvittelyyn sekä samanaikaisten mielenterveyshäiriöiden tutkimukseen ja hoitoon. Pitkään kestävä laitoshoido tulisi antaa lastensuojelun sijoituspaikoissa siten, että siihen tarvittaessa liitetään nuorisopsykiatrinen avohoito. Pitkäkestoista nuorisopsykiatrista osastohoitoa suositellaan erityistilanteissa, kuten samanaikaisten kroonisten mielenterveyshäiriöiden, pitkittyvän vakavan itsetuhoisuuden tai hallitsemattoman aggressiivisuuden hallitsemiseksi. Näiden nuorten hoito edellyttää osastolta riittäviä resursseja ja turvallisia rakenteita.

Käytöshäiriöt ovat nuorilla yleisiä ja vaikeasti hoidettavia. Väestötutkimuksissa niiden yleisyys on vaihdellut noin välillä 2–12 %. Pojilla käytöshäiriöt ovat 3–5 kertaa yleisempiä kuin tytöillä (Loeber ym. 2000). Nuorisopsykiatriseen osastohoitoon ohjautuvista nuorista 30–70 %:lla on käytöshäiriö tai vakavasti siihen viittaavaa käyttäytymistä (Lock ja Strauss 1994). Monella käytöshäiriöisellä nuorella on samanaikainen aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö, masennustila, ahdistuneisuushäiriö tai päihdehäiriö (Ebeling ym. 2003), ja itsetuhoikäyttyäytymisen tai itsemurhan vaara on suuri (Marttunen ym. 1994). Käytöshäiriöt ennustavat aikuisuuden epäsosiaalista persoonallisuutta ja myös muita mielenterveyden häiriöitä.

Käytöshäiriöt tulisi tunnistaa varhain, jo lapsuudessa, koska varhainen puuttuminen on myöhemmällä iällä aloitettua hoitoa tuloksellisempaa (Offord ja Bennett 1994, Ritakallio ym. 2003). Käytöshäiriöiden hoito on pitkäjänteistä ja edellyttää moniammatillista yhteistyötä ja yleensä kiinteää yhteistyötä lastensuojelun, koulutoimen, nuorisopsykiatrian ja usein myös päihdehuollon ammattilaisten kesken. Suomessa käytöshäiriöiset nuoret ohjautuvat yleensä lastensuojelun palveluihin, harvemmin nuorisopsykiatriseen avohoitoon. Monissa käytännön tilanteissa on epäselvää, mikä on nuorisopsykiatrisen osastohoidon asema käytöshäiriöisten nuorten hoidossa.

Tässä katsausartikkelissa kuvataan nuorten käytöshäiriöiden nuorisopsykiatrisen osastohoi-

Taulukko 1. Käytöshäiriödiagnosilla sairaaloissa hoidettujen 13–17-vuotiaiden nuorten hoitopäivät ja -jaksot vuosina 1998–2000 (Stakesin hoitoilmoitusrekisteri).

Ikä (v)	Hoitopäivät			Hoitojaksot		
	1998	1999	2000	1998	1999	2000
13	4 678	4 758	4 351	57	95	103
14	3 936	6 070	4 899	83	108	137
15	4 657	6 136	5 688	85	121	155
16	2 719	2 296	2 881	55	61	105
17	679	853	1 521	37	44	49
Yhteensä	16 669	20 113	19 340	317	429	549

don yleisyyttä Suomessa sekä tällaisen hoidon vaikuttavuutta, aiheita ja sisältöä koskevaa tutkimusta.

Käytöshäiriöistä kärsivien nuorten hoito Suomessa

Käytöshäiriöiset nuoret ohjautuvat Suomessa pääosin lastensuojelun avopalveluihin tai tarvittaessa lastensuojelun sijoituspaikkoihin, kuten koulukoteihin, nuorisokoteihin, perheryhmäkoteihin ja viime vuosina aikaisempaa useammin yksityisiin perhekoteihin. Nuorisopsykiatrinen avohoito ei nykyisellään useinkaan sovellu käytöshäiriöisille nuorille. Nuorisopsykiatrisilla osastoilla käytöshäiriöisiä nuoria sen sijaan tutkitaan ja hoidetaan suhteellisen yleisesti.

Koska päihdeongelmaisilla nuorilla on usein myös käytöshäiriö, kohdataan käytöshäiriöitä myös päihdehuollon palveluissa. Päihdehuoltolaki ei juuri sovelleta päihteiden ongelmakäytön yhteydessä, vaikka se tarjoaa lainsäädännölliset edellytykset joidenkin ongelmatilanteiden ratkaisemiseksi (Pirkola ja Marttunen, 2001). Käytöshäiriöinen nuori, jolla on lisäksi päihdehäiriö, ohjautuu laitoshoitoon yleisimmin mielenterveyslain tai lastensuojelulain perusteiden.

Nuorisopsykiatriset potilaspaikat lisääntyivät 1990-luvulla huomattavasti (Laukkanen ym. 1996). Mielenterveyslaki mahdollistaa alle 18-vuotiaan tahdosta riippumattoman hoidon mielisairausten tai vakavan mielenterveydenhäiriön vuoksi yksikössä, jolla on edellytykset ja valmiudet hoitaa häntä. Alaikäistä tulee hoitaa eril-

län aikuisista, jollei katsota, että on hänen etunsa mukaista menetellä toisin (Mielenterveyslaki, 1990). Käytöshäiriödiagnosin sairaalahoiton aikana saaneiden nuorten hoitojaksot lisääntyivät yli 70 % vuodesta 1998 vuoteen 2000, mutta hoitopäivät eivät lisääntyneet vastaavasti (taulukko 1).

Erityinen ongelmaryhmä ovat vaikeasti käytöshäiriöiset aggressiiviset nuoret, joille on vaikea löytää riittävän kestävä sijoituspaikka nykyisistä lastensuojelun palveluista tai hoitopaikkaa nuorisopsykiatrisen palveluista.

Käytöshäiriöiset nuoret lastensuojelulaitoksissa

Lastensuojelulaki edellyttää aina ensisijaisesti avohoitoa. Jos avohuollon tukitoimet eivät ole mahdollisia tai riittäviä ja jos sijaishuollon arvioidaan olevan lapsen edun mukaista, laki velvoittaa sosiaalilautakunnan ottamaan alle 18-vuotiaan huostaan ja järjestämään hänelle sijaishuolto, »jos puutteet lapsen huolenpidossa tai muut kodin olosuhteet uhkaavat vakavasti vaarantaa lapsen terveyttä tai kehitystä taikka jos lapsi vaarantaa vakavasti terveyttään tai kehitystään käyttämällä päihteitä, tekemällä muun kuin vähäisenä pidettävän rikollisen teon tai muulla niihin rinnastettavalla käyttäytymisellään» (Lastensuojelulaki 1983). Huostaanoton ja sijoituksen tavoitteena on turvata lapsen tai nuoren kasvu ja kehitys sopivassa ympäristössä. Huostaanottojen – erityisesti vastentahtoisten – sekä sijoitusten ja etenkin yksityissektorin sijoit-

tuspaikkojen määrät ovat viime vuosikymmenen aikana lisääntyneet. Vuonna 2002 kodin ulkopuolelle oli sijoitettuna yli 14 000 alaikäistä, joista noin 7 800 oli otettu huostaan (Säkkinen ja Kuoppala 2003). Sellaisia tietoja ei ole saatavissa, että voitaisiin arvioida juuri käytöshäiriöiden vuoksi sijoitettujen ja huostaan otettujen nuorten määrää.

Merkittävällä osalla lastensuojelulaitoksiin sijoitetuista nuorista on käytöshäiriön lisäksi muita mielenterveyden häiriöitä (Hukkanen 2002, Lehto-Salo ym. 2002). Näiden nuorten psykiatrisen tutkimuksen ja hoidon tarve niin sijoitusta suunniteltaessa kuin sen ajanakin on haaste lastensuojelun sijoituspaikkojen ja nuorisopsykiatrisen yhteistyölle.

Auttaako nuorisopsykiatrisen osastohoito käytöshäiriöissä?

Kontrolloituja tutkimuksia nuorisopsykiatrisen osastohoidon vaikuttavuudesta mielenterveyden häiriöissä ja etenkin käytöshäiriöissä on niukasti.

Useimmissa asiaa koskeneissa katsausartikkeleissa ja meta-analyseissa aggressiivisen ja epäsosiaalisen oireilun on psykoottisuuden ohella todettu ennustavan huonoa hoitotulosta ja huonoa selviytymistä seuranta-aikana (Pfeiffer ja Strzelecki 1990, Blanz ja Schmidt 2000).

Osastohoitoa ja intensiivistä kotihoitoa vertailevaan satunnaistettuun tutkimukseen osallistui 68 vaikeista psyykkisistä häiriöistä kärsivää nuorta (Mattejat ym. 2001). Hoitotavat todettiin yhtä vaikuttaviksi sekä hoidon päättyessä että noin neljän vuoden seuranta-aikana. Tutkijat suosittelivat intensiivistä kotihoitoa vaihtoehdoksi sairaalahoidolle. Tutkimukseen osallistuneista nuorista tosin vain vajaalla viidenneksellä oli käytöshäiriö, eikä yksikään sairastanut psykoottista häiriötä. Julkaisussa ei kuvata tarkemmin osasto- tai kotihoidon sisältöjä, joten tulosten yleistäminen käytöshäiriöiden hoitoon tai suomalaiseen hoitoympäristöön on vaikeaa.

Multisysteeminen terapia (MST) (Henggeler ym. 2002) on alun perin perhekeskeinen hoitomuoto, jossa lisäksi otetaan huomioon muut nuorelle tärkeät yhteisöt, kuten koulu, naapurit ja ystäväpiiri. Hoito suunnitellaan yksilöllisesti,

ja nuoren ja hänen sosiaalisen verkostonsa vahvuudet ja heikkoudet arvioidaan. Perhe- ja käyttäytymisterapeuttisin keinoin pyritään vaikuttamaan nuoren ja hänen perheensä käyttäytymiseen ja vuorovaikutukseen. Avohoidon multisysteemistä terapiaa ja nuorisopsykiatrista osastohoitoa vertaillaiseen Henggelerin (1999) tutkimukseen osallistui 156 nuorta, joista kahdella kolmasosalla oli käytöshäiriö. MST havaittiin vaikuttavammaksi nuorten ulospäin suuntautuneiden oireiden hoidossa sekä perhesuhteiden ja koulunkäynnin kohentamisessa. Osastohoito puolestaan vaikutti myönteisemmin nuorten käsitukseen itsestään. Erot hoitomuotojen tulosten välillä kuitenkin vähenivät vuoden seurannan aikana (Henggeler ym. 2003).

Käytöshäiriöisten nuorten psykiatrista osastohoitoa koskeneessa Moyesin ym. (1985) tutkimuksessa verrattiin käyttäytymisterapeuttisesti toimineella osastolla noin 1,5 vuoden ajan hoidossa olleita 78:aa nuorta osastolle lähetettyihin ja kutsuttuihin 63 nuoreen, joille ei aloitettu osastohoitoa. Verrokkinuorten saamaa osastohoitoa ei kuvattu. Kahden vuoden seuranta-aikana hoidossa olleet nuoret hallitsivat aggressiivista käytöstään paremmin, heidän itsehillintänsä oli parempaa, he joutuivat hiukan harvemmin tekemisiin poliisin kanssa, ja heistä suurempi osa asui itsenäisesti. Vertailuryhmän nuorista huomattava osa oli sijoitettu laitoksiin. Tutkijat päättelivät käyttäytymisterapeuttisesti orientoituneen osastohoidon olevan vaikuttavaa.

Keskimäärin neljän kuukauden ajan nuorisopsykiatrisella osastolla hoidettuja, pääasiassa käytöshäiriöisiä nuoria koskeneeseen Wellsin Faragherin (1993) seuranta-tutkimukseen osallistui 165 potilasta. Intensiivisen yhteisöllisen osastohoidon aikana nuoret kävivät koulua ja osallistuivat mm. ryhmäterapiaan ja sosiaalisten taitojen harjoitteluun sekä osastolla että sen ulkopuolella. Osastolla annettiin myös perheterapiaa ja järjestettiin vanhempien ryhmätapaamisia. Verrattaessa kuuden viikon kuluttua hoidon keskeyttäneitä 33:aa nuorta hoidossa loppuun asti olleisiin 132 nuoreen todettiin hoidon keskeyttäneiden selviytymisen olleen huonompaa hoidon päättyessä, mutta yhden ja kahden vuoden kuluttua näiden ryhmien välillä ei ollut

eroa. Hoidon keskeyttäneiden historiassa oli useammin karkailua, aggressiivisuutta ja impulsiivisuutta, ja he olivat tulleet useammin hoitoon sosiaaliviranomaisten ohjaamina. Kahden vuoden kuluttua selviytyminen oli kohentunut yli 70 %:lla potilaista. Tutkijat tulksivat tuloksen tukevan käsitystä muutaman kuukauden kestoisen osastohoidon vaikuttavuudesta.

Ennen nuorisopsykiatrista laitoshoidoa rikoksiin syyllistyneitä nuoria koskeneessa hoito- ja rikosrekistereihin perustuneessa seuranta-tutkimuksessa (Byrnes ym. 1999) selvitettiin käytäytymisterapeuttisesti suuntautuneessa yksikössä yksilö-, ryhmä- ja perheterapian vaikutusta kaikkiaan 532 nuoren hoitotulokseen. Laitoshoidossa olleet nuoret asuivat valvotuissa ryhmäkodeissa ja kävivät sairaalakoulua. Laitoshoidon aikana tiiviisti kognitiivis-behavioraaliseen yksilö- ja ryhmäterapiaan osallistuneet jouduivat noin kahden ja puolen vuoden seuranta-aikana harvemmin pidätetyiksi kuin ne nuoret, joiden osallistuminen terapiaan oli satunnaisempaa. Hiukan yllättäen perheterapiaan osallistumisen määrä ei selittänyt eroa. Laitoshoidossa olleiden pidätysten määrä oli hoidon päättyessä sama kuin kotona asuvilla ja samassa yksikössä vain koulua käyneillä nuorilla, mutta seuranta-aikana kotona asuneet syyllistyivät johonkin rikokseen kaksi kertaa laitoshoidossa olleita useammin. Hoidon kokonaiskesto ei raportoitu.

Vaikeiden käytöshäiriöiden laitoshoidoa ja -kuntoutusta kuvaavat myös nuorisorikollisia koskevat tutkimukset. Nuorisorikollisten laitoshoidon kuntoutusta koskeneiden vertailevien tutkimusten meta-analyysissä (Garrett 1985) yleisimmiksi vaikuttaviksi hoitoelementeiksi todettiin kognitiivis-behavioraaliset interventiot, perheterapia eri muodoissaan ja koulunkäynnin tukeminen. Laitoshoidon tuloksena nuorten sopeutuminen ja koulussa selviytyminen kohenivat selvästi, mutta vaikutus uusintarikollisuuteen oli vähäinen. Vaikka rikosten uusiminen hoitojaksojen jälkeen on todettu yleiseksi myös myöhemmissä meta-analyysissä, avohoidon hoito-ohjelmat ovat ehkäisseet uusintarikollisuutta laitoshoidoa paremmin (Whitehead ja Lab 1989, Izzo ja Ross 1990). Hoitoympäristön on esitetty vaikuttavan eri hoitojen tuloksellisuuteen siten, että

laitoshoidon vaikutus on ollut vähäisempi ja että joidenkin hoitojen negatiiviset vaikutukset korostuvat verrattuna avohoidon (Whitehead ja Lab 1989, Gottfredson ym. 1996). Laitoshoidon aikana omaksutut sosiaaliset taidot eivät välttämättä päde nuoren palattua laitoksesta tavanomaiseen elinympäristönsä, ja siksi näitä taitoja tulisi harjoitella normaalissa ympäristössä.

Päätelmät tutkimuksista

Tutkittua tietoa nuorisopsykiatrisen osastohoidon vaikuttavuudesta nuorten käytöshäiriöissä on toistaiseksi kovin vähän, eikä tutkimustuloksista voida tehdä yksiselitteisiä päätelmiä.

Myöskään osastohoidon keston vaikutuksesta tulokseen ei ole riittävästi tutkimustietoa (Blanz ja Schmidt 2000). Tutkimustiedon voitaneen tulkita tukevan intensiivisen, laaja-alaisen ja moniammatillisen avohoidon ensisijaisuutta käytöshäiriöissä (Burke ym. 2002) ja nuorisopsykiatrista osastohoidoa ainakin kriisitilanteissa. Vertailevaa tutkimusta tarvitaan erityyppisten laitoshoidon kuten nuorisopsykiatrisen osastohoidon ja lastensuojelun sijoituspaikkojen vaikuttavuudesta sekä nuorisopsykiatrisen avohoidon tuloksista verrattuna osastohoidon.

Nuoren käytöshäiriöiden sairaalahoidon indikaatiot

Käytöshäiriöiden nuorisopsykiatriselle osastohoidolle ei ole esitetty selkeitä aiheita, eikä tutkimusnäyttö tämän hoidon vaikuttavuudesta ole yksiselitteistä (Lock ja Strauss 1994). Nuoren psykiatrista osastohoidoa harkittaessa tulee punnita perusteellisesti mahdolliset edut ja haitat (Blanz ja Schmidt 2000). Hoidon tavoitteet tulisi asettaa huolella ja suunnitella hoitojakson sisältö jo etukäteen. Osastohoidon tulisi niveltä muuhun, pääosin avosektorilla annettavaan hoitoon.

Käytöshäiriöisten nuorten osastohoidon syitä koskeneen katsausartikkelin mukaan sairaalahoidon otettujen nuorten ongelmat liittyivät useimmiten päihteiden käyttöön, itsetuhokäyttäytymiseen, karkailuun, varasteluun, toisten uhkailuun ja väkivaltaisuuteen (Lock ja Strauss 1994). Nuorisopsykiatrisen osastohoidon voi olla

tarpeen esimerkiksi akuutin kriisitilanteen rauhoittamiseksi taikka diagnostisen selvittelyn tai lääkehoitokokeilun ajaksi. Ehdotus nuorisopsykiatrisen osastohoidon aiheiksi on esitetty taulukossa 2.

Nuorisopsykiatrisen osastohoidon sisältö

Yhdysvaltalaisen suosituksen mukaan käytöshäiriöisen nuoren sairaalahoidon tulisi tapahtua selkeät rakenteet ja rajat tarjoavassa ympäristössä. Vanhempien tulisi osallistua tiiviisti hoitoon, nuorelle pitäisi tarjota yksilö- ja ryhmäterapiaa, ja hänen tulisi käydä joko omaa kouluaan tai sairaalakoulua (Steiner ym. 1997). Sairaalakoulun osuus on keskeinen sairaalahoidon aikana oppimisvaikeuksien ja erityistuen arvioinnissa, päivärytmin normaalistamisessa ja kotiutuessa tarvittavien tukitoimien suunnittelussa. Osastojakson aikana tulisi tutkia ja hoitaa käytöshäiriöön liittyvät mielenterveyden häiriöt. Hoitoon kuuluu myös psykososiaalisten taitojen kehittäminen sekä verkostotyö muiden tahojen kuten koulun, perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kanssa avohoidon suunnittelemiseksi.

Tutkimus- ja kriisihoitajakso. Muutamien viikkojen kestoinen kriisiselvittely nuorisopsykiatrisella osastolla on perusteltua, jos nuoren käyttäytyminen aiheuttaa välitöntä vaaraa hänelle itselleen tai ympäristölle eikä avohoidossa ole mahdollista taata nuoren turvallisuutta. Tällaisia tilanteita ovat esimerkiksi nuoren vakava itsetuhoisuus, samanaikainen vaikea mielenterveyden häiriö tai aggressiivinen käytös muita kohtaan (taulukko 3).

Toinen psykiatrisen sairaalahoidon aihe on Kazdinin (1989) mukaan diagnostinen selvittely. Tällöin arvioidaan lyhyen tutkimusjakson aikana kokonaisvaltaisesti nuoren kehitys, psyykinen tila ja somaattinen terveys ja tehdään psykologinen tutkimus. Myös mahdolliset neurologiset ja neuropsykologiset ongelmat sekä nuoren selviytyminen koulussa ja sen esteet tulisi selvittää. Koska käytöshäiriö vaikuttaa moniin nuoren elämän ja selviytymisen alueisiin, arviointiin kuuluvat myös perhetilanteen kartoitus ja nuoren laajemman sosiaalisen verkoston kuten

Taulukko 2. Käytöshäiriöisten nuorten nuorisopsykiatrisen osastohoidon aiheet.

Lyhyt tutkimusjakso tai kriisihoito

- Akuutin kriisitilanteen hallintaan saaminen
 - akuutti psykoosi
 - vaarallisuus itselle tai muille
- Diagnostinen selvittely
 - erotusdiagnostiikka – psykoottinen kehitys, kaksisuuntainen mielialahäiriö
 - muiden samanaikaisten häiriöiden tutkimus ja hoidon aloitus
- Lääkehoitokokeilu, joka ei onnistu avohoidossa
- Jatkohoidon järjestäminen

Pitkä osastohoito

- Kroonistunut samanaikainen häiriö
- Krooninen vakava itsetuhoisuus
- Pitkäkestoinen vaarallisuus muille (vaikeahoitoisten osasto)

Taulukko 3. Nuorten käytöshäiriöiden osastohoidon sisältö.

- Osaston tarjoamat selkeät rakenteet
- Terveen nuoruuskehityksen tukeminen
 - Nuoren elämänrytmin normaalistaminen
 - Koulunkäynnin turvaaminen
- Vanhempien osallistuminen hoitoon – perhekeskeiset interventiot
- Nuoren sosiaalisten taitojen kehittäminen
 - Yksilöterapeuttiset interventiot
 - Yhteisölliset vaikuttamiskeinot
 - Ryhmäinterventiot
- Muiden samanaikaisten mielenterveyshäiriöiden hoito
- Tarvittaessa psyykenlääkehoito

koulun ja lastensuojelun kuuleminen (Steiner ym. 1997). Osastotutkimuksen aikana arvioidaan nuoren sosiaalisia taitoja sekä edellytyksiä koulunkäyntiin. Erotusdiagnostinen selvittely ja samanaikaisten mielenterveyden häiriöiden toteaminen ja hoito ovat onnistuneen jatkohoidon edellytys.

Lääkehoitokokeilua, jota ei turvallisesti voida suorittaa avohoidossa, voidaan myös pitää sairaalahoidon aiheena. Käytöshäiriöön ei tunneta spesifistä lääkehoitoa, eikä lääkitys yksinään ole riittävä käytöshäiriön hoito. Lääkitys voi olla

tarpeen tiettyjen oireiden ja samanaikaisten häiriöiden kuten hyperaktiivisuuden, aggressiivisuuden, impulsiivisuuden, mielialan vaihteluiden tai depression hoitona. Kriisitilanteissa lyhytaikainen lääkitys saattaa auttaa tilanteen hallinnassa (Tate ym. 1995, Ebeling ym. 2003).

Pidempi osastohoito. Erityisesti pidemmässä – useiden kuukausien kestoisessa – käytöshäiriöisten nuoren osastohoidossa tärkeitä seikkoja ovat osaston selkeät rakenteet, yhteisölliset prosessit ja nuoren elämänrytmin normalistuminen, jossa koulunkäynnin merkitys on keskeinen. Koska käytöshäiriöisellä nuorella on ongelmia useilla elämän alueilla ja oireilu on monimuotoista, hyvä hoitotulos edellyttää yleensä useiden erityyppisten interventioden yhdistämistä yksilölliseksi ohjelmaksi (Shamsie ym. 1991, Moretti ym. 1997, Frick 1998).

Osastohoitoon suositellaan liitettäväksi työskentely nuoren perheen kanssa. Mitä nuorempi potilas on, sitä tärkeämpää on vanhempien osallistuminen hoitoon. Vanhempia voidaan tukea nuoren kasvatuksessa etsimällä yhteistyössä keinoja toivotun käyttäytymisen tukemiseksi ja epäsuotavan käyttäytymisen rajaamiseksi sekä ohjaamalla vanhempia seuraamaan nuoren käyttäytymistä ja ymmärtämään sosiaalista oppimista ja käyttäytymisen muutoksia. Funktionaalisessa perheterapiassa pyritään selkiyttämään perheen vuorovaikutusta ja siten parantamaan perheen nuorelle tarjoamaa tukea ja auttamaan perheenjäseniä erittelemään toiveitaan suhteessa toisiinsa (Frick 1998, Waddell ym. 1999).

Yksilökeskeisistä hoitomuodoista lupaavia ovat kognitiivis-behavioraaliset ongelmanratkai-

sumenetelmät sekä sosiaalisten taitojen ja tunteiden hallinnan parantamiseen pyrkivät hoitomuodot (Ebeling ym. 2003). Näin on saatu myönteisiä tuloksia esimerkiksi kroonisesti aggressiivisten nuorten hoidossa. Myös psykodynaamista yksilöterapiaa on sovellettu käytöshäiriöisten nuorten hoitoon, mutta sen vaikuttavuudesta ei ole tutkimusnäyttöä (Tate ym. 1995, Frick 1998).

Lopuksi

Nuorten käytöshäiriöitä tulee hoitaa ensisijaisesti avohoidossa. Kun nuorisopsykiatrinen osastohoito on tarpeen, suositellaan yleensä lyhyttä jaksoa, jossa keskitytään akuuttitilanteen selvittelyyn, mahdollisten samanaikaisten mielenterveyshäiriöiden tutkimukseen ja hoitoon sekä jatkohoidon järjestämiseen.

Pitkään laitoshoidon suosittelemme riittävästi resursoituja lastensuojelun sijoituspaikkoja, joissa tulisi olla myös nuorisopsykiatrinen asiantuntemusta. Lastensuojelulaitokseen sijoitetulla nuorella tulee olla tarvittaessa mahdollisuus nuorisopsykiatriseen avohoitoon.

Pitkää nuorisopsykiatrinen osastohoitoa suositellaan annettavaksi vain erityisin perustein, esimerkiksi samanaikaisten kroonisten mielenterveyshäiriöiden, vakavan itsetuhoisuuden tai hallitsemattoman aggressiivisuuden hallitsemiseksi. Vaikeasti aggressiivisten käytöshäiriöisten nuorten hoito ei yleensä onnistu tavallisella nuorisopsykiatrisella osastolla. Näissä tilanteissa tarvitaan vaikeahoitoisille nuorille tarkoitettuja psykiatrisia osastoja.

Kirjallisuutta

- Blanz B, Schmidt MH. Practitioner review: Preconditions and outcome of inpatient treatment in child and adolescent psychiatry. *J Child Psychol Psychiatry* 2000;41:703–12.
- 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.
- Byrnes EI, Hansen KG, Malloy TE, Carter C, Curry D. Reductions in criminality subsequent to group, individual, and family therapy in adolescent residential and day treatment settings. *Int J Group Psychother* 1999;49:307–22.
- Frick P. *Conduct Disorders and severe antisocial behavior*. New York: Plenum Press, 1998.
- Garrett CJ. Effect of residential treatment on adjudicated delinquents: a meta-analysis. *J Res Crime Delinquency* 1985;22:287–308.
- Gottfredson DC, Sealock MD, ym. Kirjassa: DiClemente RJ, Hansen WB, Ponton LE, toim. *Handbook of adolescent health risk behavior*. New York: Plenum Press, 1996:259–88.
- Henggeler SW. Multisystemic therapy: An overview of clinical procedures, outcomes, and policy implications. *Child Psychol Psychiatry Rev* 1999;4:2–10.
- Henggeler SW, Schoenwald SK, Rowland MD, Cunningham PB. *Serious emotional disorders in children and adolescents. Multisystemic therapy*. New York: Guilford, 2002.
- Henggeler SW, Rowland MD, Halliday-Boykins C, ym. One-year follow-up of multisystemic therapy as an alternative to the hospitalization of youths in psychiatric crisis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003;42:543–51.
- Hukkanen R. Psychosocial problems of children placed in children's ho-

- mes. *Annales Universitatis Turkuensis, Ser D, 524 Medica-odontologica*, 2002.
- Izzo RL, Ross RR. Meta-analysis of rehabilitation programs for juvenile delinquents. *Crim Justice Behavior* 1990;17:134–42.
- Kazdin A. Treatment of antisocial behavior in children: current status and future directions. *Psychol Bull* 1987;102:187–203.
- Kazdin AE. Hospitalization of antisocial children: clinical course, follow-up status, and predictors of outcome. *Adv Behav Res Ther* 1989; 11:1–67.
- Lastensuojelulaki 5.8.1983/683.
- Laukkanen E, Luotoniemi M, Lehtonen J. Suomen nuorisopsykiatrisen hoitojärjestelmä tänään. *Suom Lääkäril* 1996;51:2745–8.
- Lehto-Salo P, Kuuri A, Marttunen M, ym. Polku-tutkimus. Tutkimus nuorista kolmessa koulukodissa. Psykiatrisen ja neuropsykologinen näkökulma. *Aiheita* 16/2002. Helsinki, STAKES.
- Lock J, Strauss G. Psychiatric hospitalization of adolescents for conduct disorder. *Hosp Comm Psychiatry* 1994;45:925–8.
- 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.
- Marttunen M, Aro H, Henriksson M, Lönnqvist J. Antisocial behaviour in adolescent suicide. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89:167–73.
- Mattejat F, Hirt BR, Wilken J, Schmidt MH, Renschmidt H. Efficacy of inpatient and home treatment in psychiatrically disturbed children and adolescents. Follow-up assessment of the results of a controlled treatment study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2001;10:71–9.
- Mielenterveyslaki 14.12.1990/116.
- Moretti M, Emmrys C, Grizenko N, ym. The treatment of conduct disorder: perspectives from across Canada. *Can J Psychiatry* 1997;42: 637–48.
- Moyes T, Tennent TG, Bedford A. Long-term follow-up study of a ward-based behaviour modification programme for adolescents with acting-out and conduct problems. *Br J Psychiatry* 1985;147:300–5.
- Offord D, Bennett K. Conduct disorder: long-term outcomes and intervention effectiveness. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994;33: 1069–78.
- Pfeiffer SI, Strzelecki SC. Inpatient treatment of children and adolescents: a review of outcome studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990;29:847–53.
- Pirkola S, Marttunen M. Päihteitä käyttävän nuoren tahdosta riippumaton hoito. *Duodecim* 2001;117:1591–7.
- Ritakallio M, Kaltiala-Heino R, Pelkonen M, Marttunen M. Miten ehkäistä nuorten käytöshäiriöitä? *Duodecim* 2003;119(18):1743–9.
- Shamsie J, Hluchy C. Youth with conduct disorder: a challenge to be met. *Can J Psychiatry* 1991;36:405–14.
- Steiner H and the Work Group on Quality Issues. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36:1225–1395.
- Säkkinen S, Kuoppala T. Lastensuojelu 2002. STAKES, Tilastotiedote 16/2003. <http://www.stakes.info>.
- Tate D, Reppucci N, Mulvey E. Violent juvenile delinquents: treatment effectiveness and implications for future action. *Am Psychol* 1995;50:777–81.
- Waddell C, Lipman E, Offord D. Conduct disorder: practice parameters for assessment, treatment, and prevention. *Can J Psychiatry* 1999; 44:355–405.
- Wells P, Faragher B. In-patient treatment of 165 adolescents with emotional and conduct disorders. A study of outcome. *Br J Psychiatry* 1993;162:345–52.
- Whitehead JT, Lab SP. A meta-analysis of juvenile correctional treatment. *J Res Crime Delinquency* 1989;26:276–95.

MAURI MARTTUNEN, LT, dosentti, ylilääkäri
mauri.marttunen@hus.fi
HYKS, Peijaksen sairaala, nuorisopsykiatrian vastuualue
01400 Vantaa

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

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

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

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

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