

**VAHINGOITTAVAAN
SEKSUAALIKÄYTTÄYTYMISEEN
SYYLLISTYNEIDEN NUORTEN
PSYKOSOSIAALINEN HOITO.
SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS.**

Jenni Mäkinen
Syventävien opintojen kirjallinen työ
Tampereen yliopisto
Lääketieteen yksikkö
Toukokuu 2016

Tampereen yliopisto
Lääketieteen yksikkö
Nuorisopsykiatrian oppiala

JENNI MÄKINEN: VAHINGOITTAVAAN SEKSUAALIKÄYTTÄYTYMISEEN
SYLLISTYNEIDEN NUORTEN PSYKOSOSIAALINEN HOITO. SYSTEMAATTINEN
KIRJALLISUUSKATSAUS.

Kirjallinen työ, 24 s.
Ohjaaja: Professori Riittakerttu Kaltiala-Heino

Toukokuu 2016

Avainsanat: nuori, seksuaalirikokset, sukupuolinen häirintä, psykoterapia

Nuorten vahingoittava seksuaalikäyttäytyminen on vähän tutkittu aihe. Psykiatriset ongelmat ovat pikemminkin sääntö kuin poikkeus siihen syyllistyneiden nuorten keskuudessa. Tutkimukset eivät toistaiseksi ole osanneet vastata kysymykseen, mikä hoitomuoto olisi tehokkain näiden nuorten kohdalla. Mihin suuntaan hoitoja tulisi tulevaisuudessa kehittää? Tämän tutkimuksen tavoitteena on tarkastella olemassa olevia psykososiaalisia hoitomuotoja ja arvioida niiden vaikuttavuutta.

Systemaattinen kirjallisuushaku toteutettiin Ovid Medline- ja PsycInfo-tietokannoissa. Mukaan otettiin vuoden 1990 jälkeen julkaistut interventiotutkimukset, jotka käsittelivät vahingoittavaan seksuaalikäyttäytymiseen syyllistyneiden nuorten psykososiaalista hoitoa. Hoidon vaikutusta seksuaalirikosten uusimiseen tarkastelevia tutkimuksia löytyi vähän, ja niistäkin harva sopi laadultaan intervention arvioimiseen. Satunnaistettujen kokeiden järjestäminen psykiatrisissa potilasryhmissä onkin haastavaa eettisten näkökohtien vuoksi. Katsauksessa perheen ja lähiympäristön kanssa yhteistyössä toteutetusta multisysteemisestä terapiasta saatiin lupaavia hoitotuloksia satunnaistetuissa kokeissa. Hoidossa kannattaa siten puuttua muihinkin ongelmakohtiin nuoren elämässä vahingoittavan seksuaalikäyttäytymisen lisäksi.

SISÄLLYSLUETTELO

1 Johdanto	4
1.1 Taustaa	4
1.1.1 Seksuaalisuudesta	4
1.1.2. Vahingoittava seksuaalikäyttäytyminen	4
1.2 Katsauksen tarkoitus	6
2 Tutkimuksen toteutus	6
2.1 Hakustrategia	6
2.2 Sisäänotto- ja poissulkukriteerit	8
3 Tulokset	8
3.1 Kognitiivis-behavioraalinen terapia	9
3.2 Multisysteeminen terapia	12
3.3 Mode deactivation therapy	14
3.4 Muut terapiasuuntaukset	15
4 Pohdinta	18
4.1 Vahingoittavan seksuaalikäyttäytymisen uusiminen	18
4.2 Tulosten merkitys	19
4.3 Tulevaisuuden suuntaviivoja	20
5 Lähteet	21

1 JOHDANTO

1.1 Taustaa

1.1.1 Seksuaalisuudesta

Seksuaalisuus on osa ihmistä koko elämän ajan, ja se kehittyy ja muotoutuu jatkuvasti eri elämänvaiheissa (1). Jo vauvaikäinen hakee mielihyvän tunnetta pyrkimällä kontaktiin äidin kanssa, imemällä tuttia tai peukaloaan, ja koskettelemalla muitakin ruumiinosiaan (2). 3–6-vuotiailla lapsilla esiintyy jo enenevässä määrin kiinnostusta muun muassa sukupuolten välisiin eroihin, raskauteen ja ”lääkäreikkeihin”. Myös tirkistelyn halu ja sukuelinten koskettelu kavereiden kesken on tässä iässä normaalia. Kouluikään mennessä lapselle kehittyy häveliäisyyden taju ja vanhempien opettamana käsitys siitä, minkälainen käytös sallitaan julkisesti ja mikä vain yksin ollessa. Hyvien ystävien kesken esiintyy silti tutkiskelevaa seksuaalista käytöstä esimurrosikään saakka.

Normaalin ja ongelmallisen seksuaalisen käyttäytymisen erottaminen ei aina ole yksiselitteistä. Normaaliin seksuaaliseen toimintaan kuuluu molemminpuolinen suostumus ja se tapahtuu suunnilleen samassa kehitysvaiheessa olevien henkilöiden välillä. Jos seksuaaliseen toimintaan liittyy pakottamista tai kehitysvaiheeseen sopimattomia aktiviteetteja, se loukkaa lapsen tai nuoren seksuaalista itsemääräämisoikeutta ja aiheuttaa vahinkoa hänen psykoseksuaaliselle kehitykselleen. (3)

1.1.2 Vahingoittava seksuaalikäyttäytyminen

Vahingoittava seksuaalikäyttäytyminen ei aina ole Suomen lain mukaan rangaistavaa. Esimerkiksi alle 15-vuotiaita ei näistä teoista rangaista, koska heitä pidetään rikosoikeudellisen vastuukäytön perusteella syyntakeettomina. Lastensuojelu voi kuitenkin puuttua näiden nuorten toimintaan. Kriminalisoituja tekoja Suomen rikoslaisissa ovat raiskaus, törkeä raiskaus, pakottaminen seksuaaliseen tekoon, seksuaalinen hyväksikäyttö, seksuaalinen ahdistelu, lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö, törkeä lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö, seksikaupan kohteena olevan henkilön hyväksikäyttö, seksuaalipalvelujen ostaminen nuorelta, lapsen houkutteleminen seksuaalisiin tarkoituksiin, sukupuolisiveellisyttä loukkaavan lasta koskevan esityksen seuraaminen, sekä paritus ja törkeä paritus. (4)

Valitettavan suuri osa seksuaalirikoksista ei tule viranomaisten tietoon (5). Jos esimerkiksi tietyn tyyppiset seksuaalirikokset jäävät useammin ilmoittamatta viranomaisille, saattaa tilastoista ja

tutkimuksista muodostua virheellinen kokonaiskuva seksuaalirikollisuudesta. Saatavissa olevan tiedon mukaan Suomessa vuonna 2014 raiskausrikosten tekijöistä 1,7 % oli alle 15-vuotiaita ja 22 % 15–20-vuotiaita (5). Alaikäisten osuus seksuaalirikoksista epäillyistä oli 11 % (6).

Vahingoittavaan seksuaalikäyttäytymiseen syyllistyvän nuoren keskimääräinen ikä on tutkimuksissa ollut 14–15 vuotta. Ainakin 90 % heistä on poikia. (7-9) Pojilla fyysinen murrosikä sijoittuu keskimäärin 12–15 ikävuoden välille. Sen aiheuttamat muutokset aiheuttavat hämmennystä nuorena, jolla ei vielä ole olemassa aikuisen mielenhallinnan keinoja näiden asioiden käsittelemiseksi. Sekä fyysisten että muiden nuoruusikään liittyvien elämänmuutosten myötä normaaliin varhaisnuoruuteen kuuluu psykososiaalinen taantumavaihe. Tällöin nuoren käytös voi olla ajoittain lapsenomaista ja impulssikontrolli heikentynyt. Taantuma muodostaakin haasteita nuoren kehittyvälle seksuaalisuudelle, sillä yksi nuoruusiän kehityksellisistä tehtävistä on muuttuvan ruumiinkuvan, seksuaalisuuden ja seksuaalisen identiteetin jäsentäminen. Lisääntyvät seksuaaliset ylläkkeet, mielialojen vaihtelu ja impulsiivisuus johtavatkin siten joskus harkitsemattomaan käytökseen. (10)

Aiemmissa tutkimuksissa ei ole kyetty osoittamaan yksittäisiä vahingoittavaan seksuaalikäyttäytymiseen johtavia syitä tai riskitekijöitä. Syyllistyneillä nuorilla esiintyy kuitenkin runsaasti psykiatrisia ongelmia. Yleisimpiä ovat käytöshäiriöt sekä mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt. Myös lapsuudenaikainen seksuaalisen hyväksikäytön kohteeksi joutuminen on vahingoittavaan seksuaalikäyttäytymiseen syyllistyneillä yleisempää kuin muussa väestössä. (11,12) Psykiatriset häiriöt voivat vaikuttaa nuoren seksuaaliseen käyttäytymiseen ja toisaalta vaikeuttaa hoidon toteutumista. Hoidossa tulee ottaa huomioon nuoren koko oirekuva, jotta saadaan käsitys hänen persoonallisuudestaan ja vahingoittavaan käytökseen johtaneista tekijöistä. (13,14)

Osalla nuorista vahingoittavaa seksuaalikäyttäytymistä esiintyy osana muuta rikoskäyttäytymistä. Heillä on tyypillisesti antisosiaalisia ikätoverisuhteita ja ongelmia päihteiden käytön kanssa. (11-13) Vain osa nuorista taas syyllistyy yksinomaan vahingoittavaan seksuaalikäyttäytymiseen. Näillä nuorilla on antisosiaalisia nuoria enemmän poikkeavia seksuaalisia kiinnostuksen kohteita, ahdistuneisuutta, sosiaalista eristäytyneisyyttä ja huonompi itsetunto. Lisäksi heitä on toista ryhmää useammin hyväksikäytetty seksuaalisesti lapsuudessa. (11) Aikuisia seksuaalirikollisia tutkittaessa jaottelua on tehty myös uhrin iän mukaan. Nuorten kohdalla tutkimusta ei ole vielä riittävästi, jotta voitaisiin sanoa, päteekö tämä luokittelu heidänkin kohdallaan. Seto & Lalumiere (11) meta-analyysin mukaan lapsiin rikoksensa kohdistavilla nuorilla on useammin taustalla omakohtainen hyväksikäyttökokemus, ja he ovat vähemmän antisosiaalisia kuin samanikäisiin tai aikuisiin rikoksensa kohdistavat nuoret. Tähänastiset tutkimustulokset uhrin ikään liittyen ovat

olleet ristiriitaisia, ja joidenkin tutkimusten mukaan nuoria ei voitaisi jakaa ryhmiin uhrin iän perusteella yhtä selvästi kuin aikuisia. (8,15)

1.2 Katsauksen tarkoitus

Tämä systemaattinen kirjallisuuskatsaus tarkastelee vahingoittavaan seksuaalikäyttäytymiseen syyllistyneiden nuorten psykososiaalista hoitoa. Vuonna 2015 ilmestyneen meta-analyysin mukaan yleisimmin käytetty hoitomenetelmä on kognitiivis-behavioraalinen terapia. Myös multisysteemisen terapian hyödyistä on saatu näyttöä. (16) Nuoruusikäisiin kohdistuvia tutkimuksia on toistaiseksi tehty verrattain vähän. Aikuisilla tehdyistä hoitotutkimuksista taas ei voida tehdä suoria johtopäätöksiä nuorten suhteen, sillä syyllistyneet nuoret eivät tutkitusti ole samankaltaisia ryhmänä kuin syyllistyneet aikuiset (14). Koska nuorista tekijöistä voidaan erottaa kaksi ryhmää – vain seksuaalirikoksia tekevät ja monenlaisiin rikoksiin syyllistyvät – tarvitaan lisätietoa hoitomenetelmien vaikuttavuudesta kohdennettuna erilaisiin tekijöihin.

2 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Katsauksen tarkoituksena on selvittää, minkälaisia hoitokokeiluja nuorille on tehty ja mikä on ollut niiden vaikuttavuus. Systemaattiset kirjallisuushaut tehtiin 19.1.2016 Ovid Medline- ja PsycInfo-tietokannoista, joissa tutkimuskysymyksen perusteella muodostettiin kolmesta hakutermistä koostuvat haut.

2.1 Hakustrategia

Medlinessa haut muodostettiin MeSH-asiasanoista. Ensimmäinen hakutermi koski vahingoittavaa seksuaalikäyttäytymistä. Ainoa tarkoitukseen sopiva MeSH-termi on "Sex offenses". Lisäksi käytettiin useita vapaasanahakutermejä, koska muuten sopivia tuloksia ei saatu riittävästi. Vapaasanahakutermit on merkitty päätteellä ".mp". "Sex offenses" ja "sex offens*.mp"-hakutermeihin yhdistettiin AND-operaattorilla hakutermit "Antisocial personality disorder", "Juvenile delinquency", "antisocial*.mp" ja "perpetr*.mp", jotta hakua saataisiin kohdistettua tekijöihin uhrien sijasta. Ensimmäiseksi hakutermit muodostui (sex offend*.mp OR sexual offend*.mp OR sexually offen*.mp OR sex crim*.mp OR sexually violent.mp OR sexual viol*.mp OR sexual coerc*.mp OR sexually coercive.mp OR sexual aggress*.mp OR sexually aggress*.mp OR sexually abusi*.mp OR sexually harm*.mp OR sexual exploit*.mp OR sexually exploit*.mp OR

sexual perpetr*.mp OR ((exp *Sex offenses/ OR sex offens*.mp) AND (exp Antisocial personality disorder/ OR antisocial*.mp OR exp Juvenile delinquency/ OR perpetr*.mp)).

Toinen hakutermi koski hoitoa ja interventioita. Käytettyjä MeSH-termejä olivat "Treatment outcome", "Psychotherapy", "Rehabilitation" ja "Counseling". Lisäksi käytettiin vapaasanahakutermejä "rehabilit*.mp", "psychotherap*.mp", "counsel*.mp", "intervention*.mp", "treatment*.mp", "therap*.mp", "psychosocial intervention*.mp" ja "individual therap*.mp". Toinen hakutermi oli siis (exp *Treatment outcome/ OR exp Psychotherapy/ OR exp Rehabilitation/ OR exp Counseling/ OR rehabilit*.mp OR psychotherap*.mp OR counsel*.mp OR intervention*.mp OR treatment*.mp OR therap*.mp OR psychosocial intervention*.mp OR individual therap*.mp).

Kolmannella hakutermillä kohdennettiin hakua nuoriin. Katsauksessa tarkastellaan 13–22-vuotiaita, mutta koska lasten- ja nuorisopsykiatria eivät kaikkialla maailmassa ole erillisiä erikoisaloja, oli hakutermeissä mukana myös lapsiin viittaavia sanoja. Kolmannessa hakutermissä MeSH-termejä olivat "Adolescent", "Adolescent behavior", "Adolescent psychiatry", "Psychology, Adolescent", "Child", "Child Behavior", "Child psychiatry", "Psychology, child", "Child behavior disorders" ja ("Adolescent medicine" AND "Psychiatry"). Lisäksi käytettiin vapaasanahakutermejä "adolescen*.mp", "juvenile*.mp" ja "child*.mp". Kolmas hakutermi on (exp Adolescent/ OR exp Adolescent behavior/ OR exp Adolescent psychiatry/ OR exp Psychology, Adolescent/ OR exp Child/ OR exp Child behavior/ OR exp Child psychiatry/ OR exp Psychology, child/ OR exp Child behavior disorders/ OR (exp Adolescent medicine/ AND exp Psychiatry/) OR adolescen*.mp OR juvenile*.mp OR child*.mp).

Kolme hakutermiä yhdistettiin AND-operaattorilla. Sen jälkeen tulokset rajattiin englanninkielisiin, vuoden 1990 jälkeen julkaistuihin artikkeleihin. Käsin läpikäytäväksi jäi 1153 artikkelia.

PsycInfo-tietokannassa käytettiin Thesaurus-asiasanoja, jotka valittiin vastaaviksi kuin Medline-haussa käytetyt MeSH-asiasanat. Lisäksi tehtiin erillinen vapaasanahaku, jotta saataisiin tarpeeksi kattava hakutulos. Thesaurus-hakusanoista muodostettu hakustrategia oli (SU.EXACT.EXPLODE("Adolescent Psychiatry") OR SU.EXACT.EXPLODE("Child Psychiatry") OR SU.EXACT.EXPLODE("Adolescent Psychopathology") OR SU.EXACT.EXPLODE("Child Psychopathology") OR SU.EXACT.EXPLODE("Adolescent Psychology") OR SU.EXACT.EXPLODE("Child Psychology")) AND MJSUB.EXACT.EXPLODE("sex offenses") AND (SU.EXACT.EXPLODE("Treatment") OR SU.EXACT.EXPLODE("Intervention") OR SU.EXACT.EXPLODE("Counseling")).

Vapaasanahauksi muodostui (("adolescen*" OR "juvenile*" OR "child*") AND ("sex offend*" OR "sexual offend*" OR "sex crim*" OR "sex offense*" OR "sexual viol*" OR "sexually viol*" OR

"sexual coerc*" OR "sexually coercive" OR "sexual agres*" OR "sexually agres*" OR "sexually abusi*" OR "sexually harm*") AND ("treatment*" OR "therap*" OR "psychosocial intervention*" OR "individual therap*" OR "psychotherap*" OR "rehabilit*" OR "counsel*").

Tulokset rajattiin vielä englanninkielisiin, vertaisarvioituihin, vuoden 1990 jälkeen julkaistuihin artikkeleihin. Lukuisten tulosten karsimisen helpottamiseksi PsycInfon hakutyökalulla rajattiin vielä pois tutkimuksia, joissa tutkimusasetelma tai tutkittava teema eivät olleet sopivia, ja jotka hakutermeistä huolimatta eivät kohdistuneet 13–22-vuotiaisiin. Näin saatiin 332 artikkelia käsin läpikäytäväksi.

2.2 Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Medlinen ja PsycInfon tuloksista mukaan systemaattiseen katsaukseen otettiin sellaiset tutkimukset, joissa on tarkasteltu vahingoittavaan seksuaalikäyttäytymiseen syyllistyneille nuorille kohdennettuja psykososiaalisia interventioita, joiden tavoitteena on vähentää vahingoittavan seksuaalikäyttäytymisen uusimista. Mukaan otettiin länsimaiset tutkimukset, joissa kaikki tai valtaosa tutkittavista on ollut nuoruusikäisiä (13–22 v), tai joissa intervention tulokset on esitetty erikseen nuoruusikäisten osalta, vaikka valtaosa tutkittavista on ollut aikuisia. Hakutuloksista 17 tutkimusta täytti asetetut kriteerit. Niiden lisäksi mukaan otettiin kriteereihin sopivat neljä tutkimusta, jotka löytyivät hakutulosten kirjallisuusluetteloista tai muun oheiskirjallisuuden kautta.

3 TULOKSET

Tässä kappaleessa esitellään katsaukseen valikoituneet artikkelit terapiasuuntauksittain. Valtaosassa tutkimuksista hoidon tuloksellisuutta arvioitiin viranomaisten tietoon tulleiden uusien seksuaalirikkomusten perusteella. Jotkin tutkimukset käyttivät hoitotulosten arvioimiseen erilaisia seksuaalikäyttäytymiseen liittyviä asennemuutoksia mittaavia menetelmiä, jotka esitellään myöhemmin tutkimuskohtaisesti. Perusteluna niiden käytölle oli yleensä tieto siitä, että läheskään kaikki seksuaalirikokset eivät tule viranomaisten tietoon. Katsaukseen valikoituneissa tutkimuksissa lähes kaikki tutkittavat olivat syyllistyneet fyysiseen vahingoittavaan seksuaalikäyttäytymiseen. Vain muutamien tutkittavien kohdalla oli kyse esimerkiksi itsensäpaljastamisesta. Useimmissa tutkimuksissa tarkasteltiin vain poikia, ja koko aineistossa tyttöjä oli vain muutama. Tutkittavien keskimääräinen ikä oli kaikissa tutkimuksissa 13–17 vuotta. Nuorimmat olivat hoidon alkaessa 11-vuotiaita ja vanhimmat 20-vuotiaita.

3.1 Kognitiivis-behavioraalinen terapia (CBT)

Kognitiivis-behavioraalinen terapia (CBT) on yleisin vahingoittavaan seksuaalikäyttäytymiseen syyllistyneiden nuorten hoitomenetelmä (16). Kun 1990-luvun alkupuolella Yhdysvalloissa yleistyivät seksuaalirikoksiin syyllistyneiden nuorten pakollista hoitoa vaativat lait, lisääntyi samalla hoito-ohjelmien tarve (17,18). Koska aihetta ei tällöin ollut vielä tutkittu, käyttöön otettujen hoitojen toimivuudesta ei siis voitu olla varmoja. CBT oli yksi aikuisilla seksuaalirikollisilla käytetyistä hoitomuodoista, joten sitä alettiin nuoriin keskittyvän tutkimustiedon puuttuessa käyttää myös nuorilla (17). Vielä vuosituhaten vaihteessakin hoito-ohjelmia koskevia tutkimuksia oli tehty hyvin vähän (19). Nykyään tiedetään näiden nuorten olevan erilaisia kuin aikuisten tekijöiden (14), joten tutkimustietoa aikuisten hoidosta ei voida suoraan yleistää nuoriin. Walker, McGovern, Poey & Otis (20) meta-analyysi suositteli CBT:aa vahingoittavaan seksuaalikäyttäytymiseen syyllistyneiden nuorten hoidoksi. Se tosin kattoi vain kymmenen tutkimusta, joista vain kahdessa oli jonkinlainen vertailuryhmä. Suositus CBT:n käyttämisestä perustui siis hyvin löyhään näyttöön.

CBT:aa voidaan yksilöterapian lisäksi toteuttaa myös ryhmämuotoisena. Terapiassa potilas pyritään saamaan tietoiseksi hänen haitallisista mielensisäisistä malleistaan tai *skeemoista*, jotka ylläpitävät psykiatrisia ongelmia ja vahingollista käyttäytymistä. Vahingoittavan seksuaalikäyttäytymisen kohdalla tällaiset vääristyneet uskomukset ovat usein negatiivissävytteisiä käsityksiä omasta itsestä, toisista ihmisistä ja ihmisten välisistä vuorovaikutussuhteista. Useissa hoito-ohjelmissa käsiteltäviä asioita ovatkin itsetunto, empatiakyky, vääristyneet käsitykset seksuaalisesta vuorovaikutuksesta, oman haitallisen käyttäytymisen tunnistaminen ja siitä vastuun kantaminen. Potilaan tunnistettua ajatusmallinsa ja ymmärrettyä niiden ja tekojensa välisen yhteyden, voidaan niitä alkaa työstämään ja etsimään samalla parempia toimintamalleja vahingollisen käyttäytymisen tilalle.

Terapiakäytäntöön kuuluu, että tapaamisten välillä potilas harjoittelee uusia toimintatapoja käytännössä. Näin terapeutti pystyy tukemaan uusien toimintatapojen käyttöönottoa ja onnistumisten myötä potilas voi muokata käsitystä omasta itsestään. Harjoitettavia alueita voivat olla vahingoittavaan seksuaalitekoon johtavan käyttäytymisen ennaltaehkäisemisen lisäksi esimerkiksi sosiaaliset taidot ja toimivien ihmissuhteiden muodostaminen, vihan hallinta ja terveiden seksuaalisuuteen liittyvien asenteiden omaksuminen. Muita tärkeitä terapiassa käsiteltäviä asioita ovat tunteiden vaikutus käyttäytymiseen, vahingoittamiseen johtaneet syyt, sekä usein taustalla oleva omakohtainen hyväksikäyttökokemus. (21-26)

Tämän katsauksen vanhin CBT:aa käsittelevä artikkeli on vuodelta 1990. Avohoidon ohjelma seksuaalirikoksen tehneille nuorille oli sovellettu aikuisille suunnitellusta ohjelmasta. Ryhmäterapian lisäksi potilaat tekivät erilaisia harjoitteita, joissa esimerkiksi yhdistettiin

seksuaalirikkomukseen johtaneet tuntemukset ja ajatukset mielikuvaan kiinni jäämisestä. Harjoitusten tarkoituksena oli pyrkiä muuttamaan nuorten seksuaalikäyttäytymistä perinteisiin behavioraalisiin menetelmin. 52 hoidon loppuun suorittanutta nuorta osallistui vuoden seurannan jälkeen haastatteluun. Heistä viisi oli uusinut seksuaalirikoksen. (27)

Shapiro, Welker & Pierce (22) tarkastelivat tutkimuksessaan hoitolaitoksessa toteutettua aggressiivisen seksuaalikäyttäytymisen hoitoon suunnattua ohjelmaa. Tutkimuksessa oli mukana 26 poikaa, joiden kohdalla aiemmat avohoidon toimet olivat osoittautuneet riittämättömiksi. Ohjelman kesto oli 18 kk, ja siihen sisältyi yksilöterapiaa kerran ja ryhmäterapiaa kahdesti viikossa. Psykiatrasta lääkitystä käytettiin tarvittaessa. Hoidon aikana potilailla havaittiin merkitseviä asennemuutoksia seksuaalikäyttäytymiseen liittyen. Arviointimenetelmänä oli Adolescent Cognitions Scale, joka on tarkoitettu kognitiivisten vääristymien kartoittamiseen vahingoittavaan seksuaalikäyttäytymiseen syyllistyneillä nuorilla. Kelvollisten vastausten määrä eri mittausajankohdissa kuitenkin vaihteli. Parhaimmillaankin yhdessä mittauspisteessä vastauksen oli antanut vain 19 nuorta, ja huonoimmassa tapauksessa vain 12 nuorta. Vuoden jälkiseurannan aikana kaksi nuorta oli syyllistynyt uuteen seksuaalirikkomukseen.

Apsche, Evile, & Murphy (24) tutkimuksessa seurattiin kymmentä poikaa, jotka osallistuivat Apschen kehittämään CBT-pohjaiseen *Thought Change System* -ohjelmaan hoitolaitoksessa. Ohjelmaan sisältyi ryhmä-, yksilö-, ja perheterapiaa, sekä tarvittaessa psykiatrisia, toimintaterapeuttisia ja ammatillisia palveluita. Ohjelmassa hyödynnettiin myös dialektisesta käyttäytymisterapiasta peräisin olevaa radikaalin hyväksynnän periaatetta. Hoidon kesto oli keskimäärin 18,3 kk. Potilaiden riskitasoa arvioitiin J-SOAP-arviointimenetelmällä.

J-SOAP eli Juvenile Sex Offender Assessment Protocol on tarkoitettu 12–18-vuotiaiden vahingoittavaan seksuaalikäyttäytymiseen syyllistyneiden nuorten rikoksen uusimisriskin arvioimiseen. Sen avulla voidaan myös seurata hoidon aikana tapahtuneita muutoksia. J-SOAP koostuu neljästä asteikosta, joista kaksi ensimmäistä mittaavat staattisia ja kaksi jälkimmäistä dynaamisia tekijöitä. Staattisiin tekijöihin lukeutuvat muun muassa lapsuuden aikaiset käytösongelmat ja aiempien seksuaalirikkomusten luonne. Dynaamiset tekijät taas kuvaavat muuttuvampia tekijöitä, kuten asenteita ja sopeutumista yhteiskuntaan. Arvioitaessa hoidon aikana tapahtuneita riskitason muutoksia voidaankin tarkastella vain dynaamisen asteikon pistemäärän muutoksia, sillä potilaan staattisen asteikon pistemäärä ei muutu. Tuloksille ei kuitenkaan ole määritelty virallisia pisterajoja, joiden perusteella voitaisiin luokitella nuoret suuren ja pienen riskin ryhmiin. (28-30) Apsche, Evile & Murphy (24) tutkimuksessa potilaiden riskitasoa arvioitiin hoidon alussa ja siitä eteenpäin kuuden kuukauden välein. Artikkelissa raportoidaan vain kuuden ja kahdentoista kuukauden välillä tapahtunut muutos: J-SOAP:n kokonaispisteiden keskiarvo laski 25,9:stä 19,9:ään, maksimipisteiden ollessa 46.

Edwards, Beech, Bishopp, Erikson, Friendship & Charlesworth (31) kävivät tutkimuksessaan läpi 49 seksuaaliseen hyväksikäyttöön syyllistyneen pojan tiedot. Laitoshoito-ohjelman terapiamuotona oli yksilö- ja ryhmämuotoinen CBT. 24 nuorta kävi hoidon loppuun asti, ja heistä yksikään ei keskimäärin 38,54 kuukauden seurannan aikana uusiutunut seksuaalirikosta. 25 nuoresta, jotka keskeyttivät hoidon, neljä uusi seksuaalirikoksen keskimäärin 45,52 kuukauden seurannan aikana. Ryhmien välinen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

Waite, Keller, McGarvey, Wieckowski, Pinkerton & Brown (32) raportoivat tutkimuksessaan kahden eri laitoshoidon tulokset. Molemmissa ohjelmat olivat CBT-pohjaisia, mutta niiden välisiä eroavaisuuksia ei artikkelissa tarkenneta. 144 poikaa osallistui intensiivisempään ohjelmaan, ja he asuivat yhdessä toisten seksuaalirikokseen syyllistyneiden nuorten kanssa. Hoidon keskimääräinen pituus oli 31,7 kk ja seurannan 56,2 kk. Tämän ryhmän potilaista 4,9 % uusi seksuaalirikoksen. 112 poikaa osallistui vähemmän intensiiviseen ohjelmaan. He asuivat muunlaisiin rikoksiin syyllistyneiden nuorten kanssa. Hoidon keskimääräinen pituus oli 12,8 kk ja seurannan 69,3 kk. Seksuaalirikoksen uusimisprosentti oli 4,5 %. Tutkimuksessa potilaita ei satunnaistettu hoitoryhmiin, ja ryhmien ominaisuuksissa oli jo alussa eroja. Myöskään hoidon loppuun suorittaneiden osuutta ei tiedetä. Näin ollen ryhmien hoitotuloksiakaan ei voida verrata keskenään. Tulokset kertovat kuitenkin hyvin hoidon todellisesta tuloksellisuudesta sikäli, että sovellettaessa mitä tahansa hoitoa käytäntöön osa potilaista keskeyttää hoidon.

Worling & Curwen (23) sekä Worling, Litteljohn & Bookalam (33) seurasivat 148 vahingoittavaan seksuaalikäyttäytymiseen syyllistynyttä nuorta kahdenkymmenen vuoden ajan. 58 heistä, 53 poikaa ja neljä tyttöä, oli ollut mukana SAFE-T-avohoidon ohjelmassa (The Sexual Abuse: Family Education and Treatment) vähintään vuoden. Ohjelmassa 71 % sai sekä yksilö-, ryhmä-, että perheterapiaa. Hoidon kesto määräytyi kunkin yksilön tarpeen mukaan, ja keskimäärin se oli 24,43 kk. 18 nuorta jättäytyi ohjelmasta pois 12 kuukautta sen alkamisen jälkeen, mutta heidät laskettiin analyysissä hoitoryhmään kuuluviksi. Vertailuryhmän muodostivat loput 90 nuorta, 86 poikaa ja neljä tyttöä. Heistä 17 oli kieltäytynyt ohjelmasta, 46:lle oli tehty vain alkuarviointi, ja 27 oli jättäytynyt ohjelmasta pois 12 kuukauden sisällä sen aloittamisesta. Vertailuryhmästä 67 % sai jotakin hoitoa ohjelman ulkopuolella.

Worling & Curwen (23) artikkelissa keskimääräinen seuranta-aika oli 6,23 vuotta hoidon alkamisajankohdasta laskettuna. Tällöin hoitoryhmän nuorista 5 % ja vertailuryhmän nuorista 18 % oli uusiutunut seksuaalirikoksen. Ero oli merkitsevä. Worling, Litteljohn & Bookalam (33) artikkelissa keskimääräinen seuranta-aika oli 16,23 vuotta, ja uusimisprosentit 9 % ja 21 %. Ero oli jälleen merkitsevä. Tutkimusasetelmaa on kritisoitu siitä, että osa pudokkaista siirrettiin vertailuryhmään. Täten intention to treat -periaate ei siis toteutunut. Dataa ensimmäisen kymmenen vuoden ajalta

onkin myöhemmin analysoitu uudelleen (34): sisällytettäessä kaikki pudokkaat hoitoryhmään, ryhmien väliset erot uusimisprosentteissa supistuvat ja siten hoidon vaikuttavuus vähenee.

Reh fuss, Underwood, Enright, Hill, Marshall, Tipton, West & Warren (29) vertailivat kolmen potilasryhmän laitoshoidon tuloksia. Potilaat olivat seksuaalirikoksiin syyllistyneitä poikia, jotka oli heidän tekemänsä rikkeen vakavuuden perusteella jaettu kolmeen eri riskitason ryhmään. Matalimman riskitason ryhmässä oli 66 poikaa, keskitason ryhmässä 149 ja korkean riskin ryhmässä 94. Matalimman riskitason potilaiden hoito kesti 0–9 kk, keskitason 9–23 kk ja korkeimman tason 23–56 kk. Ryhmäterapia oli kaikissa pääsääntöinen hoitomuoto, mutta yksilöllinenkin ohjaus ja perhetapaamiset kuuluivat ohjelmiin. Tutkimuksessa tarkasteltiin potilaiden J-SOAP-II:n dynaamisen skaalan pisteitä ennen hoitoa ja sen jälkeen.

J-SOAP-II on päivitetty versio jo aiemmin kuvatus ta J-SOAP-arviointimenetelmästä. Pisteytys- ja tulkintaperiaate on sama, mutta kysymyksiä on enemmän, joten maksimipistemäärä on 56. Vain keskitason riskiryhmän riskitasossa havaittiin merkitsevää laskua, joskaan tarkkoja pistemääriä ei artikkelissa raportoida.

3.2 Multisysteeminen terapia (MST)

Multisysteeminen terapia (MST) kehitettiin alun perin antisosiaalisten nuorten hoitomuodoksi, ja heidän kohdallaan hoitotulokset ovat olleet lupaavia. Terapiamuotoa tutkinut Charles Borduin toteaaakin, että sen voidaan olettaa hyödyttävän ainakin osaa vahingoittavaan seksuaalikäyttäytymiseen syyllistyneistä nuorista, koska heidän joukossaan on paljon antisosiaalisia nuoria. MST pohjautuu ekologiseen systeemiteoriaan, jonka mukaan yksilön kehitykseen ja käytökseen vaikuttavat vahvasti perhe, ikätoverisuhteet, koulu ja muut yhteisöt, sekä näiden väliset vuorovaikutussuhteet. Missä tahansa näistä systeemeistä esiintyvät ongelmat voivat ylläpitää nuoren vahingollista käyttäytymistä, ja MST pyrkiikin vaikuttamaan yksilön itsensä lisäksi myös näihin ympäröiviin systeemeihin. Systeemiteoreetikkojen mukaan pysyvä käyttäytymisen muutos saadaan parhaiten onnistumaan, kun yksilön ympäristö tukee muutosta. (19,35,36)

MST:ssa hyödynnetään sekä CBT:n että erilaisten perheterapioiden käytäntöjä. Interventiot pyritään toteuttamaan nuoren normaalissa toimintaympäristössä eli esimerkiksi kotona ja koulussa. Näin voidaan tunnistaa kunkin systeemin ongelmakohdat ja puuttua niihin. Tutussa ympäristössä on helpompaa saada perhe sitoutumaan nuoren hoitoon ja siten varmistaa pysyvämpi hoidosta hyötyminen. Perheen hyödyntäminen hoidossa onkin yksi MST:n tärkeimmistä periaatteista. Perhe nähdään voimavarana, ja sen tehtävänä on tukea nuorta hoitoon liittyvissä muutoksissa. Yhdessä terapeutin kanssa perhe voi muun muassa kannustaa nuorta irrottautumaan haitallisista ikätovereistaan tarjoamalla tälle sopivampia harrastusmahdollisuuksia, ja tukemalla nuoren

koulunkäyntiä vahvistamalla koulun ja kodin välistä yhteistyötä. MST vaatii siis perheeltä paljon. Terapeutin tärkeänä tehtävänä onkin tukea perhettä nuoren kasvatuksessa ja ohjaamisessa. Myös perheen sisäisiin ongelmakohtiin, kuten psykiatriin tai vuorovaikutuksen ongelmiin, puututaan. Terapiassa pyritään kuitenkin näkemään perhe ja ympäristö voimavaroina ja lisäämään näiden positiivista vaikutusta nuoren elämään. (35)

MST:aa tarkasteltiin neljässä artikkelissa. Kaikki neljä olivat satunnaistettuja tutkimuksia, ja terapiamuodon noudattamista ja tavoitteiden saavuttamista seurattiin terapeuttien yhteisissä tapaamisissa säännöllisesti. Kahdessa tutkimuksessa seurattiin seksuaalirikosten uusimista hoidon jälkeen. Vanhempi, vuonna 1990 tehty tutkimus, oli ensimmäinen vahingoittavaan seksuaalikäyttäytymiseen syyllistyneiden nuorten hoitoa koskeva satunnaistettu tutkimus. Tutkimuksessa oli mukana 16 poikaa, joista 15 oli syyllistynyt fyysistä kontaktia sisältävään seksuaalirikokseen ja yksi itsensäpaljastamiseen. Kahdeksan heistä sai MST:aa ja verrokkiryhmän kahdeksan nuorta pelkkää yksilöterapiaa. MST-interventioiden yhteenlaskettu kesto oli keskimäärin 37 tuntia ja yksilöterapian 45 tuntia. Keskimäärin kolmen vuoden seurannan aikana seksuaalirikoksen uusi MST-ryhmästä yksi nuori (12,5 %) ja verrokkiryhmästä kuusi nuorta (75 %). (36)

Toinen tutkimus oli vuodelta 2009. Siinä oli mukana 48 fyysistä kontaktia sisältäneen seksuaalirikoksen tehnyttä nuorta. Puolet satunnaistettiin MST-ryhmään ja puolet verrokkiryhmään, jossa terapiamuotona oli sekä ryhmä- että yksilömuotoinen CBT. Molempien ryhmien jäsenten terapiaa jatkettiin niin kauan kuin koettiin kunkin kohdalla tarpeelliseksi, eli kunnes hoitohenkilökunta katsoi hoidon tavoitteet saavutetuiksi. MST-ryhmässä nuoret saivat hoitoa keskimäärin 30,8 viikkoa ja verrokkiryhmässä 30,1 viikkoa. Hoidon loputtua rikosten uusimista seurattiin keskimäärin 8,9 vuoden ajan: tänä aikana MST-ryhmästä 8,3 % ja verrokkiryhmästä 45,8 % oli pidätetty seksuaalirikoksesta. (19)

Näiden lisäksi löytyi yksi tutkimus, jossa arvioitiin seksuaalirikoksiin syyllistyneiden poikkeavia seksuaalisia kiinnostuksenkohteita ja seksuaalista riskikäyttäytymistä ACSBI (Adolescent Clinical Sexual Behavior Inventory)-kaavakkeella. Tutkimuksesta on tehty kaksi artikkelia, joista toisessa raportoidaan tuloksia vuoden ja toisessa kahden vuoden kuluttua hoidon alkamisesta. MST:n (N = 67, joista yksi tyttö) kesto oli keskimäärin 7,1 kk. Verrokkiryhmässä (N = 60, joista kaksi tyttöjä) osallistujat saivat viikoittaista CBT-ryhmäterapiaa ja heidän perheensä neuvontaa. Verrokkihoidon kesto oli keskimäärin 14,6 kk ehdollista vankeusrangaistusta kärsivillä nuorilla ja 8,2 kk oikeusprosessin suoraan hoitoon ohjanneilla nuorilla.

Hoidon alussa 26,9 % MST-ryhmästä ja 20,0 % verrokkiryhmästä myönsi omaavansa poikkeavia seksuaalisia kiinnostuksenkohteita. Vuoden jälkeen nämä luvut olivat 10,9 % ja 15,4 %.

Tilastollisen analyysin mukaan MST-ryhmän tulos oli laskenut merkitsevästi enemmän kuin verrokkiryhmän. Vanhempien vastatessa vastaaviin kysymyksiin nähtiin sama merkitsevä pisteiden lasku. Toinen ACSBI-mittarin käytetty skaala tarkasteli seksuaalista riskikäyttäytymistä, kuten pakottamista seksiin, suojaamatonta seksiä ja hyväksikäytön kohteeksi joutumista. Hoidon alussa 58,2 % MST-ryhmästä ja 53,3 % verrokkiryhmästä tunnusti ainakin yhden riskikäyttäytymisen muodon. Vuoden jälkeen luvut olivat 29,7 % ja 48,1 %. Tässä MST-ryhmän muutos parempaan on siis vielä selkeämmin nähtävissä. Myös riskikäyttäytymisen kohdalla vanhempien vastaukset noudattivat nuorten vastausten kanssa samaa linjaa. Ensimmäisen seurantavuoden aikana tiettävästi yksi nuori oli syyllistynyt uudestaan seksuaalirikokseen. (37)

Kahden vuoden seurannassa tyttöjen dataa ei otettu mukaan analyysiin tulosten yleistämisen helpottamiseksi. Poikkeavia kiinnostuksenkohteita raportoi MST-ryhmästä nyt 19 % ja verrokkiryhmästä 34 %. Seksuaalisen riskikäyttäytymisen kohdalla luvut olivat 39 % ja 53 %. Ensimmäisen vuoden aikana saavutetut tulokset eivät siis olleet enää yhtä hyvällä tasolla kahden vuoden jälkeen. Huomattakoon kuitenkin, että MST-ryhmän tulokset olivat edelleen paremmat kuin verrokkiryhmän. Verrokkiryhmän tulokset olivat kahden vuoden seurannan jälkeen palanneet samalle tasolle kuin hoidon alussa. Toisen seurantavuoden aikana havaittiin kolme uutta seksuaalirikostapausta. (38)

3.3 Mode deactivation therapy (MDT)

Mode deactivation therapy (MDT) on verrattain uusi terapiamuoto. CBT:n kehittäjä Aaron Beck esitti moodin olevan tietyn skeeman pohjalta tiedostamattomasti aktivoitua käyttäytymismalli, johon liittyy olennaisena tietynlaisia ajatuksia ja tunteita. MDT nojaakin CBT:n periaatteeseen, että toimimattomien skeemojen vääristyneistä ajatus- ja käyttäytymismalleista voi seurata yksilölle suurta ahdistusta ja erilaisia psykiatrisia sairauksia.

MDT:n kehittäjä Jack A. Apsche oli kliinisessä työssään havainnut, että perinteinen CBT ei välttämättä toimi nuorilla, joilla heidän ajatusmallinsa kyseenalaistaminen aiheuttaa vahvan vastareaktion. Seksuaalista hyväksikäyttöä kokeneet ja siihen syyllistyneet nuoret ovat usein herkistyneet vähäistäkin uhkaa signaloiville merkeille, ja siksi he voivat kokea ahdistavina terapeutin pyrkimykset kyseenalaistaa heidän ajatuksiaan. Tästä johtuen MDT hyödyntää dialektisen käyttäytymisterapian radikaalin hyväksynnän periaatetta. Potilaan kokiessa, että terapeutti hyväksyy tämän ajatusmaailman sellaisenaan kuin se on, hänen on helpompi luottaa terapeuttiin ja alkaa ”tasapainottaa” hänen kanssaan toimimattomia moodejaan.

Myös funktionaalisen analyysin terapian elementtejä käytetään MDT:ssä. Funktionaalisen analyysin terapia korostaa välineellisen ehdollistumisen merkitystä ihmisen käyttäytymisen

ymmärtämisessä. MDT:ssa tiedostamattoman ehdollistumisen katsotaan olevan tärkeä osasy haitallisten skeemojen kehittymiselle ja niiden ylläpitämiselle. MDT:ssa pyritään oppimaan pois näistä ehdollistuneista malleista altistamalla potilas sopiville kokemuksille, joissa hän voi tietoisesti harjoitella uusia toimintatapoja. Oletuksena on, että ajan myötä potilas näin ehdollistuu toimivammille käytös- ja ajatusmalleille. (39-41)

MDT:aa verrattiin Apsche, Bass, Jennings, Murphy, Hunter & Siv (41) tutkimuksessa jo aiemmin mainittuun, CBT-pohjaiseen *Thought Change System* -ohjelmaan, sekä kolmanteen ryhmään, jossa interventiona oli sosiaalisten taitojen valmennus. Potilaiden hoitoryhmä määräytyi satunnaisesti sen mukaan, mihin ryhmään oli paikkoja vapaana. Laitoshoitona toteutettavien ohjelmien kesto oli keskimäärin 11 kk, ja kaikki potilaat olivat tulleet hoitoon seksuaalisen ja muun fyysisen aggressiivisuuden vuoksi. MDT-ryhmässä oli 21 poikaa. Tutkimuksessa tarkasteltiin hoidon aikaisen seksuaalisen aggressiivikäyttäytymisen määrää, ja tällä ryhmällä sitä esiintyi hoidon alkuvaiheessa keskimäärin 1,65 kertaa viikossa. Alkuvaiheeksi määriteltiin hoidon kaksi ensimmäistä kuukautta, ja sinä aikana esiintyneen aggressiivisuuden määrää verrattiin kahden viimeisen hoitokuukauden aikana esiintyneeseen aggressiivisuuteen. MDT-ryhmällä seksuaalinen aggressiivikäyttäytyminen väheni merkitsevästi - hoidon lopussa sitä esiintyi enää keskimäärin 0,25 kertaa viikossa. Kahden muunkin ryhmän seksuaalinen aggressiivikäyttäytyminen väheni hoidon myötä, mutta muutokset eivät olleet tilastollisesti merkitseviä: CBT-ryhmän 19 pojalla käytöstä esiintyi alussa keskimäärin 1,68 kertaa viikossa ja lopussa 0,47 kertaa viikossa, ja sosiaalisten taitojen ryhmän 20 pojalla määrä oli alussa 1,70 ja lopussa 0,50.

3.4 Muut terapiasuuntaukset

Kahn & Chambers (42) ovat koonneet artikkeliinsa kymmenen hoito-ohjelman tulokset. Ohjelmista kahdeksan toteutettiin avohoitona ja kaksi laitoshoidona. Ohjelmat olivat erikoistuneet poikkeavia seksuaalisia kiinnostuksenkohteita omaavien hoitamiseen. Interventioiden kesto tai käytettyjä terapiamuotoja ei eritellä ohjelmakohtaisesti. Niihin kuului erilaisia yhdistelmiä yksilö-, perhe-, ja ryhmäterapiosta, behavioraalisia tekniikoita poikkeavan seksuaalisen kiinnostuksen hallitsemiseksi, ja seksuaalikasvatusta. Keskimääräinen seuranta-aika oli 28,1 kk, josta keskimäärin 7,7 kk oli laitoksissa vietettyä aikaa. Viranomaistietojen mukaan 221 vahingoittavaan seksuaalikäyttäytymiseen syyllistyneestä nuoresta 7,5 % uusi teon seurannan aikana. Laitoshoidossa olleet nuoret uusivat teon useammin kuin avohoidossa olleet, mutta ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

Pohjois-Carolinassa 14 koulua osallistui nuorten parisuhdeväkivallan vähentämiseen tähtäävään projektiin vuosina 1994–1995. Puolet kouluista satunnaistettiin saamaan hoitointerventioita ja

puolet vertailuinterventioita. Hoitointerventioihin sisältyi tuntiopetusta, näytelmään osallistuminen tai sen seuraaminen, sekä julisteen tekeminen – kaikissa näissä aiheena parisuhdeväkivalta. Lisäksi julkisia toimijoita, kuten sosiaali- ja terveystalvveluja sekä poliisia, pyrittiin tuomaan lähemmäs niitä tarvitsevia nuoria. Vertailukoulujen oppilaille tarjottiin pelkästään näitä julkisia palveluita, joiden tehtävänä oli keskittyä jo väkivaltaa kokeneiden auttamiseen. Yhteensä 1700 nuorta täytti sekä alku- että loppukyselyn, ja heistä 247 myönsi alkukyselyssä syyllistyneensä parisuhdeväkivaltaan. Erikseen tiedusteltiin vielä seksuaalisesta väkivallanteosta, jota hoito- ja vertailuryhmissä esiintyi alussa yhtä paljon. Ryhmät olivat muiltakin ominaisuuksiltaan vertailukelpoisia tilastollisen analyysin mukaan. Kuukausi ohjelman päättymisestä tehdyssä loppukyselyssä havaittiin, että hoitoryhmässä seksuaalinen väkivallanteko oli vähentynyt selvästi enemmän kuin vertailuryhmässä: sitä esiintyi hoitoryhmässä 61 % vähemmän kuin vertailuryhmässä. Myös hoitoryhmän asenteissa havaittiin merkitsevä muutos – nyt he kokivat seksuaalisesta väkivallanteosta aiheutuvan enemmän negatiivisia seurauksia kuin tutkimuksen alussa. (43)

Hagan & Gust-Brey (18,21) ovat kahdessa artikkelissaan kirjoittaneet vakavan seksuaalirikoksen tehneille nuorille suunnatusta laitoshoidon ohjelmasta. Ohjelmaan kuului ryhmäpsykoterapiaa ja ajoittain yksilö- ja perheterapiaa, mutta terapiasuuntauksia ei artikkeleissa tarkenneta. Ohjelman kesto oli keskimäärin kahdeksan kuukautta, ja osallistujat olivat rikkeensä vuoksi määrätty pakolliseen hoitoon. Vanhempi artikkeli tarkastelee 50 raiskaukseen syyllistynyttä nuorta. Viiden vuoden kuluttua hoidon loppumisesta 8 % ja kymmenen vuoden kuluttua 16 % oli uusiutunut seksuaalirikoksen. Uudemmassa artikkelissa tutkittavina oli 50 nuorta, joiden seksuaalirikos oli kohdistunut lapseen. Uusimisprosentit viiden ja kymmenen vuoden jälkeen olivat 12 % ja 20 %.

Lambie, Hickling, Seymour, Simmonds, Robson & Houlahan (44) kirjoittavat Uudessa-Seelannissa toteutetusta avohoidon ohjelmasta, jossa oleellisena osana olivat seikkailuretket luonnossa. Seikkailuaktiviteettien yhteydessä potilaiden oletetaan pystyvän paremmin muodostamaan toimivia vuorovaikutussuhteita ohjaajiin ja toisiin nuoriin, mikä helpottaa luottamuksen rakentumista ja seksuaalikäyttäytymisen ongelmista puhumista. Haastavienkin aktiviteettien myötä nuoren ongelmanratkaisukyky, sosiaaliset taidot ja itseluottamus paranevat. Uudessa, ohjatussa ympäristössä nuoren on myös ehkä helpompi muodostaa uusia, parempia toimintamalleja, kuin mihin hän on normaalioloissaan tottunut. Hoito-ohjelman kokonaiskesto on keskimäärin 18 kk, ja siihen sisältyy kolme seikkailuretkä. Kaksi ensimmäistä retkeä ovat kuuden ja viimeinen retki neljän päivän mittaisia. Retkiin sisältyy aktiviteettien lisäksi ryhmäterapiaa, jossa on strukturoidut tavoitteet kutakin retkeä varten. Ensimmäisen retken tavoitteet liittyvät oman vahingoittavan seksuaalikäyttäytymisen myöntämiseen ja sen ymmärtämiseen, toisella retkellä harjoitellaan sosiaalisia ja empatiataitoja, ja viimeinen retki keskittyy tukemaan hoidon aikana saavutettuja

muutoksia ja sopivien toimintatapojen ylläpitämistä. Retkien ohella ohjelmaan kuuluu avohoidossa toteutettavat yksilö-, ryhmä-, perhe-, ja perheiden ryhmäterapia.

Lambie ym. (44) haastattelivat 14 ohjelman suorittanutta poikaa ja 12 heistä vanhempaa. Sekä nuoret että vanhemmat kokivat, että ohjelma oli onnistunut vähentämään vahingoittavan seksuaalikäyttäytymisen riskiä. Viranomaisrekisterien mukaan yksikään nuorista ei ollut uusiutunut seksuaalirikosta kahden vuoden seurannan aikana. 13 poikaa kertoi ohjelman luoneen turvallisuudentunnetta siten, että he pitivät seksuaalirikoksen uusimista omalla kohdallaan epätodennäköisenä. Kaikki nuoret olivat ottaneet vastuun toiminnastaan. Seksuaalitietoutta ja terveitä seksuaalikäyttäytymiseen liittyviä asenteita mittaavassa Sexual Response Questionnaire -kyselyssä kaikki nuoret osoittivat omaavansa hyvät tiedot ja asenteet.

Campbell & Lerew (45) tutkivat 112 seksuaalirikoksen tehnyttä nuorta, jotka tuomioistuin oli määrännyt hoitoon Coloradossa vuosina 1998–1999. Hoito-ohjelmia oli yhteensä 32, ja niiden kesto ei ole tiedossa. Käytetyt interventiot vaihtelivat runsaasti, eikä niitä eritellä artikkelissa ohjelmakohtaisesti. Yksilöllistä mielenterveysneuvontaa sai nuorista 44 %, ryhmämuotoisena 23 % ja perhemuotoisena 23 %. Ammatillista tai työhönohjausta sai 33 %, ja apua päihdeongelmiin 20 %. Tutkimuksen data rajoittuu hoidon loppumisen ajankohtaan. Ohjelman aikana kolme nuorta oli syyllistynyt uuteen seksuaalirikokseen, ja sen johdosta heidän hoitonsa keskeytettiin. Tutkimus ei siis anna pidempiaikaista tietoa hoidon toimivuudesta.

Hendriks & Bijleveld (46) tarkastelivat 114 poikaa, jotka olivat olleet hollantilaisessa nuorten seksuaalirikollisten hoitoon erikoistuneessa hoitolaitoksessa keskimäärin kaksi vuotta ja neljä kuukautta. Hoidon pääelementteinä olivat ryhmäterapia, joka keskittyi vahingoittavaan seksuaalitekhon johtavan käyttäytymisen ennaltaehkäisemiseen, ja sosiaalisten taitojen harjoittelu. Yksilöpsykoterapiaa ja erilaisia taideterapian muotoja sekä masennuslääkitystä käytettiin tarvittaessa. Tässä tutkimuksessa vahingoittavan seksuaaliteon uusimiseksi laskettiin myös lapsipornon hallussapito ja levittäminen sekä paritus. Hoidon jälkeen 11 % oli tuomittu uusista teoista, kun seuranta-ajan mediaani oli yhdeksän vuotta.

Yoder, Hansen, Lobanov-Rostovsky & Ruch (47) tutkivat erilaisten perheille kohdistettujen palvelujen vaikutusta seksuaalirikoksiin syyllistyneiden poikien rikosten uusimiseen. Tutkitut perhepalvelut olivat perheterapia, perheiden ryhmäterapia, ”tiimitapaamiset” perheen, hoitohenkilökunnan ja opettajien kesken, vanhemmille suunnattu nuoren valvonnan tehostamisen ohjaus, sekä muualla kuin kotona asuneiden nuorten kotiinpaluun helpottamiseksi suunniteltu perheiden yhtenäistäminen. Tutkimuksessa tarkasteltiin retrospektiivisesti 81 pojan ehdonalaisen aikaisia tietoja. Kaikki saivat pakollista seksuaalirikoksiin syyllistyneille suunnattua hoitoa, jota artikkeli ei määrittele tarkemmin. Tämän hoidon ohella 97,5 % perheistä sai vähintään yhdenlaista

perhepalvelua. 82,7 %:lla nuorista perheenjäsen oli mukana tiimitapaamisissa, 63 % perheistä osallistui perheterapiaan, ja 58 % perheistä sai ohjeistusta nuoren valvonnan tehostamiseksi. Perheiden ryhmäterapiaan osallistui vain 3,7 % perheistä ja perheiden yhtenäistämässä oli mukana 22,3 %. Rikosten uusimista seurattiin kolmen vuoden ajan hoidon loppumisesta, ja tänä aikana 4,7 % uusi seksuaalirikoksen ja 38,5 % jonkin muun rikoksen. Tutkimuksessa ei löydetty korrelaatiota rikosten uusimisen ja saatujen perhepalveluiden määrän välillä. Pienestä seksuaalirikoksen uusijoiden määrästä johtuen heistä yksinään ei voitu tehdä analyysia, mutta tarkasteltaessa kaikkia rikosten uusineita havaittiin, että kotona asuneet uusivat rikoksia harvemmin ja enemmän perhepalveluita saaneet nuoret suorittivat hoidon loppuun useammin.

4 POHDINTA

4.1 Vahingoittavan seksuaalikäyttäytymisen uusiminen

Katsaukseen valikoituneiden tutkimusten mukaan enemmistö vahingoittavaan seksuaalikäyttäytymiseen syyllistyneistä nuorista ei uusi tekoaan hoidon jälkeisen seurannan aikana. Valtaosassa tutkimuksista todettiin 0–20 % uusineen teon, mutta kahdessa MST-tutkimuksessa verrokkiryhmien potilaista jopa 45,8 % ja 75 % oli uusinnut. Arviot uusineiden nuorten määrästä vaihtelivat siis runsaasti. Seuranta-ajan pituus vaihteli tutkimuksissa hoidon loppumisajankohdasta kahteenkymmeneen vuoteen sen jälkeen, mutta suurimmassa osassa se oli alle seitsemän vuotta. Kolmessa tutkimuksessa tarkasteltiin, pieneneekö uusimisriski vuosien kuluessa. Worling ym. (33) havaitsi, että kahdenkymmenen vuoden seurannan aikana suurin osa uusimisista tapahtui ensimmäisen kymmenen vuoden aikana. Hagan & Gust-Brey (18,21) taas eivät havainneet tällaista trendiä, mutta heidän tutkimuksissaan seuranta-aika olikin enimmillään kymmenen vuotta. Caldwell (7) raportoi 11 219 nuorta kattaneessa meta-analyysissään 7,08 % nuorista uusineen seksuaalirikoksen viiden vuoden seurannan aikana. Meta-analyysi ei eritellyt hoidettuja ja hoitamattomia nuoria.

Uhrin iän vaikutusta uusimisriskiin oli tarkasteltu kahdessa tutkimuksessa. Hendriks & Bijleveld (46) havaitsivat, että nuori uhri ennusti suurempaa uusimisriskiä. Worling & Curwen (23) tutkimuksessa tätä yhteyttä ei havaittu. Heidän tutkimuksessaan itse ilmoitettu seksuaalinen kiinnostus lapsia kohtaan oli kuitenkin uusimista ennustava tekijä. Letourneau ym. (37) tarkasteli, onko uhrin iällä ja hoitotuloksilla yhteyttä. 70 nuorella oli ollut vähintään viisi vuotta nuorempi uhri ja 57 nuorella uhri oli ollut enintään neljä vuotta tekijää nuorempi. Hoitotulokset eivät näiden kahden

ryhmän välillä eronneet toisistaan.

4.2 Tulosten merkitys

Interventoiden vaikutusta uusimisriskiin on haastavaa arvioida, sillä tutkimuksista vain kolme oli satunnaistettuja kokeita. Nämä olivat MST-interventioita, joissa verrokkitkin saivat jonkinlaista hoitoa. Positiiviset tulokset kertovat lähinnä MST:n paremmuudesta käytettyihin vertailuhoitoihin nähden. Psykiatrisissa potilasryhmissä satunnaistetun kokeen järjestäminen ei kuitenkaan ole ongelmattonta, koska olisi eettisesti arveluttavaa jättää verrokkiryhmä täysin vaille hoitoa. Muissa katsauksen tutkimuksissa ei joko ollut vertailuryhmää ollenkaan, tai mikäli oli, ryhmien vertailukelvollisuudesta ei ollut takeita. Noin puolet tutkimuksista oli toteutettu retrospektiivisesti, mikä todennäköisesti vaikutti saatavilla olevan datan määrään ja laatuun. Esimerkiksi hoito-ohjelman loppuun suorittamisesta, hoidon eksakteista komponenteista, tai seuranta-aikana mahdollisesti saaduista muista hoidoista ei välttämättä ollut varmuutta.

Lähes jokaisesta tutkimuksesta löytyi siis jokin tulosten luotettavuutta heikentävä tekijä. Yksi huomionarvoisimmista seikoista lienee se, että viranomaistietoja tarkastellessa saadaan tietoon vain osa uusista rikkomuksista. Viranomaisilta saatuja tietoja oli tutkimuksissa tarkasteltu eri tavoin: osassa teon uusimisen määritelmänä oli jo pidätys, osassa vain tuomiot. Vain kolmessa tutkimuksessa laskettiin mukaan myös tutkimus- tai hoitohenkilökunnalle henkilökohtaisesti myönnetty rikkomukset. Ei kuitenkaan ole olemassa menetelmää, jolla saataisiin varmasti tietoon kaikki seurannan aikana tapahtuneet seksuaalirikkomukset. Yleinen käsitys onkin, että laskettaessa mukaan itse ilmoitettu rikollisuus saadaan todenmukaisempi kuva rikosten määrästä (7). Viranomaistilastoihin tulee siten suhtautua suuntaa antavina.

Kuudessa tutkimuksessa tarkasteltiin potilaiden seksuaalikäyttäytymiseen liittyvien asenteiden muutosta seksuaalirikoksen uusimisen lisäksi tai sen sijasta. Yhteyttä asennemuutosten ja rikosten uusimisen välillä tosin ei tarkasteltu. Kuinka vahvasti asennemuutoksia mittaavilla menetelmillä voidaan olettaa olevan korrelaatiota rikosten uusimiseen? Katsauksen tutkimuksissa asennemuutoksia havaittiin, mutta käytettyjä arviointimenetelmiä oli useita erilaisia ja seuranta-ajat olivat lyhyitä. Viranomaistilastojen heikkoudet huomioon ottaen asennekyselyistä voitaisiin kuitenkin saada lisäinformaatiota uusimisriskin arvioimiseen. Kyselyiden käyttöön liittyy toki epävarmuuksia, kuten erilaiset vastaustekniikat. Tulosten todenmukaisuuteen vaikuttaa oleellisesti se, jos nuori ei viitsi vastata huolellisesti, tai jos hän tietoisesti pyrkii vastaamaan niin, että saisi paremman tuloksen. On haastavaa tunnistaa ne nuoret, joiden kohdalla mahdollinen suureksi arvioitu uusimisriski on todellinen, sillä uusiminen tapahtuu lopulta melko harvoin (14).

Tämänhetkinen tutkimustieto viittaakin siihen, että vahingoittavaan seksuaalikäyttäytymiseen syyllistyneet nuoret uusivat tekonsa harvemmin kuin siihen syyllistyneet aikuiset (7,15).

4.3 Tulevaisuuden suuntaviivoja

Osalla nuorista vahingoittava seksuaalikäyttäytyminen rajoittuu nuoruusikään. Toisilla tämä tapahtuu spontaanisti; toisaalta ilmiö kuvastaa sitä, että nuoruus on otollinen ajankohta puuttua käyttäytymisongelmiin. Tutkimusnuorten joukossa oli paljon antisosiaalisesti käyttäytyviä. Interventioita ei silti suunnattu erityisesti antisosiaalisille tai ei-antisosiaalisille nuorille, eikä hoitotuloksia tarkasteltu sen mukaan. Antisosiaalisuuden on kuitenkin useissa tutkimuksissa todettu ennustavan sekä seksuaalirikosten että muiden rikosten uusimisriskiä (15). Tämänkin katsauksen artikkeleissa vahingoittavaan seksuaalikäyttäytymiseen syyllistyneet nuoret syyllistyivät jatkossa todennäköisemmin muihin kuin seksuaalirikoksiin. Herää kysymys, tulisiko ainakin antisosiaalisuuteen taipuvaisten nuorten hoidossa keskittyä enemmän yleisen rikollisuusriskin pienentämiseen. Henggeler, Letourneau, Chapman, Borduin, Schewe & McCart (48) analyysin mukaan haitallisista ikätoverisuhteista irrottautuminen ja vanhempien valvonnan lisääminen olivat tekijöitä, jotka MST-intervention myötä vähensivät nuorten vahingoittavaa seksuaalikäyttäytymistä. Vaikka riskitekijöitä tunnetaan toistaiseksi vähän, on tähänastinen tutkimus antanut viitteitä siitä, että ne ovat samankaltaisia kuin muulle antisosiaaliselle käytökselle altistavat riskitekijät (37).

Ongelmakäyttäytymiseen nivoutuu useita tekijöitä nuoren lähiympäristöstä: usein laajan psykopatologian lisäksi perheen sisäiset ongelmat, päihteiden käyttö, epäsuotuisat ikätoverisuhteet ja kouluvaikeudet kaikki vaikuttavat osaltaan nuoren psyykkiseen hyvinvointiin. Kenties interventioiden tulisikin pyrkiä parantamaan nuoren elämäntilannetta kokonaisvaltaisemmin. Tähän tähtää etenkin MST, josta tässä katsauksessa saatiin eniten näyttöä hoidon vaikuttavuudesta. On kuitenkin muistettava, että terapian onnistumiseen vaikuttaa oleellisesti myös terapeutin ja potilaan välinen suhde ja käytetyt työskentelytavat (25). Tutkimusprotokollan sisällä näihin asioihin ei luultavasti ole mahdollista vaikuttaa samalla tavalla kuin muussa avohoidossa, jossa potilaalla voi olla mahdollisuus valita itse oma terapeuttinsa. Vahingoittavaan seksuaalikäyttäytymiseen syyllistyneiden nuorten hoitoa tarkastelevaa tutkimustietoa on olemassa vähänlaisesti, mutta tämän katsauksen perusteella interventiot kannattaa tähdätä nuoren itsensä lisäksi myös hänen lähiympäristössään ongelmakäyttäytymiseen vaikuttaviin tekijöihin.

5 LÄHTEET

- (1) Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. Seksuaalisuus. 2014; <https://www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/seksuaalinen-hyvinvointi/seksuaalisuus>. Haettu 20.11.2015.
- (2) Korteniemi-Poikela E, Cacciatore R. Portaita pitkin: lapsen ja nuoren seksuaalisuuden kehittyminen: opas vanhemmille. Helsinki: WSOY; 2010.
- (3) Antikainen J, Taskinen S. Seksuaalisesti hyväksikäytettyjen lasten ja lapsia hyväksikäyttäneiden nuorten hoito. Helsinki: Stakes; 2006.
- (4) <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1889/18890039001#L20>. Haettu 23.11.2015.
- (5) Lappi-Seppälä T, Niemi H. Seksuaalirikokset. Julkaisussa: Rikollisuustilanne 2014. Katsauksia 4/2015. Helsinki: Kriminologian ja oikeuspolitiikan instituutti 2015, s. 79-102. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/156334/Katsauksia_4_Rikollisuustilanne_2014_2015.pdf?sequence=2. Haettu 27.11.2015.
- (6) Salmi V, Suonpää K, Virtanen M. Nuorisirikollisuus. Julkaisussa: Rikollisuustilanne 2014. Katsauksia 4/2015. Helsinki: Kriminologian ja oikeuspolitiikan instituutti 2015, s. 197-216. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/156334/Katsauksia_4_Rikollisuustilanne_2014_2015.pdf?sequence=2. Haettu 27.11.2015.
- (7) Caldwell MF. Study characteristics and recidivism base rates in juvenile sex offender recidivism. International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology 2010 Apr;54(2):197-212.
- (8) Gerardin P, Thibaut F. Epidemiology and treatment of juvenile sexual offending. Paediatr Drugs 2004;6(2):79-91.
- (9) Gerhold CK, Browne KD, Beckett R. Predicting recidivism in adolescent sexual offenders. Aggression and Violent Behavior 2007;12(4):427-438.
- (10) Aalberg V, Siimes MA. Lapsesta aikuiseksi: nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi. Helsinki: Nemo; 2007.
- (11) Seto MC, Lalumiere ML. What is so special about male adolescent sexual offending? A review and test of explanations through meta-analysis. Psychol Bull 2010 Jul;136(4):526-575.
- (12) Shaw JA. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents who are sexually abusive of others. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Working Group on Quality Issues. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 1999 Dec;38(12 Suppl):55S-76S.
- (13) Pullman L, Seto MC. Assessment and treatment of adolescent sexual offenders: implications of recent research on generalist versus specialist explanations. Child Abuse Negl 2012 Mar;36(3):203-209.
- (14) Ryan EP. Juvenile Sex Offenders. Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America 2016 Jan;25(1):81-97.

- (15) Riser DK, Pegram SE, Farley JP. Adolescent and young adult male sex offenders: understanding the role of recidivism. *J Child Sex Abuse* 2013;22(1):9-31.
- (16) Kim B, Benekos PJ, Merlo AV. Sex Offender Recidivism Revisited: Review of Recent Meta-analyses on the Effects of Sex Offender Treatment. *Trauma Violence Abuse* 2015 Jan 8.
- (17) Reitzel LR, Carbonell JL. The effectiveness of sexual offender treatment for juveniles as measured by recidivism: A meta-analysis. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment* 2006;18(4):401-421.
- (18) Hagan MP, Gust-Brey KL. A ten-year longitudinal study of adolescent rapists upon return to the community. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 1999;43(4):448-458.
- (19) Borduin CM, Schaeffer CM, Heiblum N. A randomized clinical trial of multisystemic therapy with juvenile sexual offenders: effects on youth social ecology and criminal activity. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 2009 Feb;77(1):26-37.
- (20) Walker DF, McGovern SK, Poey EL, Otis KE. Treatment Effectiveness for Male Adolescent Sexual Offenders: A Meta-Analysis and Review. *Journal of Child Sexual Abuse: Research, Treatment, & Program Innovations for Victims, Survivors, & Offenders* 2004;13(3-4):281-293.
- (21) Hagan MP, Gust-Brey KL. A ten-year longitudinal study of adolescent perpetrators of sexual assault against children. *Journal of Offender Rehabilitation* 2000;31(1-2):117-126.
- (22) Shapiro JP, Welker CJ, Pierce JL. An evaluation of residential treatment for sexually aggressive youth. *J Child Sex Abuse* 2001;10(1):1-21.
- (23) Worling JR, Curwen T. Adolescent sexual offender recidivism: success of specialized treatment and implications for risk prediction. *Child Abuse Negl* 2000 Jul;24(7):965-982.
- (24) Apsche JA, Evile MM, Murphy C. The thought change system an empirically based cognitive behavioral therapy for male juvenile sex offenders: A pilot study. *The Behavior Analyst Today* 2004;5(1):101-107.
- (25) Karila I. Kognitiiviset psykoterapiat. Kirjassa: *Psykiatria. Toim. Lönnqvist J, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T. Helsinki: Duodecim; 2014. s. 779-788.*
- (26) Holmberg N, Kähkönen S. Kognitiivisen psykoterapian peruseriaatteet ja käyttö mielialahäiriöissä. *Duodecim* 2006;122(6):713-721.
- (27) Becker JV. Treating adolescent sexual offenders. *Professional Psychology: Research and Practice* 1990;21(5):362-365.
- (28) Prentky R, Righthand S. Juvenile sex offender assessment protocol-II (J-SOAP-II) manual.
- (29) Rehfuss MC, Underwood LA, Enright M, Hill S, Marshall R, Tipton P, et al. Treatment impact of an integrated sex offender program as measured by J-SOAP-II. *Journal of Correctional Health Care* 2013 Apr;19(2):113-123.
- (30) Prentky R, Harris B, Frizell K, Righthand S. An actuarial procedure for assessing risk with juvenile sex offenders. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment* 2000;12(2):71-93.

- (31) Edwards R, Beech A, Bishopp D, Erikson M, Friendship C, Charlesworth L. Predicting dropout from a residential programme for adolescent sexual abusers using pre-treatment variables and implications for recidivism. *Journal of Sexual Aggression* 2005;11(2):139-155.
- (32) Waite D, Keller A, McGarvey EL, Wieckowski E, Pinkerton R, Brown GL. Juvenile sex offender re-arrest rates for sexual, violent nonsexual and property crimes: a 10-year follow-up. *Sexual Abuse: Journal of Research & Treatment* 2005 Jul;17(3):313-331.
- (33) Worling JR, Litteljohn A, Bookalam D. 20-year prospective follow-up study of specialized treatment for adolescents who offended sexually. *Behav Sci Law* 2010 Jan-Feb;28(1):46-57.
- (34) Hanson RK, Gordon A, Harris AJ, Marques JK, Murphy W, Quinsey VL, et al. First report of the collaborative outcome data project on the effectiveness of psychological treatment for sex offenders. *Sex Abuse* 2002 Apr;14(2):169-94; discussion 195-7.
- (35) Borduin CM, Schaeffer CM. Multisystemic treatment of juvenile sexual offenders: A progress report. *J Psychol Hum Sex* 2001;13(3-4):25-42.
- (36) Borduin CM, Henggeler SW, Blaske DM, Stein RJ. Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 1990;34(2):105-113.
- (37) Letourneau EJ, Henggeler SW, Borduin CM, Schewe PA, McCart MR, Chapman JE, et al. Multisystemic therapy for juvenile sexual offenders: 1-year results from a randomized effectiveness trial. *Journal of Family Psychology* 2009 Feb;23(1):89-102.
- (38) Letourneau EJ, Henggeler SW, McCart MR, Borduin CM, Schewe PA, Armstrong KS. Two-year follow-up of a randomized effectiveness trial evaluating MST for juveniles who sexually offend. *Journal of Family Psychology* 2013 Dec;27(6):978-985.
- (39) Apsche JA, Ward SR. Mode deactivation therapy and cognitive behavioral therapy: A description of treatment results for adolescents with personality beliefs, sexual offending and aggressive behaviors. *The Behavior Analyst Today* 2003;3(4):460-470.
- (40) Apsche JA, Ward SR, Evile MM. Mode deactivation: A functionally based treatment, theoretical constructs. *The Behavior Analyst Today* 2003;3(4):455-459.
- (41) Apsche JA, Bass CK, Jennings JL, Murphy CJ, Hunter LA, Siv AM. Empirical comparison of three treatments for adolescent males with physical and sexual aggression: Mode deactivation therapy, cognitive behavior therapy and social skills training. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy* 2005;1(2):101-113.
- (42) Kahn TJ, Chambers HJ. Assessing reoffense risk with juvenile sexual offenders. *Child Welfare* 1991 May-Jun;70(3):333-345.
- (43) Foshee VA, Bauman KE, Arriaga XB, Helms RW, Koch GG, Linder GF. An evaluation of Safe Dates, an adolescent dating violence prevention program. *Am J Public Health* 1998 Jan;88(1):45-50.
- (44) Lambie I, Hickling L, Seymour F, Simmonds L, Robson M, Houlahan C. Using wilderness therapy in treating adolescent sexual offenders. *Journal of Sexual Aggression* 2000;5(2):99-117.
- (45) Campbell JS, Lerew C. Juvenile Sex Offenders in Diversion. *Sexual Abuse: Journal of Research and Treatment* 2002;14(1):1-17.

- (46) Hendriks J, Bijleveld C. Recidivism among juvenile sex offenders after residential treatment. *Journal of Sexual Aggression* 2008;14(1):19-32.
- (47) Yoder JR, Hansen J, Lobanov-Rostovsky C, Ruch D. The impact of family service involvement on treatment completion and general recidivism among male youthful sexual offenders. *Journal of Offender Rehabilitation* 2015;54(4):256-277.
- (48) Henggeler SW, Letourneau EJ, Chapman JE, Borduin CM, Schewe PA, McCart MR. Mediators of change for multisystemic therapy with juvenile sexual offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2009;77(3):451-462.