

Eila Repo-Tiihonen ja Tero Hallikainen

Epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö

Epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö ja varsinkin sen äärimuoto psykopatia edustaa ihmiskunnassa erilaisuutta, joka on vuosituhansien ajan siivittänyt pelon ja ihailun sekaisia kertomuksia. Väkivaltaisuuden ja häikäilemättömyyden aiheuttama ällistys lienee motivoinut tutkijoitakin monipuoliseen tieteelliseen lähestymiseen. Epäsosiaalisesta persoonallisuushäiriöstä on kertynyt tutkimustuloksia epidemiologian, fysiologian, keskushermoston rakenteiden, periytyvyyden ja hoitointerventioiden osa-alueilta siinä määrin, että kyseessä lienee yksi parhaiten tutkituista psykiatrisista häiriöistä. Hoitosuositusta ei ole, vaikka useimpia psykiatrisia hoitomuotoja on kokeiltu. Biologisten ja sosiologisten parametrien mittaukset ilmentävät, että suurimman riskin ryhmiin kohdennettu lapsuudenaikainen interventio on kannattavaa, koska aikuisiällä samat henkilöt aiheuttavat eniten vahinkoa. Sekä lääkkeiden että psykoterapioiden käyttöön on suhtauduttava varovaisesti.

Persoonallisuushäiriöllä tarkoitetaan syvälle juurtunutta, pitkäaikaista ja vakiintunutta käyttäytymismallia, joka joustamattomana haittaa sopeutumista useille elämäntilanteille. Persoonallisuudeltaan häiriintyneen henkilön tapa tuntea, havaita, ajatella ja suhtautua muihin ihmisiin poikkeaa saman kulttuurin yleisväestöstä. Persoonallisuushäiriöt kuvataan nykyään ICD-10-tautiluokituksessa ryhmittelemättä niitä osajoukoiksi diagnoosiluokan sisällä. Epäsosiaalinen persoonallisuus on yksi kahdeksasta spesifiseksi määritellystä persoonallisuushäiriöstä. DSM-5 ryhmittelee persoonallisuushäiriöt kolmeen osajoukkoon (klusteriin), ja yhteensä spesifisiä häiriöitä tunnustetaan 10. Epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö sisältyy yhdessä epävakaa, huomionhakuisen ja narsistisen persoonallisuuden kanssa B-klusteriin eli dramaattis-emotionaalisiin persoonallisuushäiriöihin (1, 2).

Epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö on koettu kiinnostavaksi kautta aikojen. Pahuus kiehtoo: halutaan ymmärtää kovaa, säälimättömyyttä käyttäytymistä, joka ei aiheuta tekijälleen tunnontuskia (3). Varhainen on myös havainto häiriön ”periytyvyydestä” sukupolvelta seuraavalle ja käsitys häiriön rakenteen säännönmukaisuudesta, ”konstituutiosta”. Termit

epäsosiaalinen persoonallisuus ja psykopatia tarkoittavat ainakin varhaisessa tutkimuskirjallisuudessa yleensä samaa ja niitä käytetään synonyymeina. Häiriön nykyaikainen tutkimus on alkanut pyrkimyksestä selvittää rikollisen käyttäytymisen syitä. Epäsosiaalisen persoonallisuushäiriön kuvailu vaikuttaa jo 1800-luvun teksteissä nykypäivään sopivalta, vaikka kulttuuriset seikat ovat muuttuneet. Käsitteet moraalinen hulluus, synnynnäinen rikollinen ja sairaaloinen valehtelija ovat edelleen ymmärrettäviä. Psykopatialla on aiemmin saatettu tarkoittaa myös kaikkia persoonallisuushäiriöitä. Psykodynaamisen teorian mukaan kyseessä ovat luonneneuroosit, joille on ominaista heijastaa ongelmat ympäristöön pikemmin kuin kärsiä niistä itse tai pyrkiä ratkaisuun (4). DSM-järjestelmässä oli Schneiderin ryhmitteilyn mukaan aluksi 11 persoonallisuushäiriötä, joista epäsosiaalista vastaa affektiton psykoopaatti. Cleckley erotti rikollisen käyttäytymisen ja psykopatian toisistaan sekä kuvasi psykopatialle ominaiseksi depression ja ahdistuneisuuden puuttumisen (4).

Nykykäsityksen mukaan epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö voi painottua impulsiiviseen käyttäytymiseen tai tunne-elämää ja ihmissuhteita leimaaviin psykoopaattisiin piirteisiin, joita

ovat muun muassa röyhkeys, pelottomuus ja manipulatiivisuus. Epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö ei siis välttämättä tarkoita samaa kuin psykopatia (5). Psykopatian piirteitä ja ominaisuuksia voidaan kuvata Haren PCL-mittarilla, jonka maksimipistemäärä on 40 ja jossa psykopatian raja-arvo on 26–30 pistettä (6). Tavallisesti persoonallisuudeltaan epäsosiaalinen henkilö saa PCL-arviossa pisteitä, mutta harvat ylittävät tuon raja-arvon. Toisaalta mitä useampi varsinaisen tautiluokituksen kriteereistä täyttyy, sitä vaikeammasta häiriöstä on kyse haittojen ilmetessä useammilla elämäntilanteilla. Psykiatrinen diagnoosi ei yleensä ole suorassa kausaalissa suhteessa syntyneeseen rikostapauksissa. Poikkeuksellisesti kuitenkin persoonallisuushäiriö, psykopatia, saattaa koventaa rangaistuksia.

Esiintyvyys ja etiologia

Väestötutkimusten mukaan epäsosiaalista persoonallisuushäiriötä esiintyy miehistä kolmella ja naisista yhdellä prosentilla (5). Länsimaisissa vankiloissa sitä todetaan lähes puolella miesvangeista ja viidesosalla naisvangeista (7).

Koska tutkittavana olivat alun perin rikolliset, monet havainnot on tehty pelkästään tästä joukosta. Etiologian tutkimuksessa on ollut tyypillistä voimakas näkemysero lääketieteen ja sosiologian välillä. Ensimmäinen on painottanut häiriön sairausluonnetta ja jälkimmäinen ympäristötekijöitä. Nykykäsityksen mukaan rikollisuus sinänsä ei ole sairaus, mutta sen taustalla toisinaan oleva persoonallisuushäiriö on ainakin oireyhtymä. Käsitystä tautiluonteesta ovat tukeneet kaksostutkimukset ja muut epidemiologiset seurantatutkimukset, aivojen kuvantamislöydökset ja herätevasteiden mitaukset sekä eräiden fysiologisten mittausten tulokset (8).

Jo 40 vuoden takaa on peräisin luotettava tutkimushavainto epäsosiaalisen häiriön siirtymisestä sukupolvelta seuraavalle muutoinkin kuin mallioppimisen kautta (9). Lapsuusiän käytöshäiriö ja ylivilkkaus näyttävät edeltävän epäsosiaalisen persoonallisuushäiriön kehittymistä (2). Aivojen välittäjäaineiden metabolian



erot, kuten monoamiinioksidaasi A -entsyymien (MAO-A) aktiivisuuden perinnöllinen muuntelu, saattavat altistaa osan ihmisistä epäsosiaaliselle kehitykselle, erityisesti kehoissa kasvuolosuhteissa (5). Eräät välittäjäaineiden pitoisuutta ja hermosolujen adheesiota säätelevät genotyypit assosioituvat väkivaltaisuuksien kanssa, jopa siten, että niiden selitysosuus vakavasta väkivaltarikollisuudesta on arvioitu Suomessa 5–10 %:ksi, mikä ei kuitenkaan välity pelkästään epäsosiaalisen persoonallisuushäiriön kautta (10).

Jo klassisia havaintoja ovat epäsosiaalisella nuoruusikäisellä todettavat autonomisen hermoston toiminnan poikkeavuudet (hikoilun puute, ikätasoa harvempi sydämen syketaajuus ilman kestävyysharjoittelua), mikä osaltaan viittaa paitsi keskushermoston erilaiseen reagoititapaan, mahdollisesti myös poikkeavaan keskushermoston kehitykseen (11). Kortisolien erityis stressitilanteissa on vähäisempää epäsosiaalisilla henkilöillä kuin verrokeilla ja myös kortisolien peruspitoisuus on käytöshäiriöisillä lapsilla jo tavallista pienempi (11, 12). Stressihormonin määrä muotoilee osaltaan aivojen ja aivon osien välisten yhteyksien kehitystä. Väihäinen stressihormonin määrä aiheuttanee sen, että pelkoreaktio jää heikoksi (12).

TAULUKKO 1. Lyhennelmä tautiluokitusten mukaisista diagnostisista kriteereistä. Molemmissa luokituksissa edellytetään, että persoonallisuushäiriön yleiset ja spesifiset diagnoosikohtaiset kriteerit täyttyvät.

Persoonallisuushäiriön yleiset kriteerit	
Luonteenomaiset ja pysyvät sisäisen kokemisen tavat ja käytös poikkeavat merkittävästi kulttuurin sisäistä normeista ja ilmenevät vähintään kahdella osa-alueella:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. tiedollinen toiminta 2. tunne-elämä 3. impulssikontrolli 4. ihmissuhteet. 	
Käytösmalli on pysyvä, joustamaton ja sopeutumaton useissa sosiaalisissa tilanteissa.	
Käytösmalli aiheuttaa kärsimystä tai vastoinkäymisiä sosiaalisessa selviytymisessä.	
Häiriö on pitkäaikainen ja alkanut myöhäislapsuudessa tai nuoruusiässä	
Häiriö ei ole muun aikuisiän psyykkisen häiriön, aivo- vammun, aivosairauden, päihtymyksen tai muun vastaavan aiheuttama.	
ICD-10	DSM-5
<p>Vähintään kolme seuraavista:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. paatunut välinpitämättömyys toisten tunteita kohtaan 2. karkea vastuuttomuus sosiaalisia normeja kohtaan 3. kestävästi ihmissuhteet 4. huono turhaumien sietokyky, matala aggressiivisen käyttäytymisen kynnys 5. kyvyttömyys tuntea syyllisyyttä ja ottaa opiksi kokemuksista 6. taipumus moittia muita tai puolustella kaunistellen omaa käytöstä. <p>Käytöshäiriö lapsuus- tai nuoruusiässä täydentää kliinistä kuvaa, samoin jatkuva ärtyneisyys.</p>	<p>Spesifiset kriteerit:</p> <p>Laaja-alainen käyttäytymistapa, joka ei huomioi toisia ja loukkaa heidän oikeuksiin. Häiriö ilmenee vähintään kolmella seuraavista osa-alueista:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. epäonnistuminen sosiaalisiin normeihin sopeutumisessa, mikä ilmenee lainvastaisena käytöksenä 2. vilpillisyys (valehtelu, väärillä nimillä esiintyminen, petkuttaminen) 3. impulsiivisuus 4. ärtyneisyys ja aggressiivisuus 5. piittaamattomuus omasta tai toisten turvallisuudesta 6. vastuuttomuus (työn ja sosiaalisten velvollisuuksien laiminlyönti) 7. katumattomuus. <p>Sekä seuraavat:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. vähintään 18 vuoden ikä 2. käytöshäiriö alkanut ennen 15 vuoden ikää 3. epäsosiaalinen käytös ei esiinny ainoastaan skitsofrenian tai maanisen jakson aikana.

Aivojen kuvantamislöydökset antavat viitettä niin sanottujen tunneainvojen (kuten manteliumake, hippokampus ja niiden yhteydet etuot-salohkoon) poikkeavuudesta sekä aikuisilla että nuorilla epäsosiaalisilla henkilöillä (13, 14). Aivojen harmaan aineen tilavuuksissa on todettu eroja psykopaattien ja verrokkien välillä (15): psykopatian kriteerit täyttävillä epäsosiaalisilla mieshenkilöillä harmaan aineen tilavuus oli verrokkeihin nähden pienin postsentraalisen gyruksen, frontopolaarisen aivokuoren ja orbitofrontaalisen aivokuoren alueella. Aivojen takaosissa valkean aineen tilavuus taas oli suurempi jopa siinä määrin, että eron voidaan olettaa johtuvan erilaisesta hermoston kehitysprosessista, mihin viittaa myös saman tutkimuksen sisältävän meta-analyysin päätelmä harmaan aineen poikkeamista (15, 16). Ainakin häiriön äärimuodoissa aivojen eräiden osien ja autonomisen hermoston toiminnat poikkeavat yleisväestöstä (5, 12, 17). Nykykäsityksen mukaan tämä poikkeavuus havaitaan esimerkiksi empa-tiakyvyn ja altruismin puuttumisena (12).

Kliininen kuva ja diagnoosi

Epäsosiaalisen persoonallisuushäiriön kliiniseen kuvaan kuuluu usein rikollinen käyttäytymisen, jonka vuoksi häiriötä tavataan usein vangeilla. Joskus rikollinen ura voi kuitenkin olla harkittu valinta eikä persoonallisuushäiriön oire. Häiriö voi toisaalta rikollisuuden sijaan ilmetä lyhytjänteisyytenä ihmissuhteissa ja huonona turhaumien sietona, taipumuksena menettää maltti tai räjähdysalttiutena. Oireiden painopiste voi olla myös välinpitämättömyydessä, vastuuttomuudessa ja oman toiminnan kaunistelussa. Äärimillään kyse on paatuneisuudesta. Keskeistä on epäsosiaalisen henkilön kyvyttömyys tai heikko kyky oppia palautteesta, varsinkin rangaistuksista. ICD-luokituksen mukaan kaikilla aikuisiän häiriöstä kärsivillä ei ole välttämättä ollut lapsuudessa käytöshäiriötä. DSM-5 sen sijaan edellyttää näyttöä käytöshäiriöstä ennen 15 vuoden ikää. Myötäelämis-kyky on usein heikko, ja toisinaan se puuttuu. Tämän seurauksena henkilö on kylmäkiskoinen eikä toisen kärsimys tai oikeuksien polkeminen aiheuta hänelle syyllisyyden tunnetta tai

katumusta. Äärimmäisen psykopatian kohdalla havaitaan perusteetonta itsetunnon kohoamista, häikäilemättömyyttä, manipulatiivisuutta ja muiden hyväksikäyttöä. Kriteerit tautiluokitusten mukaan sekä psykopatian arviointimääreet PCL-R:n mukaan esitetään lyhennetyssä muodossa taulukoissa (TAULUKOT 1 JA 2) (1, 2, 6). Tautiluokitukset painottavat poikkeavia persoonallisuuden piirteitä hieman eri tavalla: ICD-10 ihmissuhteita (empatiaa) ja DSM-5 vilpillisyyttä (vastuuttomuutta) (1, 2).

Erotusdiagnoosi ja esiintyvyys muiden psyykkisten häiriöiden kanssa

Tärkeimmät erotusdiagnostiset tilat mainitaan kriteereissä. Erityisesti manian aikana epäsozialisen persoonallisuushäiriön kriteerit saattavat täyttyä, vaikka samalla kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivällä henkilöllä ei todetaakaan persoonallisuushäiriötä masennuksen tai tasapainotilan aikana (18). Epäsosiaalinen häiriö voi toisaalta esiintyä yhdessä skitsofrenian kanssa (19). Tällaista samanaikaisuutta nähdään erityisesti oikeuspsykiatrisilla potilailla. Tavallisia rinnakkaishäiriöitä epäsoosiaalisessa persoonallisuushäiriössä ovat päihderiippuvuudet, erityisesti humalassa väkivaltakäytökselle altistava tyyppi 2 alkoholismi (20). Muista persoonallisuushäiriöistä tavallisimmin esiintyvä on epävakaa persoonallisuushäiriön impulsiivinen tyyppi (1, 2).

Hoito tai muu interventio

Koska häiriö mielletään sairaudeksi tai sairausluontoiseksi oireyhtymäksi, myös hoitoa joudutaan pohtimaan. Myös alaikäisen päätyminen rangaistusjärjestelmän piiriin edellyttää interventioiden harkintaa. Epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö on kuvaileva diagnoosi, joten yksilöiden erot voivat olla suuria. Siten ilmeisestikään ei ole olemassa yhtä kaikille soveltuvaa hoitoa. Käytännön syistä joudutaan usein ryhtymään sosiaalihuollon toimenpiteisiin, kun käytöshäiriöstä kärsivät lapset eivät menesty tavanomaisissa olosuhteissa perheissä, koulussa, vertaisryhmässä tai muussa vas-

TAULUKKO 2. Psykopatia, PCL-R-arviointitekijöiden ja kaantuminen (6).

1. Ydinsykopatia	2. Elämäntyyli ja impulsiivinen väkivalta (ASPD)
Ihmissuhdetekijät <ul style="list-style-type: none"> • lipevyys, pinnallinen charmi • liioiteltu omanarvontunto • patologinen valehtelu • huijaaminen tai manipulointi. 	<ul style="list-style-type: none"> • stimulusten etsintä • loisiva elämäntyyli • huono käyttäytymisen kontrolli • varhaiset käytösongelmat • realististen päämäärien puuttuminen • impulsiivisuus • vastuuttomuus
Tunne-elämä <ul style="list-style-type: none"> • katumuksen/syillisyyden puuttuminen • tunne-elämän kapeus • paatuneisuus tai empatian puute • kyvyttömyys kantaa vastuuta omasta toiminnasta 	
Näiden lisäksi tekijät seksuaalinen epävakaus, lukuisat lyhyet parisuhteet, nuorisorikollisuus, ehdonalaisen vapauden menetys ja rikollisuuden monimuotoisuus kuuluvat vain kokonaispistemäärän laskentaan. Pistemäärä on 0–2/tekijä eli maksimipisteet ovat 40.	

taavassa. Tavallista on myös edellisen sukupolven heikko kyky huolehtia lapsesta, minkä vuoksi tarvitaan toimenpiteitä. Lapsen tuensaantia saattavat haitata myös biologisen vanhemman subjektiiviset oikeudet ja eriävä käsitys lapsen edusta. Epäsosiaalisen kehityksen saattaa katkaista pysyvä ympäristönvaihdos, jos ympäristö tarjoaa onnistuneet kasvuolot ja ihmissuhteet (5, 9). Riskiryhmän nuoriin saattaa perhekeskeisillä lähestymistavoilla olla myönteinen vaikutus (12). Valitettavasti vaikeimmat kasvun ja kehityksen ongelmat ilmenevät usein vasta jälkikäteen eikä asia ole enää korjattavissa samoilla menetelmillä. Alan johtavien tutkijoiden esittämä käsitys on toistaiseksi vasta valistunut mielipide eikä tutkimusnäyttöön perustuva hoitosuositus: Kasvu tulisi ohjata iänmukaiseen, sosiaaliseen uomaan ennen yläasteikää ja varsinkin ennen kuin lapsi ehtii aloittaa päihteiden käytön.

Ydinasiat

- ▶ Epäsosiaalinen persoonallisuushäiriö voi painottua impulsiiviseen käyttäytymiseen tai tunne-elämää ja ihmissuhteita leimaaviin psykopaattisiin piirteisiin.
- ▶ Häiriöön liittyy perinnöllistä alttiutta, ja se alkaa varhain. Autonomisen hermoston reagoivuus on lapsesta lähtien heikkoa.
- ▶ Ainakin häiriön äärimuodoissa aivojen eräiden osien rakenteet ovat poikkeavia, mikä viittaa kehitykselliseen erilaisuuteen.
- ▶ Käyttäytymisen hallinnan heikkous, palautteesta oppimisen vaikeudet ja empatian puute haittaavat vakavasti sosiaalista sopeutumista.
- ▶ Suurimman riskin lapsiin varhain kohdennetut tukitoimenpiteet ovat kaikkein vaikuttavimpia ja kannattavimpia epäsosiaalisen häiriön pitkäaikaisten haittojen ehkäisyssä.

Varhaisen tuen merkitys voi olla huomattava, ja se tulisi aloittaa viimeistään syntymästä lähtien esimerkiksi äitiysneuvolassa eli kohdentaa riskiryhmäperiaatteen mukaan, ei vasta jälkikäteisesti (21, 22).

Intervention ei tarvitse olla terveydenhoitoa, vaan se voi olla esimerkiksi riskitapausten identifiointia ja kasvuympäristöön puuttumista. Tähän kuitenkin liittyy eettisiä ongelmia (12). Vaikuttavuuden mittareina voidaan epäsosiaalisen persoonallisuushäiriön tapauksessa käyttää terveyteen sekä sosiaaliseen ja akateemiseen selviytymiseen liittyviä indikaattoreita (23). Kustannusten ja hyötyjen tarkastelu on usein lyhytjänteistä, koska poliittinen päätöksentekojärjestelmä ottaa heikosti huomioon epäsosiaalisten lasten tulevaisuuteen joskus mahdollisesti vaikuttavia seikkoja (24). Kuitenkin kaikkein suurimman riskin lapsiin kohdennetut interventiot ovat kannattavimpia, koska nämä lapset todennäköisesti aiheuttavat elinaikanaan suurimmat kustannukset yhteiskunnalle (24). Varsinaisia hoito-ohjelmia (kuten terapeuttinen yhteisö) on sovellettu

epäsosiaalisesta persoonallisuushäiriöstä kärsiville henkilöille (25). Ne on todettu työläiksi, ja vaikutukset ovat jääneet valitettavan lyhytkestoisiksi. Suuren riskin psykopaattiryhmässä on kuitenkin saavutettu viiden vuoden seurannan perusteella dokumentoitu väkivaltakäyttäytymisen väheneminen, joka assosioitui hoidon aikana tapahtuneeseen PCL-R:n ydinsykopatiapisteiden vähenemiseen (25). Tuoreessa katsauksessa on 11 interventiotutkimuksen avulla pyritty selvittämään interventioiden aiheuttamia muutoksia kuten kortisolipitoisuuden, aivoalueiden aktiivisuuden ja sydämen lyöntitiheyden vaihtelun muutoksia mittaamalla (11). Luotettavien tulosten löytäminen oli vaikeaa erikokoisten (N = 30–150) aineistojen takia ja siksi, että mukana oli sekä aikuisia että lapsia molemmista sukupuolista. Lisäksi interventiomenetelmätkin vaihtelivat. Samanaikaisia suotuisia käytösmuutoksia ja neurobiologisten parametrien normalisointumista havaittiin lapsilla muttei aikuisilla (11).

Psykoterapioita on tutkittu niukasti. Cochrane-katsauksessa oli 11 tutkimusta (471 potilasta). Näistä vain kolmessa päätemuuttujana tarkasteltiin varsinaista persoonallisuushäiriötä, muissa muun muassa samanaikaista päihderiippuvuutta (26). Kognitiivis-behavioraalinen terapia saattaa soveltua impulsiivisuuden hillintään. Katsauksen mukaan sillä ei kuitenkaan todettu vaikutusta, kun päte-tapahtumana käytettiin väkivaltaisuutta. Tutkimusta ei ole riittävästi, jotta epäsosiaalisen persoonallisuushäiriön hoitoon voitaisiin vielä suosittaa mitään psykologista interventiota (26). Toisaalta täydelliseen pessimismiinkään ei ole aihetta (12).

Lääkehoitoja on tutkittu niukasti, joskin psykykenlääkkeiden kaikkia ryhmiä (psykoosi- ja mielialalääkkeet sekä rauhoittavat lääkkeet kuten bentsodiatsepiinit) on kliinisessä työssä kokeiltu. Erityisongelmina mainitaan usein päihdeongelmaisen, itsetuhoisen ja impulsiivisen henkilön taipumus nauttia lääkkeensä yliannoksin tai riippuvuuksiin alttiin henkilön takertuminen rauhoittaviin valmisteisiin. Cochrane-katsaukseen oli löydettävissä kahdeksan tutkimusta, joista yhdeksäkään ei ollut päätetapahtumana seurattu

uusintarikollisuutta (27). Keskeisenä oireena pidettävää aggressiivisuutta näytti vähentävän epilepsialääke fenytoiini, alkoholinkäyttöä vähensi nortriptyliini ja ahdistuneisuutta bromokriptiini (27). Mikään näistä ei ole Suomessa indisoitu näihin käyttötarkoituksiin eikä mikään niistä enää laajassa käytössä psykiatriseen indikaatioon muutoinkaan. Nortriptyliininkin lienevät lähes korvanneet uudempien, turvallisten masennuslääkkeiden geneeriset valmisteet. Todennäköisesti käytäntöön soveltuva, oireisiin tehoava yksilöllinen täsmälääkintä on vielä poikkeuksellisen kaukana tulevaisuudessa. Häiriötyyppin painottuessa impulsiivisuuteen serotoniinin takaisinoton estäjiä voidaan kuitenkin suositella (5, 17). Lääkehoitojen tehosta varsinkaan psykopatiaan painottuvan kliinisen kuvan kohdalla ei ole näyttöä (17). Toisaalta psykopaattisen taudinkuvan vallitessa saattaisi oksitosiini edistää prososiaalista käyttäytymistä ja parantaa sosiaalista kognitiota (17).

Keskeistä on epä-sosiaalisen henkilön kyvyttömyys tai heikko kyky oppia palautteesta, varsinkin rangaistuksista.

tiaan painottuneen epäsosiaalisen persoonallisuushäiriön tai käytöshäiriön hoidossa aikuisilla tai lapsilla.

Toivoa ei ole kuitenkaan syytä menettää. Vaikeimmin oireilevat henkilöt ovat vähemistö tässäkin häiriössä. Aikuisen henkilön tukeminen sosiaaliseen, pitkäjänteiseen ja vastuulliseen toimintaan voi päästä alkuun liittäessä sairauksien, kuten päihdeongelman, hoidon onnistuessa. Kokemuksemme mukaan

ikäntyminen helpottaa tätä prosessia, ehkä osin keskushermoston myöhäisen kypsymisen myötä. Viisainta olisi kuitenkin kohdentaa varhaiset toimenpiteet niihin lapsiin ja nuoriin, joiden kehityksen alkutaival näyttää kaikkein huonoimmalta. Sananlaskusta poiketen ei

kannata vääntää vitsaa, koska rangaistusten teho on tässä häiriössä osoittautunut olemattomaksi. Johdonmukainen, reaaliaikainen palkitseminen oikeista asioista on kirjoittajien kliinisen kokemuksen nojalla vaikuttavampaa sekä alaikäisillä että aikuisilla. ■

* * *

Kiitämme professori Jari Tiihosta (Karoliininen instituutti, Tukholma) asiantuntija-avusta ja sihteeri Aija Räsästä (Niuvanniemen sairaala) teknisestä avusta.

EILA REPO-TIIHONEN, LT, dosentti, johtava lääkäri
Itä-Suomen yliopisto, oikeuspsykiatrian yksikkö
Niuvanniemen sairaala

TERO HALLIKAINEN, LT, ylilääkäri
Niuvanniemen sairaala

SIDONNAISUUDET

Eila Repo-Tiihonen: Luentopalkkio (Professio Finland Oy)
Tero Hallikainen : Asiantuntijapalkkio (Oy H. Lundbeck Ab, Novartis Finland Oy, Otsuka Pharma Scandinavia Ab, Medivir, Janssen-Cilag Oy), luentopalkkio (Oy Bristol-Myers Squibb Finland Ab)

Lopuksi

Aikuisiän epäsosiaalisen persoonallisuushäiriön hoidoksi on tarjottu todennäköisesti lähes kaikkia kliinisen psykiatrian menetelmiä. Systemaattista tulosten mittaamista on voitu toteuttaa huonosti, koska häiriön luonteeseen kuuluu yhteistyökyvyn heikkous. Näin ollen potilaat katoavat sekä hoito- että seurantakontaktista. Erityisen selvää kirjallisuuden valossa valitettavasti on, ettei ole tutkimusnäyttöä eikä kokemusperäistäkään tietoa mistään hoitomenetelmästä, jolla olisi tehoa vahvasti psykopa-

SUMMARY

Antisocial personality disorder

Antisocial personality disorder (ASP), especially psychopathy as its extreme form, has provoked fear and excitement over thousands of years. Ruthless violence involved in the disorder has inspired scientists, too. The abundance of research results concerning epidemiology, physiology, neuroanatomy, heritability, and treatment interventions has made ASP one of the best documented disorders in psychiatry. Numerous interventions have been tested, but there is no current treatment algorithm. Biological and sociological parameters indicate the importance of early targeted interventions among the high risk children. Otherwise, as adults they cause the greatest harm. The use of medications or psychotherapy for adults needs careful consideration.

KIRJALLISUUTTA

1. Psykiatrian luokituskäsikirja – Suomalaisen tautiluokitus ICD-10:n psykiatriaan liittyvät diagnoosit. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 1/2012.
2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5. painos. Arlington: American Psychiatric Association 2013.
3. Patrick CJ, toim. Handbook of psychopathy. New York: Guilford Press 2006.
4. Vaillant GE, Perry JC. Personality disorders. Kirjassa: Kaplan HI, Freedman AM, Sadock BJ, toim. Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins 1980, s. 1562–90.
5. Glenn AL, Johnson AK, Raine A. Antisocial personality disorder: a current review. *Curr Psychiatry Rep* 2013;15:427.
6. Hare RD. Manual for the revised psychopathy checklist. 2. painos. Toronto: Multi-Health Systems 2003.
7. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet* 2002;359:545–50.
8. Repo-Tiihonen E, Holi M, Tiihonen J. Psykopatian etiologia. Kirjassa: Häkkänen-Nyholm H, toim. Psykopatia. Helsinki: Edita Prima Oy 2009, s. 99–111.
9. Hutchings B, Mednick SA. Registered criminality in the adoptive and biological parents of registered male criminal adoptees. *Proc Annu Meet Am Psychopathol Assoc* 1975:105–16.
10. Tiihonen J, Rautiainen MR, Ollila HM, ym. Genetic background of extreme violent behavior. *Mol Psychiatry* 2015;20:786–92.
11. Cornet LJ, de Kogel CH, Nijman HL, Raine A, van der Laan PH. Neurobiological changes after intervention in individuals with anti-social behaviour: a literature review. *Crim Behav Ment Health* 2015;25:10–27.
12. Rodrigo C, Rajapakse S, Jayananda G. The “antisocial” person: an insight in to biology, classification and current evidence on treatment. *Ann Gen Psychiatry* 2010;9:31.
13. Yang Y, Raine A. Prefrontal structural and functional brain imaging findings in antisocial, violent, and psychopathic individuals: a meta-analysis. *Psychiatry Res* 2009;174:81–8.
14. Crowe SL, Blair RJ. The development of antisocial behavior: what can we learn from functional neuroimaging studies? *Dev Psychopathol* 2008;20:1145–59.
15. Tiihonen J, Rossi R, Laakso MP, ym. Brain anatomy of persistent violent offenders: more rather than less. *Psychiatry Res* 2008;163:201–12.
16. Aoki Y, Inokuchi R, Nakao T, Yamasue H. Neural bases of antisocial behavior: a voxel-based meta-analysis. *Soc Cogn Affect Neurosci* 2014;9:1223–31.
17. Thompson DF, Ramos CL, Willett JK. Psychopathy: clinical features, developmental basis and therapeutic challenges. *J Clin Pharm Ther* 2014;39:485–95.
18. Latalova K, Prasko J, Kamaradova D, Sedlackova J, Ociskova M. Comorbidity bipolar disorder and personality disorders. *Neuro Endocrinol Lett* 2013;34:1–8.
19. Volavka J. Comorbid personality disorders and violent behavior in psychotic patients. *Psychiatr Q* 2014;85:65–78.
20. Cloninger CR, Sigvardsson S, Gilligan SB, von Knorring AL, Reich T, Bohman M. Genetic heterogeneity and the classification of alcoholism. *Adv Alcohol Subst Abuse* 1988;7:3–16.
21. Olds D, Henderson CR Jr, Cole R, ym. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *JAMA* 1998;280:1238–44.
22. Lees DG, Fergusson DM, Frampton CM, Merry SN. A pilot study to evaluate the efficacy of adding a structured home visiting intervention to improve outcomes for high-risk families attending the Incredible Years Parent Programme: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 2014;15:66.
23. May J, Osmond K, Billick S. Juvenile delinquency treatment and prevention: a literature review. *Psychiatr Q* 2014;85:295–301.
24. Foster EM, Jones D; Conduct Problems Prevention Research Group. Can a costly intervention be cost-effective?: An analysis of violence prevention. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63:1284–91.
25. Olver ME, Lewis K, Wong SC. Risk reduction treatment of high-risk psychopathic offenders: the relationship of psychopathy and treatment change to violent recidivism. *Personal Disord* 2013;4:160–7.
26. Gibbon S, Duggan C, Stoffers J, ym. Psychological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2010:CD007668.
27. Khalifa N, Duggan C, Stoffers J, ym. Pharmacological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2010:CD007667.