



PsM Tiia Pirkola • LL Jaana Lepistö
PsM Thea Strandholm • Prof. Mauri Marttunen

Nuorten päihdehäiriöiden ja samanaikaisten muiden mielenterveyshäiriöiden arviointi ja hoito

Tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille

Kansanterveyslaitoksen julkaisuja **B** 3/2007



Kansanterveyslaitos
Folkhälsainstitutet
National Public Health Institute

Kansanterveyslaitoksen julkaisuja

B3 / 2007

Publications of the National Public Health Institute

PsM Tiia Pirkola

LL Jaana Lepistö

PsM Thea Strandholm

Prof. Mauri Marttunen

**NUORTEN PÄIHDEHÄIRIÖIDEN JA SAMANAIKAISTEN
MUIDEN MIELENTERVEYSHÄIRIÖIDEN ARVIOINTI JA HOITO**

tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille

Kansanterveyslaitos

Mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto

Nuorten mielenterveysyksikkö

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, HYKS, Lasten ja nuorten sairauksien
toimiala, Nuorisopsykiatrian vastuualue, Peijaksen sairaala

Helsinki 2007

Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3 / 2007

Copyright National Public Health Institute

Julkaisija-Utgivare-Publisher

Kansanterveyslaitos (KTL)

Mannerheimintie 166

00300 Helsinki

Puh. vaihde (09) 474 41, telefax (09) 4744 8408

Folkhälsoinstitutet

Mannerheimvägen 166

00300 Helsingfors

Tel. växel (09) 474 41, telefax (09) 4744 8408

National Public Health Institute

Mannerheimintie 166

FIN-00300 Helsinki, Finland

Telephone +358 9 474 41, telefax +358 9 4744 8408

<http://www.ktl.fi>

ISBN 978-951-740-685-7 (pdf)

ISSN 0359-3576

<http://www.ktl.fi/portal/2920>

Kannen kuva - cover graphic: Jonna Vuokola

Painopaikka

Helsinki 2007

PsM Tiia Pirkola

LL Jaana Lepistö

PsM Thea Strandholm

Prof. Mauri Marttunen

TIIVISTELMÄ

Osalla päihteitä käyttävistä nuorista päihdekäyttö muodostuu psykososiaalista kehitystä haittaavaksi häiriötilaksi. Valtaosalla näistä päihdehäiriöisistä nuorista on jokin muu samanaikainen (= komorbidi) mielenterveyshäiriö. Nämä nuoret ovat usein jo varsin vakavasti oireilevia ja myös vaikeahoitaisia. Päihdeongelmien ehkäisyn näkökulmasta tärkeää olisikin lapsuusiän mielenterveyshäiriöihin liittyvien suojaavien tekijöiden vahvistaminen ja riskitekijöiden mahdollisimman varhainen tunnistaminen ja hoito, minkä avulla voitaisiin estää komorbidien tilojen kehittyminen.

Tutkimustietoa komorbideista mielenterveyshäiriöistä kärsivien nuorten hoidosta on vielä vähän. Nykytiedon perusteella pidetään kuitenkin tärkeänä, että samanaikaisia päihde- ja muita mielenterveyshäiriötä hoidetaan samanaikaisesti. Oleellista on, että kokonaisvaltaisen arvion jälkeen hoitotoimet kohdistetaan kumpaankin häiriöön ja hoidossa otetaan huomioon sekä nuoren yksilöllinen kehitysvaihe että päihdehäiriön ja samanaikaisen muun mielenterveyshäiriön erityispiirteet. Psykososiaalisten hoitojen osalta lupaavia hoitotuloksia on saatu motivaatiota vahvistavien tekniikoiden ja/tai kognitiivis-behavioraalisten hoitotoimien yhdistämisestä perheeseen tai laajempaan elämänympäristöön kohdistuviin hoitoihin. Lääkehoidon osalta näyttää siltä, että monien komorbidien häiriöiden hoitoon tarkoitettujen lääkkeiden käyttö on turvallista myös päihdehäiriöisillä nuorilla, mutta erityistä huomiota on kiinnitettävä mahdollisille toksisille lääkkeen ja päihteen yhteisvaikutuksille sekä arvioitava riski lääkkeen väärinkäyttöön. Myös lääkevaste ja sivuvaikutusprofiili saattavat olla erilaisia kaksoisdiagnoosinuorilla. Lääkehoitoa ei nuorten kohdalla tule kuitenkaan käyttää ainoana hoitomuotona vaan aina yhdistettynä psykososiaaliseen hoitoon.

Hoidon samanaikaisuusvaatimus edellyttää sosiaalitoimen ja terveydenhuollon entistä tiiviimpää yhteistyötä yhdessä nuoren ja tämän perheen kanssa sekä selkeää vastuunmäärittelyä. Mikäli kaksoisdiagnoosinuoria ei hoideta yhteistyössä, vaarana on, ettei kukaan ota vastuuta nuoren hoidosta ja vakavasti oireileva nuori jää vaille tarvitsemaansa hoitoa. Nykyisten työmenetelmien kehittäminen ja mahdolliset päihdehoidon ja nuorisopsykiatrian asiantuntemusta yhdistävät hoitoyksiköt ovat erityisesti vaikeimmin oireilevien nuorten kannalta tarpeellisia.

Asiasanat:

SISÄLLYS – CONTENTS

TIIVISTELMÄ

1	JOHDANTO	6
2	KOMORBIDITEETIN MEKANISMIT JA RISKITEKIJÄT	7
	2.1 Altistavatko muut mielenterveyden häiriöt päihdehäiriöille vai päinvastoin?.....	7
	2.2 Ennaltaehkäisyn näkökulma.....	8
3	NUOREN ARVIOINTI JA KOMORBIDIEN HÄIRIÖIDEN TUNNISTAMINEN	9
4	KOMORBIDIEN HÄIRIÖIDEN HOITO	11
	4.1 Psykososiaaliset hoitomuodot	11
	4.1.1 Yksilökeskeiset hoidot	12
	4.1.2 Perhekeskeiset ja yhdistelmähoitot	12
	4.2 Lääkehoito	14
	4.2.1 Mielialahäiriöt ja päihdehäiriö	14
	4.2.2 Ahdistuneisuushäiriöt ja päihdehäiriö.....	15
	4.2.3 ADHD ja päihdehäiriö	15
	4.2.4 Käytöshäiriö ja päihdehäiriö	16
	4.3 Integroidun hoidon peruselementit päihdehäiriöstä ja samanaikaisesta masennuksesta kärsivän nuoren hoidossa	16
5	MISSÄ KAKSOISDIAGNOOSINUORIA HOIDETAAN?.....	17
6	KIRJALLISUUTTA	19

1 JOHDANTO

Nuoruusikä, joka alkaa puberteetissa noin 12-13 vuoden iässä ja päättyy vähittäin noin 22 ikävuoden vaiheilla, on kehitysvaihe, jonka aikana yksilö joutuu uusien vaativien kehitystehtävien eteen. Ikävaihetta leimaa nopea fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen kasvu ja se on persoonallisuuden ja mielenterveyden kehittymisen kannalta tärkeää aikaa. Suurin osa nuorista kulkee nuoruusiän läpi ilman suurempia ongelmia. Mikäli kehityksellinen pohja ei ole riittävän vakaa tai nuori on joutunut kohtaamaan traumaattisia elämäntapahtumia, nuoruusiän vaativat kehitystehtävät voivat käydä ylivoimaisiksi ja nuori alkaa oireilla vakavammin. Nuorista arviolta 20-25 % kärsii jostain mielenterveyden häiriöstä ennen aikuisikää. Monien mielenterveyden häiriöiden ilmaantuminen ensi kertaa ajoittuu juuri nuoruuteen ja psykiatristen häiriöiden esiintyvyys onkin nuorilla kaksinkertainen lapsiin verrattuna. Tyypillistä nuoruusiän häiriöille on monen yhtäaikaisen häiriön olemassaolo. Tämä nk. komorbiditeetti (= samanaikaissairastaminen, monihäiriöisyys) vaikuttaa merkittävästi häiriöiden oirekuvaan, kulkuun, hoitoon ja ennusteeseen.

Suomalaisnuorten ensimmäiset alkoholikokeilut ajoittuvat keskimäärin 13-14 vuoden ikään ja alkoholi on suomalaisnuorten yleisimmin käyttämä päihde. Vuoden 2005 kouluterveyskyselyn perusteella peruskoulun 8. ja 9.luokkalaisista 21 % (pojista 22 % ja tytöistä 20 %) joi itsensä tosi humalaan vähintään kerran kuukaudessa. Kerran viikossa tai useammin joi alkoholia pojista 11 % ja tytöistä 9 %. Täysin raittiita ilmoitti olevansa n. 37 % peruskoululaisista. Lukion 1. ja 2. vuosikurssien opiskelijoista puolestaan 29 % (pojista 33 % ja tytöistä 24 %) joi itsensä tosi humalaan vähintään kerran kuukaudessa, 19 % pojista ja 12 % tytöistä joi alkoholia kerran viikossa tai useammin. Täysin raittiita ilmoitti olevansa n. 19 % lukiolaisista. Laittomia huumeita ainakin kerran oli kokeillut peruskoululaisista 6 % ja lukiolaisista 13 %. Tutkimusten mukaan alle 15-vuotiaana alkoholinkäytön aloittaneilla juomatavat ovat humalahakuisempia ja useammalla heistä on alkoholin ongelmakäyttöä myös aikuisiässä kuin myöhemmin aloittaneilla nuorilla. Varhaisen aloitussiän on todettu olevan merkittävä alkoholinkäytön riskitekijä riippumatta muista lapsuudenperheeseen tai omaan käyttäytymiseen liittyvistä taustatekijöistä.

Diagnosoitavia päihdehäiriöitä, joita ovat haitallinen käyttö tai riippuvuus, on nuoruusikäisistä 5-10 %:lla. Päihdehäiriöihin liittyy 50-80 %:lla myös muita samanaikaisia mielenterveyshäiriöitä. Lisäksi on huomioitava, ettei ainoastaan diagnoositasoinen päihdehäiriö, vaan myös päihteiden käyttö sinänsä, on osoittautunut olevan yhteydessä myöhempään mielenterveyshäiriöihin. Komorbiditeetti liittyy sekä päihteiden käytön asteeseen että päihteiden käytön aloittamisikäen: mitä ongelmallisempaa käyttö on ja/tai mitä nuorempaan päihteiden käytön aloittanut, sitä todennäköisemmin nuori oireilee myös muulla tavoin ja nuorella voidaan diagnosoida jokin muu samanaikainen mielenterveyden häiriö. Näistä yleisimpiä ovat käytös- ja

tarkkaavuushäiriöt sekä mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt. Myös mm. bulimiasta kärsivillä nuorilla ja skitsofreniaan sairastuneilla esiintyy usein päihteiden ongelmakäyttöä.

Samanaikaisista päihde- ja muista mielenterveyshäiriöstä kärsivien nuorten hoito on haaste hoitojärjestelmälle. Tutkimusten mukaan komorbiditeetti lisää nuoren todennäköisyyttä hakeutua hoitoon, mutta tekee häiriöiden hoidon vaikeammaksi ja useissa tapauksissa heikentää kummankin häiriön ennustetta. Päihdehäiriön kanssa samanaikaisen muun häiriön oirekuva ja kulku on usein vaikeampi kuin jos kyseessä oleva muu häiriö esiintyisi yksin ja sen hoitamatta jättäminen vaikeuttaa päihdehoitoon kiinnittymistä ja lisää hoidon keskeyttämisen riskiä. Mikäli nuorella voidaan todeta päihdehäiriön lisäksi samanaikaisesti useampi kuin yksi mielenterveyshäiriö, huononee ennuste edelleen (= additive adverse effect). Verrattuna niihin nuoriin, joilla on pelkästään päihdehäiriö, komorbiditeetti, erityisesti käytöshäiriökomorbiditeetti, näyttää liittyvän useamman kuin yhden päihteen kokeiluun ja nopeampaan retkahtamiseen päihteisiin uudestaan päihdehoidon jälkeen. Komorbiditeetti on yhteydessä myös nuoren lisääntyneeseen itsetuhoiseen käyttäytymiseen ja on merkittävä riskitekijä ongelmien jatkumiselle aikuisuudessa. Lisäksi komorbideista häiriöistä kärsivien nuorten psykososiaalinen toimintakyky on erityisen huono useilla elämänalueilla kuten ihmissuhteissa ja koulunkäynnissä. Nämä vaikeasti ja monella tavoin oireilevat nuoret ovat myös suuremmassa riskissä joutua tekemisiin rikollisuuden kanssa, ovat alttiimpia joutua fyysisen ja seksuaalisen väkivallan uhriksi sekä muille traumaattisille tapahtumille. Komorbiditeetin yleisyydestä ja vakavuudesta huolimatta, komorbidien häiriöiden hoidosta on valitettavan vähän tietoa.

2 KOMORBIDITEETIN MEKANISMIT JA RISKITEKIJÄT

2.1 Altistavatko muut mielenterveyden häiriöt päihdehäiriöille vai päinvastoin?

Päihdehäiriöiden ja samanaikaisten muiden mielenterveyshäiriöiden ajallisia ja syy-suhteita koskeva tutkimustieto on edelleen ristiriitaista. Kliinisen kokemuksen perusteella on tuotu esiin ns. itselääkitysmalli, jonka mukaan nuoret alkavat käyttää päihteitä helpottamaan pahaa oloaan. Päihteiden käyttö puolestaan saattaa pahentaa jo aikaisemmin olleita psykiatrisia oireita tai nopeuttaa varsinaisen psykiatrisen häiriön kehittymistä. Tutkimustiedon perusteella komorbiditeetin mekanismeista on esitetty neljä mallia, joita kaikkia voidaan pitää tapauskohtaisesti mahdollisena. On esitetty jommankumman häiriöistä aiheuttavan toisen, häiriöiden esiintyvän myös satunnaisesti toisistaan riippumatta tai niiden taustalla olevan ainakin osittain yhteisiä biologisia tai psykososiaalisia riskitekijöitä. On todennäköistä, että nämä mekanismit poikkeavat toisistaan erityyppisissä mielenterveyden häiriöissä ja ovat erilaisia tytöillä ja pojilla. Yleensä kuitenkin muut mielenterveyden häiriöt edeltävät päihdehäiriöitä ja päihdehäiriön kehityttyä tämä samanaikainen muu mielenterveyden häiriö saattaa entisestään pahentua.

Käytöshäiriö edeltää usein päihdehäiriötä. On myös esitetty, että päihde- ja käytöshäiriöillä on osin yhteisiä riskitekijöitä. Käytösongelmaisilla tytöillä näyttäisi olevan erityisen suuri riski komorbidin päihdehäiriön kehittymiseen. Pojilla puolestaan on todettu käytöshäiriön vakavuuden olevan yhteydessä päihdehäiriön vakavuusasteen kanssa. Tarkkaavuus- ja yliaktiivisuushäiriöllä (ADHD) ei puolestaan näyttäisi olevan itsenäistä vaikutusta nuorten päihdehäiriön ilmaantumisessa vaan sen vaikutus välittyisi samanaikaisesti esiintyvän käytöshäiriön tai bipolaarihäiriön kanssa. Lisäksi, hoitamattomana ADHD lisää todennäköisyyttä, että nuorella on myös päihteiden ongelmakäyttöä.

Mielialahäiriöiden osalta tulokset ovat olleet vaihtelevia. Joillakin nuorilla masennus on alkanut ennen päihdehäiriön kehittymistä kun taas toisilla nuorilla päihdehäiriö on edeltänyt masennuksen ilmaantumista. Depression ja päihdehäiriön ilmaantumisjärjestyksessä on havaittu sukupuolieroja siten, että pojilla päihdehäiriö alkaisi useammin ennen mielialahäiriötä, kun taas tytöillä järjestys olisi päinvastainen. Nuorella puhjennut bipolaarihäiriö on merkittävä riskitekijä päihdehäiriön kehittymiselle ja bipolaarihäiriön sairastuneille nuorille tulisi antaa tietoa päihdehäiriön riskistä.

Ahdistuneisuushäiriöiden ja päihdehäiriöiden välinen suhde näyttää myös monitahoiselta. On mahdollista, että häiriöillä olisi osin yhteisiä tai toistensa kanssa korreloivia riskitekijöitä. Nuori saattaa myös alkaa käyttää päihteitä itselääkityksenä ahdistusoireisiinsa. Erityisesti sosiaalinen fobia ja traumaperäiset stressihäiriöt näyttäisivät usein edeltävän päihdehäiriötä. Toisaalta, päihteiden käyttö (erityisesti kannabiksen käyttö) saattaa laukaista kliinisesti merkittävän ahdistuneisuushäiriön nuorella, jolla on alttius ahdistusoireiluun.

2.2 Ennaltaehkäisyn näkökulma

Komorbiditeetin ymmärtäminen on tärkeää myös nuorten päihdeongelmien ehkäisyn näkökulmasta. ADHD, käytös- ja ahdistuneisuushäiriöt alkavat usein lapsuudessa, kun taas masennus- ja päihdehäiriöiden tyypillisin alkamisikä sijoittuu nuoruuteen. Siksi lapsuusiän mielenterveyshäiriöihin, erityisesti ADHDhen ja käytöshäiriöön, liittyvien suojaavien tekijöiden vahvistaminen ja riskitekijöiden varhainen tunnistaminen ja hoito voivat ehkäistä päihdehäiriön kehittymistä. Tämä puolestaan osaltaan ennaltaehkäisee päihdehäiriöiden ja muiden mielenterveyshäiriöiden kehittymistä ja jatkumista nuoruudessa ja varhaisessa aikuisiässä. Esimerkiksi jo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa perheitä ja vanhemmuutta tukemalla voidaan neuvoloissa, päiväkodeissa ja alakouluissa tehdä merkittävää ennaltaehkäisevää työtä.

Tärkeää on ns. ”ulospäin oireilevien” lisäksi kiinnittää huomiota myös hiljaisiin ja vetäytyviin lapsiin ja nuoriin. Esimerkiksi sosiaalisesta ahdistuneisuudesta kärsiviä lapsia ei välttämättä tunnisteta riittävän varhain, koska he eivät aiheuta kouluissa häiriötä muille. Varsin yksinkertaisilla kysymyksillä voidaan saada viitteitä sosiaalisesta ahdistuneisuudesta kuten, miten lapsi on kokenut uusiin ja itselle vieraisiin tilanteisiin menemisen tai jännittääkö lapsi tai nuori esiintymistilanteita koululuokassa. Myös aggressiivisesti käyttäytyvältä lapselta tulisi arvioida

mahdollista sosiaalista arkuutta. Lisäksi mm. oppimisvaikeuksien ja sosiaalisten taitojen puutten varhaisella tunnistamisella ja tarvittavien tukikeinojen järjestämisellä voidaan ennaltaehkäistä päihdehäiriöiden ja muiden mielenterveyshäiriöiden kehittymistä.

Lisäksi lasten ja varhaisnuorten kohdalla olisi keskeistä pyrkiä siirtämään päihteiden käytön aloittamisikää mahdollisimman myöhäiseen vaiheeseen nuoruuden kehitystä. Tällä pystyttäisiin ehkäisemään vaikeiden komorbidien häiriöiden kehittymistä sekä vähentämään niitä huomattavia haittoja, joita päihteiden käytöstä jo sinällään syntyy että myöhempää päihdeongelmaisten määrää.

Perusterveydenhuollon tasolla, kuten kouluterveydenhuollossa ja terveyskeskuksissa, on tärkeää tunnistaa lasten ja nuorten ns. subdiagnostinen oireilu. Perusterveydenhuollon vastaanotoille tulevista lapsista ja nuorista monella eivät vielä täyty varsinaiset häiriöiden diagnostiset kriteerit, mutta hyvinkin monenlaista oireilua ja mahdollisesti vielä lievää päihteiden käyttöä voidaan havaita. Mahdollisimman varhaisella ja riittäväällä puuttumisella ja melko lyhyilläkin hoitointerventioilla voidaan näiden riskissä olevien lasten ja nuorten kohdalla vaikuttaa siihen, ettei oireilu kehity varsinaiseksi mielenterveyshäiriöksi. Esimerkiksi motivoivan haastattelun tekniikat soveltuvat hyvin perustason työvälineeksi päihdehäiriöiden ennaltaehkäisyyn. Masennusriskissä olevat lapset ja nuoret saattavat puolestaan nykytiedon valossa hyötyä erilaisista kognitiivis-behavioraaliseen viitekehukseen pohjautuvista ennaltaehkäisevistä ryhmäinterventioista.

Lisäksi ennaltaehkäisyyn ja kliinisen työn näkökulmasta merkille pantavia ovat viimeaikaiset tutkimustulokset kannabiksen käytön ja skitsofrenian yhteyksistä. Tutkimustulosten perusteella kannabiksen käyttöä voidaan pitää skitsofrenian ilmaantumisen riskiä lisäävänä tekijänä. Cannabis voi siis uhata erityisesti psykoosialttiin henkilön mielenterveyttä. Käytännön työssä, skitsofrenialle geneettisesti alttiita tai lieviä psykoottisista oireista tai elämyksistä kärsiviä nuoria tulisikin opastaa välttämään kannabiksen käyttöä.

3 NUOREN ARVIOINTI JA KOMORBIDIEN HÄIRIÖIDEN TUNNISTAMINEN

Nuoren tilaa tulee arvioida aina kokonaisvaltaisesti ottaen huomioon sekä nuoren yksilöllinen kehitysvaihe että mahdollisten oireiden merkitys nuoruuden kontekstissa. Nuorten kohdalla ei aina ole helppoa erottaa, mikä on normaaliin kehitykseen kuuluvaa, itsestään ohimenevää kuohuntaa ja mikä taas on vakavampaa ja hoitoa vaativaa oireilua. Tarkan diagnoosin määrittäminen voimakasta kehitysvaihetta elävälle nuorelle voi olla ongelmallista. Nuori todennäköisesti kärsii hoitoa vaativasta mielenterveyden häiriöstä silloin, kun oireilu ja tasapainottomuus aiheuttavat selviä haittoja nuorelle tärkeillä elämänalueilla kuten koulunkäynnissä (koulumenestyksen lasku, runsaat poissaolot), ikätoverisuhteissa (esim. vetäytyminen, vaikeat

ristiriidat, suhteiden katkeaminen) tai nuori ei ole enää kiinnostunut asioista, joista muut ikätoverit ovat kiinnostuneet. Nuorella mahdollisesti tapahtuneet *muutokset* ovat huomionarvoisia. Mikäli nuori itse kokee tarvitsevansa apua, on se aina otettava vakavasti.

Nuoren kokonaisvaltaisessa tutkimuksessa tulisi kartoittaa ainakin seuraavat elämänalueet: psyykinen terveys, fyysinen terveys, päihteiden käyttö, koulu- ja/tai työtilanne, perhesuhteet, ikätoverisuhteet, vapaa-ajanvieto sekä mahdollinen rikollisuus (liitteessä 1 on kaaviokuva moniongelmaisen nuoren arvioinnista perusterveyden huollossa). Runsaasti päihteitä käyttävältä nuorelta tulisi arvioida aina mahdollisia muita mielenterveyden häiriöitä, ja toisaalta muulla tavoilla oirehtivalta nuorelta tulisi selvittää aina päihteiden käyttöä. Päihteiden käyttöä tulee kysyä suoraan ja kysymällä yksityiskohtaisesti eri päihteiden käytöstä. Silloinkin, kun nuorella todetaan vain yksi häiriö, komorbiditeetin riski tulee muistaa hoidon aikana ja jatkohoitoa suunniteltaessa. Esimerkiksi masentuneella nuorella on riski päihdehäiriön kehittymiseen ja päinvastoin.

Päihdeongelmista kärsiviä nuoria arvioitaessa ja hoitaessa on hyvä muistaa, että pitkään jatkuneen ja runsaan päihteidenkäytön jälkeen vieroitusoireet saattavat aiheuttaa esim. masennustilan. Lisäksi vastaanotoille tulee joskus päihderiippuvaisia nuoria, jotka liioittelevat psyykkisiä oireitaan saadakseen esimerkiksi rauhoittavia lääkkeitä.

Arviointivaiheessa nuorelle tulisi antaa mahdollisuus aikaa tutustumiseen ja kahdenkeskiseen keskusteluun työntekijän kanssa. On asioita, joista nuori ei uskalla puhua ennen kuin nuori voi olla varma vuorovaikutussuhteen luottamuksellisuudesta. Nuori ei myöskään anna auttaa itseään ellei hän voi luottaa häntä auttavaan aikuiseen. Hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää empaattinen suhtautuminen ja vastakkainasettelun välttäminen. Nuoria tavatessa on hyvä muistaa, ettei nuori kykene välttämättä vielä tunnistamaan psyykkisiä ongelmiaan ja oireitaan tai hänellä ei vielä ole sanoja tai käsitteitä niitä ilmaisemaan. Erityisesti varhaisnuorten kohdalla (12-14 –vuotiaat) vanhempien ja mm. opettajien havainnot ja nuoren käyttäytymisen tarkkailu saattavat antaa merkittävää lisäinformaatiota. Vanhempien mukana olo jo tutkimusvaiheessa on tärkeää kokonaisvaltaisen kuvan saamiseksi, mutta myös mahdollisen hoidon onnistumiseksi. Nuoren on vaikeaa sitoutua hoitoon, ellei hän koe, että myös vanhemmat ovat hoidon takana ja hoidolle on olemassa vanhempien ”lupa”.

Haastattelujen lisäksi tilanteen kartoituksessa apuna voidaan käyttää erilaisia luotettavia, standardoituja arvointilomakkeita, joiden avulla on mahdollista myös seurata oiremuutoksia hoidon aikana (esim. Beckin depressiokysely BDI tai päihteiden käyttöä kartoittava AUDIT). Nuoren päihteiden käytön vakavuus saattaa tulla esiin paremmin kyselylomakkeen avulla kuin keskustelemalla nuoren kanssa, koska nuori puheissaan helposti vähättelee päihteiden käyttöään tai ei tunnista itsekään päihteiden käyttönsä vakavuutta. Suositeltavaa olisi, että alueellisesti sovittaisiin eri viranomais-/hoitotahojen välillä, mitä versiota tietystä mittarista käytetään, jotta kommunikointi eri tahojen välillä helpottuisi. Jotkut nuoret ja heidän perheensä kokevat, että on helpompaa vastata psyykkisiä oireita ja päihteiden käyttöä kartoittaviin kysymyksiin osana laajempaa terveystarkastusta, mikä voikin erityisesti perustasolla, kuten kouluterveydenhuollossa ja terveyskeskuksissa, toimia yhtenä tapana seuloa mahdollisesti tarkempaa tutki-

musta tarvitsevat nuoret. Ns. tikapuanamneesin avulla voidaan aikajanelle kerätä kaikki nuoren merkittävät elämäntapahtumat (esim. menetykset, perheen hajoaminen, muutot, kouluuoriutuminen) sekä milloin päihteiden käyttö ja/tai muut oireet ovat alkaneet ja kuinka vakavia oireet ovat olleet. Tämä helpottaa havainnoimaan päihteiden käytön ja muiden psykiatristen oireiden sekä kuormittavien elämäntapahmjen ajallisia suhteita.

Tässä julkaisusarjassa on julkaistu aikaisemmin päihdehäiriöiden varhaistunnistamista, nuorten depressioita, itsetuhokäyttäytymistä ja sen tunnistamista sekä tarkkaavuus- ja käyttöhäiriötä tarkastelevia oppaita.

4 KOMORBIDIEN HÄIRIÖIDEN HOITO

Kokonaisvaltaisen arvion jälkeen tehdään nuorelle yksilöllisesti räätälöity hoitosuunnitelma. Tutkimustietoa on toistaiseksi varsin vähän siitä, miten komorbideja häiriöitä tulisi hoitaa, mutta joitakin yleisiä hoitolinjauksia voidaan tehdä. Nykytiedon perusteella ei ole suositeltavaa, että edellytettäisiin nuoren päihdehäiriön hoitoa ensin ja komorbidiiden hoitoa vasta päihteen käytön loputtua. Sen sijaan samanaikaiset päihde- ja muut mielen-terveyshäiriöt tulisi nykykäsityksen mukaan *hoitaa samanaikaisesti*. Oleellista on, että päihdehäiriön kanssa komorbidiä mielen-terveyshäiriötä hoidetaan ja hoitoa suunniteltaessa otetaan huomioon sekä nuoren yksilöllinen kehitysvaihe (hoidossa tulisi pyrkiä nuoruusiän psyykkisen kehityksen tukemiseen) että komorbidin häiriön ja päihdehäiriön erityispiirteet. Lisäksi on huomioitava, ettei pelkästään komorbidiiden häiriöiden hoito riitä päihdehäiriöisen nuoren päihteiden käytön vähentämiseen, vaan tarvitaan myös spesifistä päihdehäiriön hoitoa. Hoidossa tulisi ottaa kokonaisvaltaisesti huomioon kaikki ne nuoren elämäalueet, jotka vaativat korjausta sekä myös sukupuoli- että mahdolliset etniseen kulttuuriin liittyvä erot. Mitä varhaisemmassa vaiheessa kaksoisdiagnoosinuoren hoito aloitetaan sitä parempi ennuste on. Olemassa olevan tiedon valossa samanaikaisista päihde- ja muista mielen-terveysongelmissä kärsivien nuorten vaikuttavaan hoitoon on integroitu periaatteita ja hoitomuotoja kummankin häiriön vallitsevista ja vaikuttaviksi todetuista hoitokäytännöistä.

4.1 Psykososiaaliset hoitomuodot

Nuoria hoidettaessa ensisijainen hoitomuoto on aina psykososiaalinen hoitomuoto. Spesifisti kaksoisdiagnoosinuorten psykososiaalisesta hoidosta ei ole juurikaan tutkimustietoa. Vallitsevista psykososiaalisista hoitomuodoista osan on kuitenkin todettu olevan vaikuttavia hoitomuotoja sekä päihdehäiriöiden hoidossa että muiden mielen-terveyshäiriöiden hoidossa, minkä vuoksi niiden voidaan olettaa soveltuvan myös komorbidiiden häiriöiden hoitoon. Psykososiaaliset hoitotoimet tulee kohdentaa kumpaankin häiriöön.

4.1.1 Yksilökeskeiset hoidot

Kognitiivis-behavioraalisen yksilö- ja ryhmäterapian vaikuttavuudesta on näyttöä nuorten päihdehäiriöiden, käytöshäiriöiden, mielialahäiriöiden että ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa. Kognitiivis-behavioraalisisessa psykoterapiassa tutkitaan hyvinvointia rajoittavia, epätarkoituksemukaisia ajatustapoja ja niiden yhteyksiä ongelmallisiin kokemuksiin, tunteisiin ja toimintatapoihin. Näiden ajattelutottumusten tunnistamisen ja muuttamisen ohella kognitiivis-behavioraalisisessa psykoterapiassa kehitetään ongelmanratkaisutaitoja ja selviytymiskeinoja.

Behavioraalisia tekniikoita käytetään myös ns. yhteisö vahvistusohjelmissa (ACRA = Adolescent Community Reinforcement Approach), joiden tavoitteena on auttaa nuorta löytämään omasta lähiyhteisöstään päihdeettömänä pysymistä tukevia voimavaroja ja aktiviteetteja. Yhteisö vahvistusohjelmissa käytetään mm. toivottua käyttäytymistä vahvistavia konkreettisia palkintoja. Yhteisö vahvistusohjelmilla on saatu hyviä tuloksia mm. kannabista käyttävien nuorten hoidossa, joilla osalla oli myös muuta psykiatrista oireilua. Lupaavia hoitotuloksia on saatu myös yhteisö vahvistusohjelmien yhdistämisestä perhekeskeisiin menetelmiin.

Motivoivan haastattelun tekniikoita ja motivaatiota vahvistavaa hoitomallia (MET=Motivational Enhancement Therapy) on käytetty sekä varhaisessa puuttumisessa että varsinaisen hoidon aloitusvaiheessa päihdeongelmallisilla nuorilla. Motivaatioita vahvistavia hoitotoimia on käytetty tuloksekkaasti yhdistettynä kognitiivis-behavioraaliseen yksilö- tai ryhmäterapiaan tai perheterapiaan päihdeongelmallisilla nuorilla, joilla on myös mm. käytösongelmia. Motivoiva haastattelun tekniikat ja motivaatiota vahvistavat hoitomallit ovat potilaskeskeisiä menetelmiä, joiden tavoitteena on voimistaa yksilön sisäistä motivaatiota muutokseen. Oleellista on, että nuori asettaa itse tavoitteet toivotulle muutokselle. Työntekijä pyrkii valottamaan nuorelle ristiriitaa ongelmakäyttäytymisen ja nuoren asettamien tavoitteiden välillä. Mitä vanhemmasta nuoresta on kyse, sitä tärkeämpää on nuoren oma motivaatio hoidon onnistumisen kannalta. Esimerkiksi 18 vuotta täyttäneiden nuorten kohdalla perhetyötä ei välttämättä pystytä tekemään enää lainkaan.

4.1.2 Perhekeskeiset ja yhdistelmähoitot

Perhekeskeisillä menetelmillä ja yhdistelmähoidoilla on saatu hyviä hoitotuloksia erityisesti päihdehäiriöisten ja käytöshäiriöisten nuorten hoidossa. Myös tarkkaavuushäiriön hoidossa vanhempainohjaus ja perhekeskeisyys ovat olennainen osa hoitoa. Perheen sitouttaminen mukaan ja osaksi nuoren hoitoa on todettu olevan yksi merkittävä osatekijä myös kaksoisdiagnoosinuorten onnistuneessa hoidossa. Jo hoidon alkuvaiheessa on tärkeää tarjota nuoren vanhemmille tai huoltajille tietoa päihdeistä, nuoren kärsimistä mielenterveyshäiriöistä ja niiden hoidosta. Vanhempain ohjaus, vastuullisen vanhemmuuden tukeminen ja tarvittaessa perheen sisäisten vuorovaikutustaitojen kohentaminen ovat keinoja auttaa psyykkisesti oireilevaa nuorta ja hänen perhettään. Mitä varhaisemmassa kehitysvaiheessa nuori on, sitä tärkeämpää on perheen mukana olo osana hoitoprosessia. Perhetyön onnistumisen kannalta

on erityisen tärkeää työmenetelmien kehittäminen, jotta myös ns. moniongelmaiset perheet tavoitettaisiin ja saataisiin sitoutettua hoitoprosesseihin.

Yhdistelmähoidoissa eli ns. integroiduissa hoitomalleissa sovelletaan toimivimpia puolia sekä yksilö- että perhekeskeisistä lähestymistavoista ja ne saattavat soveltua juuri kaksoisdiagnoosinuorten hoitoon. Integroituihin hoitoihin katsotaan kuuluvan myös niiden mallien, joissa käytetään samanaikaisesti kahta eri menetelmää. Esimerkiksi perheterapia yhdistettynä yksilölliseen tai ryhmässä toteutettavaan kognitiivis-behavioraaliseen terapiaan on todettu olevan voimakkaasti yhteydessä ongelmakäyttäytymisen ja päihteiden käytön vähenemiseen. Lisäksi, kuten edellä todettiin, motivaatiota vahvistavia hoitotoimia on käytetty tuloksetta yhdistettynä kognitiivis-behavioraaliseen yksilö- tai ryhmäterapiaan tai perheterapiaan päihdeongelmaisilla nuorilla, joilla on myös mm. käytösongelmia.

Varsinaisista integroiduista hoitomalleista tutkituimpia ovat ns. multisysteeminen terapia (MST = multisystemic therapy), joka kehitettiin alkujaan rikoskierteessä olevien nuorten hoitoon sekä ns. multidimensionaalinen perheterapia (MDFT = multidimensional family therapy), joka kehitettiin päihdeongelmaisten nuorten hoitoon. Multisysteemistä terapiaa on kuvattu tarkemmin tämän julkaisusarjan oppaassa: Nuorten päihdehäiriöiden hoito. Multidimensionaalinen perheterapia (MDFT) on kokonaisvaltainen ja monitekijäinen hoitomuoto, jossa otetaan huomioon sekä nuoren kehityksellinen vaihe että ne toisiinsa liittyvät yksilön ja ympäristön systeemit, joissa nuori elää. Hoidossa keskitytään erityisesti: 1) nuoren yksilöllisiin ominaisuuksiin (esim. kognitiivisiin tekijöihin kuten päihteiden käytön haitallisuuden havaitsemiseen sekä tunteiden säätelyyn liittyviin prosesseihin kuten päihteiden käyttö coping-keinona tai vaikeuksien ilmenemismuotona), 2) vanhemmuuteen (esim. kasvatuskäytännöt, vanhemmuuteen liittyvä stressi) 3) muihin tärkeisiin perheenjäseniin ja verkostoihin (esim. päihteitä käyttävien aikuisten läsnäolo) kuten myös 4) perheen vuorovaikutustyyliin (esim. emotionaalinen etäisyys), jotka ovat yhteydessä nuoren kehitykseen ja päihteiden käytön ja ongelmakäyttäytymisen jatkumiseen. MDFT:ssä pyritään toisaalta vähentämään negatiivisten ja päihteiden käyttöön altistavien tekijöiden vaikutusta nuoren elämässä ja toisaalta edistämään nuorta suojaavia prosesseja (lasten ja vanhempien läheiset suhteet, tervehkeinen kaveripiiri, koulutyöhön tukeminen) mahdollisimman monella elämän alueella. Tavoitteena on nuoren päihteitä käyttävän elämäntyylin muuttaminen kehityksellisesti normatiiviseksi elämäntyyliksi ja psykososiaalisen toimintakyvyn parantaminen useilla kehityksellisesti tärkeillä alueilla. Tavoitteena on myös lisätä vanhempien sitoutumista ja vastuullisuutta, antaa vanhemmille tietoa esim. rajojen asettamisesta ja nuorelle sopivasta autonomian asteesta sekä kohentaa perheen sisäisiä vuorovaikutustaitoja. Hoitomalliin sisältyy sekä nuoren yksilöistuntoja, perhetapaamisia että tapaamisia muiden nuorelle tärkeiden verkostojen kanssa. Tapaamiset pidetään joko hoitoyksikössä tai esimerkiksi nuoren kotona tai koulussa. Myös yhteydenpito puhelimitse on tavallista. Tarvittaessa pidetään useampi istunto viikossa. Istuntojen kokonaismäärä vaihtelee 16-25 välillä hoidon kokonaispituuden ollessa neljästä kuuheen kuukauteen. Lisäksi esim. työharjoittelu voi sisältyä hoitointerventioon.

Sekä multisysteemisessä terapiassa että multidimensionaalisessa perheterapiassa otetaan siis huomioon perheen lisäksi nuorelle tärkeät yhteisöt, kuten koulu, kaveripiiri ja naapurit. Yhteistä näissä hoitomalleissa on lisäksi hoidon intensiivisyys (tapaamisia on tarvittaessa useita kertoja viikossa) sekä se, että työntekijät liikkuvat sinne, missä nuori ja hänen sosiaalinen verkostonsa on. Lisäksi vastuuhoidajan nimeäminen on katsottu juuri vaikeasti oireilevien nuorten hoidossa olevan ensiarvoisen tärkeää. Integroitujen hoitomallien vaikuttavuudesta kaksoisdiagnoosinuorten hoidossa on vielä varsin vähän tutkimustietoa, mutta alustavat tulokset ovat lupaavia.

4.2 Lääkehoito

Kun nuorelle aloitetaan psykenlääkehoito, on noudatettava erityistä varovaisuutta ja lääkehoidon seuranta on oltava huolellista. Nuoren kasvuun ja kehitykseen liittyvät erityispiirteet on otettava huomioon. Lääkehoitoa ei nuoren hoidossa pidä käyttää ainoana hoitomuotona ja psykososiaaliset hoitomuodot ovat yleensä ensisijaisia.

Viimeaikaisten tutkimusten mukaan monien komorbidien häiriöiden hoitoon tarkoitettujen lääkkeiden käyttö on turvallista myös päihdehäiriöisillä nuorilla, vaikka nuori ei saavuttaisikaan ennen lääkityksen aloittamista täydellistä päihdeettömyyttä. Kaksoisdiagnoosinuorten kohdalla on kuitenkin kiinnitettävä erityistä huomiota *mahdollisille toksisille lääkkeen ja päihteen yhteisvaikutuksille sekä arvioitava riski lääkkeen väärinkäyttöön*. Huolta mahdollisesta lääkkeen väärinkäytöstä voidaan tarvittaessa keventää sopimalla, että nuoren lääkkeen käyttöä valvoo nuoren vanhemmat tai joku muu aikuinen.

Nuorten päihdehäiriöiden lääkehoitoa on tarkasteltu aikaisemmin tässä julkaisusarjassa julkaistussa oppaassa: Nuorten päihdehäiriöiden hoito. Seuraavassa tarkastellaan tarkemmin päihdehäiriön kanssa yleisimmin esiintyvien komorbidien mielenterveyshäiriöiden lääkehoidon suosituksia ottaen huomioon päihdehäiriön samanaikaisuus.

4.2.1 Mielialahäiriöt ja päihdehäiriö

Lääkitystä ei pidä käyttää ainona masennuksen hoitona, vaan se on osa kokonaisuhoitoa. Lääkityksen liittämistä hoitoon kannattaa harkita, mikäli mielialahäiriö on vaikea-asteinen tai ei lievity muilla toimenpiteillä noin 4-6 vkon kuluessa. Alle 18-vuotiaiden masennuslääkehoito suositellaan aloitettavaksi fluoksetiinilla, ja muita SSRI-ryhmän lääkkeitä voidaan harkitusti kokeilla, mikäli fluoksetiini ei tehoa tai sovi. SSRI-lääkkeiden, ensisijaisesti fluoksetiinin käyttöä, pidetään turvallisena masennuksesta ja samanaikaisesta päihdehäiriöstä kärsivien nuorten hoidossa, mutta osa nuorista tarvitsee lisäksi spesifistä päihdehäiriön hoitoa. On kuitenkin huomioitava, että SSRI-lääkkeiden *lääkevaste ja sivuvaikutusprofiili* saattavat olla erilaisia kaksoisdiagnoosinuorilla verrattuna pelkästään masennuksesta kärsiviin nuoriin. Huolellisen päihteen käytön seurannan turvin SSRI-lääkitys voidaan aloittaa jo kahden ensimmäisen hoitoviikon aikana. Edellytyksenä lääkityksen aloitukselle on päihdekierteen

katkeaminen tai käytön merkittävä väheneminen, jota arvioidaan sekä nuoren itseraportoinnin että huumeaseulojen avulla. Trisyklisiä masennuslääkkeitä *ei* suositella masennuksesta ja päihdehäiriöstä kärsivien nuorten hoitoon lääkkeen ja päihteen (erityisesti kannabiksen) vaarallisten yhteisvaikutusten vuoksi. Lääkehoidon aikana tulee seurata tiiviisti ja systemaattisesti sekä hoitovastetta että mahdollisia haittavaikutuksia. Lupaavia hoitotuloksia on saatu fluoksetiinin käytöstä yhdistettynä motivaatiota vahvistavaan hoitomalliin (kohdistettu päihdeongelman hoitoon) sekä kognitiivis-behavioraaliseen terapiaan (kohdistettu masennuksen hoitoon).

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä (bipolaarihäiriötä) sairastavilla potilailla on hyvin usein myös päihteen ongelmakäyttöä. Bipolaarihäiriöstä kärsivien nuorten päihteen käyttö on joissakin hoitotutkimuksissa vähentynyt litium- tai natriumvalproaattilääkityksen avulla. Eräissä kontrolloidussa tutkimuksissa litium oli tehokas sekä bipolaarihäiriön että päihdehäiriön hoitoon. Nuorten hoitoa koskevia tutkimustuloksia on kuitenkin vielä niukasti ja lisätutkimuksia tarvitaan koskien mielialaa tasaavien lääkkeiden turvallisuutta ja tehokkuutta kaksoisdiagnoosinuorilla.

4.2.2 Ahdistuneisuushäiriöt ja päihdehäiriö

Fluoksetiin on todettu olevan vaikuttavaa lasten ja nuorten ahdistuneisuushäiriön hoidossa, mutta suositeltu yhdistettävän kognitiivis-behavioraaliseen psykoterapiaan ja vanhempain ohjaukseen. SSRI-lääkkeiden käyttöä ahdistuneisuushäiriöstä ja samanaikaisesta päihdehäiriöstä kärsivillä nuorilla ei ole tietävästi tutkittu. Bentosodiatsepiinien käyttöä *ei* suositella käytettäväksi kaksoisdiagnoosinuorten hoidossa niiden vähäisen vaikuttavuusnäytön ja väärinkäyttöön liittyvän riskin vuoksi.

4.2.3 ADHD ja päihdehäiriö

Tarkkaavuushäiriön lääkehoidossa käytetään yleensä joko piristelälääkkeitä eli stimulantteja tai depressiolääkkeitä. Eniten näyttöä on stimulanttihoidon tehosta, käytännössä useimmin metyyylifenidatti- tai amfetamiinivalmisteista. Tarkkaavuushäiriöisistä lapsista ja nuorisista 70-90 % hyötyy stimulanttihoidosta sekä kognitiivisten että käyttäytymisoireiden osalta. Eräissä kontrolloidussa tutkimuksissa stimulanttihoito todettiin vaikuttavaksi ja turvalliseksi ADHD:ta ja samanaikaista päihdehäiriötä kärsivien nuorten hoidossa vähentäen ADHD:n oireita. Stimulanttihoidolla ei kuitenkaan ollut päihteen käyttöä vähentävää vaikutusta. Pelkkä ADHD:n hoito ei siis vähennä päihteen käyttöä, vaan tarvitaan myös spesifistä päihdehäiriön hoitoa.

Tarkkaavuushäiriön stimulanttihoidon vaikutuksesta päihdehäiriön kehittymiseen on kiistelty pitkään. Useat pitkittäistutkimukset ovat osoittaneet, että asianmukaisesti toteutettu stimulanttihoito ei lisää päihdehäiriön riskiä, vaan pienentää sitä. Stimulanttien väärinkäytön riski pitää kuitenkin ottaa huomioon, kun hoidetaan nuorta, jolla on jo päihdehäiriö ja jonka mahdollista hoitamatonta tarkkaavuushäiriötä arvioidaan vasta tässä vaiheessa. Väärinkäytön

merkkejä saattavat olla usein ”häviävät” reseptit, pyynnöt tavanomaista suuremmista annoksista, toistuvat käyttämättömät vastaanottoajat ja painon lasku. Mikäli on huolta stimulanttien väärinkäytöstä, on perusteltua aloittaa tarkkaavuushäiriön hoito bupropionilla, venlafaxinilla tai muulla depressiolääkkeellä. Mikäli näillä ei ole vaikuttavaa tehoa, voidaan harkiten aloittaa stimulanttihoito. Pitkävaikutteisilla stimulanteilla on parempi turvallisuusprofiili. Lisäksi uusi ADHD:n ei-stimulanttilääke, atomoxetine, saattaa soveltua erityisen hyvin kaksoisdiagnoosinuorten hoitoon sen vähäisemmän väärinkäytön riskin vuoksi, mutta lisätutkimuksia tarvitaan lääkkeen turvallisuudesta ja tehokkuudesta nuorten hoidossa.

Nykyään tarkkaavuushäiriöisen hoidoksi suositellaan erilaisten psykososiaalisten tukimuotojen yhdistämistä lääkehoitoon ja oleellisena pidetään hoidon kokonaisvaltaisuutta. Näissä ns. yhdistelmähoidoissa käytetään sekä lääkehoitoa että esim. nuorelle, perheelle ja opettajalle suunnattua psykoedukaatiota ja ohjausta. Pelkkään lääkehoitoon verrattuna, yhdistelmähoidosta näyttää hyötyvän erityisesti ne tarkkaavuushäiriöstä kärsivät nuoret, joilla on myös käytöshäiriö. Nykytiedon valossa yhdistelmähoito voidaan olettaa soveltuvan hyvin myös, mikäli nuorella on ADHD:n (ja käytöshäiriön) lisäksi päihdehäiriö.

4.2.4 Käytöshäiriö ja päihdehäiriö

Lääkehoitoa voidaan tarvita käytöshäiriöisen nuoren hoidossa etenkin komorbidien häiriöiden, kuten masennuksen tai tarkkaavuushäiriön, hoitamiseksi. Lisäksi lääkkeitä saattaa olla hyötyä aggressiivisen ja impulsiivisen käyttäytymisen hallinnassa.

Käytöshäiriö ja päihdehäiriö esiintyvät usein samanaikaisesti, minkä on todettu olevan yhteydessä huonoon ennusteeseen. Käytös- ja päihdehäiriökomorbiditeetin yleisyydestä ja vakavuudesta huolimatta, kontrolloituja lääkehoitotutkimuksia ei ole tehty tämän potilasryhmän osalta.

4.3 Integroidun hoidon peruselementit päihdehäiriöstä ja samanaikaisesta masennuksesta kärsivän nuoren hoidossa

On ehdotettu, että kokonaisvaltaisen arvion jälkeen, päihdehäiriöstä ja samanaikaisesta masennuksesta kärsivän nuoren integroitu ja samanaikainen hoito voisi sisältää seuraavia elementtejä:

1. motivoivien tekniikoiden käyttö tavoitteena luottavaisen terapeutin suhteen luominen ja rohkaista nuorta vähentämään tai lopettamaan päihteiden käyttöä. Nuorelle on syytä painottaa, että päihteiden käyttöä olisi tärkeä vähentää melko nopeasti, jotta tarvittaessa masennuksen lääkehoito voidaan aloittaa. Nykytiedon perusteella päihdehoidon ennuste on huono, mikäli ei samanaikaisesti hoideta masennusta. Myöskään masennus ei helpotu ellei päihteiden käyttöä saada vähennettyä tai lopetettua. Motivoivan haastattelun jälkeen hoitoa olisi syytä jatkaa sellaisella psykososiaalisella

hoitomuodolla, joka on osoitettu päihdehäiriöisten nuorten hoidossa vaikuttavaksi hoitomuodoksi (esim. perhekeskeiset, kognitiivis-behavioraaliset hoitomuodot).

2. Mikäli nuori on sitoutunut päihdehoitoon ja lisäksi päihteiden käyttö on jo merkittävästi vähentynyt (nuoren itseraportoinnin että huumeeseulojen perusteella) voidaan tarvittaessa aloittaa asianmukainen masennuksen lääkehoito (SSRI-lääkitys, ensisijaisesti fluoksetiini). Mikäli lääkehoito aloitetaan, tärkeää on sekä lääkehoidon tiivis ja systemaattinen seuranta että myös mahdollisen päihteiden käytön seuranta: ohjeiden noudattaminen, motivaatio, häirttavaikutukset, hoitovaste, virtsakokeet/huumeeseulat. Nuorelle on tärkeää selittää, mikä on virtsakokeiden/huumeeseulojen merkitys turvallisen hoidon varmistajana.
3. Mikäli lääkitystä ei voida aloittaa, esimerkiksi jatkuvan ja runsaan päihteiden käytön vuoksi, on masennuksen hoidossa vaikuttavaksi todettu yksilö- ja/tai perhekeskeinen psykoterapia erityisen perusteltu (esim. kognitiivis-behavioraalinen tai interpersonaalinen psykoterapia). Yksilöpsykoterapian lisäksi perhekeskeisyys/perheterapia on tärkeä osatekijä kaksoisdiagnoosinuoren kokonaisvaltaisessa hoidossa.
4. Kaksoisdiagnoosinuoret saattavat hyötyä myös intensiivisemmästä päihdehoidosta.
5. Mikäli masennus ja päihteiden käyttö eivät merkittävästi lievene kahden kuukauden kuluessa hoidon aloittamisesta (tai jos nuoren toimintakyky heikkenee) on suositeltavaa aloittaa intensiivisempi integroitu hoito (esim. multisysteeminen terapia, päiväosasto)
6. Relapsien/retkahduksien ennaltaehkäisystrategioiden suunnittelu ja käyttö on tärkeä osa onnistunutta hoitoa.

Vastaavan tyyppisiä suosituksia on esitetty koskevaksi myös päihdehäiriöstä ja samanaikaisesta posttraumaattisesta stressihäiriöstä kärsivän nuoren hoitoa.

5 MISSÄ KAKSOISDIAGNOOSINUORIA HOIDETAAN?

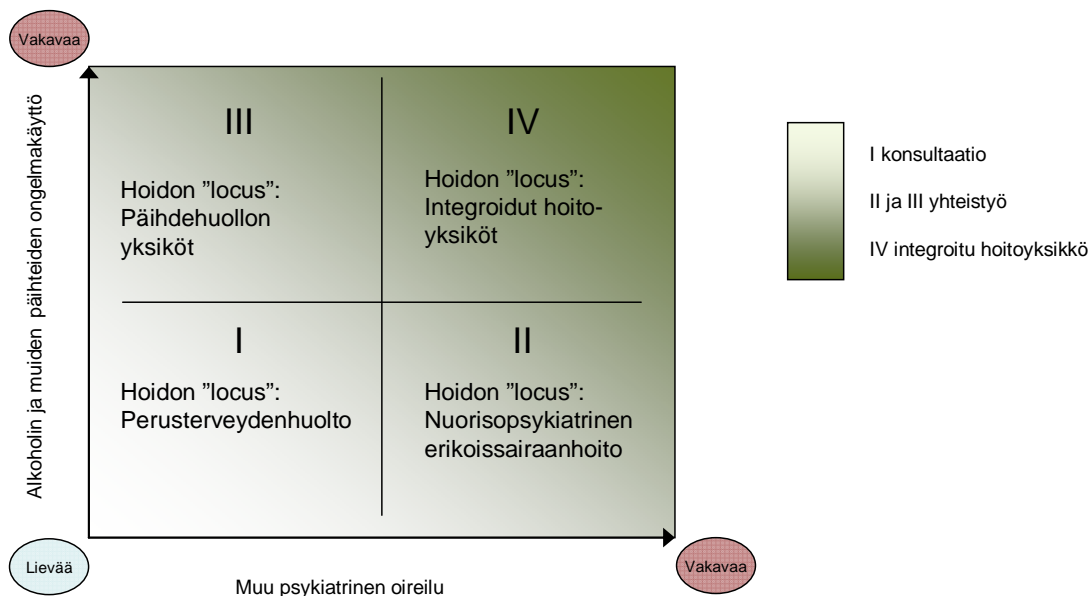
Päihdehäiriöstä ja samanaikaisesta muusta mielenterveyden häiriöstä kärsivän nuoren hoidon järjestämisessä on merkittäviä ongelmia erityisesti oikean hoitopaikan määrittämisessä. Hoitovastuu jää epäselväksi, kun toisaalta päihde- ja toisaalta mielenterveyssektorilla hoidetaan yksittäisiä ongelmia. Nuoren omaksi kokemukseksi jää helposti, että hän on aina väärässä paikassa eikä kukaan kuule hänen ja perheensä ongelmia ja tarpeita. Tähän vaikuttaa osaltaan Suomessa ja muuallakin maailmassa vallitseva palvelujärjestelmän rakenne, jossa päihdeongelmaisia hoidetaan sosiaalitoimessa ja muita mielenterveysongelmia terveydenhuollossa. Kaksoisdiagnoosinuoret koetaan usein hyvin vaikeahoitoisiksi ja myös sen vuoksi helposti siirretään omalta vastuulta pois toiselle hoitotaholle. Työntekijöillä saattaa

olla riittämätön asiantuntemus kaksoisdiagnoosinuorten arvioinnista ja hoidosta ja he voivat suhtautua osin tästä syystä negatiivisesti päihteisiin liittyviin ongelmiin. Nuori voi myös kokea saavansa eri tahoilta toistensa kanssa ristiriitaisia hoitosuosituksia ja nuoren voi olla vaikea muodostaa luottamuksellinen hoitosuhde useaan eri paikkaan. Toisaalta erityisesti kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitomotivaatio ja sitoutuminen pitkäjänteiseen hoitoon on oletettavasti heikko.

Koska komorbidit päihde- ja muut mielenterveyshäiriöt tulisi nykykäsityksen mukaan hoitaa samanaikaisesti, edellytetään niiden hoidossa päihdehuollon, nuorisopsykiatrian, lastensuojelun ja koulujen oppilashuollon entistä tiiviimpää yhteistyötä yhdessä nuoren ja tämän perheen kanssa sekä selkeää vastuunmäärittelyä. Mikäli kaksoisdiagnoosinuoria ei hoideta yhteistyössä vaarana on, ettei kukaan ota vastuuta nuoren hoidosta ja vakavasti oireileva nuori jää kokonaan vaille tarvitsemaansa hoitoa.

Kuvassa 1. esitetty nelikenttä helpottaa hahmottamaan, missä eri ”yhdistelmissä” samanaikaiset päihde- ja muut mielenterveyshäiriöt voivat esiintyä häiriöiden vakavuuden suhteen ja mikä on kulloinkin hoidon oikea ”locus” ja myös yhteistoimintojen tapa (konsultaatio, yhteistyö, integroitu hoitoyksikkö).

Kuva 1. Hoitovastuu ja hoitotahojen yhteistyö suhteessa häiriöiden vakavuuteen



Yleensä nuoren ensimmäinen hoitokontakti on perustasolla (lokeri I) kuten koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa tai terveyskeskuksessa. Kun nuoren päihhteiden käyttö ja/tai muu psykiatrinen oireilu on vielä lievä, voidaan hoitointerventiot toteuttaa perustasolla, mutta mahdollisuus päihdehuollon ja erikoissairaanhoidon konsultaatioon on oltava olemassa. Vakavastikin oireilevan ensimmäinen hoitokontakti on usein perustasolla ja ensimmäisen

hoitokontaktin laatu vaikuttaa siihen, ovatko nuori ja hänen perheensä valmiita jatkossa ottamaan apua vastaan sekä miten he motivoituvat ja sitoutuvat hoitoon pidemmällä tähtäimellä. Tapaamisen luottamuksellinen ilmapiiri, nuoren kuuleminen ja empaattinen ymmärtäminen ovat ensiarvoisen tärkeitä jatkohoitoa ajatellen. Näillä tekijöillä on todettu olevan myös merkittäviä hoidollisia vaikutuksia.

Lokerossa II ja III päävastuu nuoren hoidossa on pääsääntöisesti joko sosiaalitoimen alaisilla päihdehuollon tai A-klinikkasäätiön yksiköillä (nuorisoasemat, A-klinikat, laitossykiköt) tai terveystoimen alaisilla erikoissairaanhoidon yksiköillä (nuorisopsykiatrian poliklinikat, nuorisopsykiatriset osastot), mutta oleellista olisi tiivis yhteistyö toistensa kanssa. Erityisesti vaikeimmin oireilevien nuorten kannalta (lokeron IV) ihanteellisia olisivat kokonaisvaltaiset, päihdehoidon ja nuorisopsykiatrian asiantuntemusta yhdistävät, integroidut hoitoyksiköt, joissa tunnetaan toisaalta nuoren normaali kehitys ja sen häiriöt, toisaalta omaan riittävä asiantuntemus päihdeongelmien tunnistamiseen ja hoidon järjestämiseen. Tällaiset uudentyyppiset hoitoyksiköt voisivat tarjota kaksoisdiagnoosinuorille samanaikaisia ja integroituja hoitointerventioita (yksi palvelun tuottaja, yksi arvio, yksi hoitosuunnitelma), mikä oletettavasti olisi vaikuttavaa, kustannustehokasta ja ennen kaikkea nuoren tarpeisiin vastaavaa hoitoa.

6 KIRJALLISUUTTA

Bukstein OG. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2005;44:6:609-622.

Cohen JA., Mannarino AP., Zhitova AC., Capone ME. Treating child abuse-related posttraumatic stress and comorbid substance abuse in adolescents. *Child Abuse & Neglect* 2003;27:1345-1365.

Cornelius JR., Clark DB., Bukstein OG., Salloum IM. Treatment of co-occurring alcohol, drug, and psychiatric disorders. *Recent developments in alcoholism : an official publication of the American Medical Society on Alcoholism, the Research Society on Alcoholism, and the National Council on Alcoholism* 2005;17:349-365.

Couwenbergh C., van der Brink W., Zwart K., Vreugdenhil C., van Winjngaarden-Cremers P., van der Gaag RJ. Comorbid psychopathology in adolescents and young adults treated for substance use disorders. A review. *European Child and Adolescent Psychiatry* 2006;15:319-328.

Crome I., Bloor R. Substance misuse and psychiatric comorbidity in adolescents. *Current Opinion in Psychiatry* 2005;18:435-439.

Gee RL., Espiritu RC., Huang LN. Adolescents with co-occurring mental health and substance use disorders in primary care. *Adolescent Medicine Clinics* 2006;17:2:427-452.

Geller B., Cooper TB., Sun K., Zimmerman B., Frazier J., Williams M., Heath J. Double-blind and placebo-controlled study on lithium for adolescent bipolar disorders with secondary substance dependency. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1998;37:2:171-178.

Jonsson S. Alaikäiset päihteidenkäyttäjänä – varhaisen puuttumisen toimintamalli. *Suomen Lääkärilehti* 2005;60:23:2619-2622.

Karlsson L., Pelkonen M., Aalto-Setälä T., Marttunen M. Nuorten masennus – vakava sairaus, jonka hoitoa tutkittu vähän. *Suomen Lääkärilehti* 2005;60:27-29:2879-2883.

Lepistö J., von der Pahlen B., Marttunen M. Nuoren päihdehäiriöiden hoito. *Suomen Lääkärilehti* 2006;61:21-22:2331-2338.

Luopa P., Pietikäinen M., Jokela J. Nuorten elinolot, koulutyö, terveys ja terveystottumukset 1996-2005. *Kouluterveyskysely 2005. Stakes, työpapereita 25/2006.*

Pitkänen T. Alcohol drinking behavior and its developmental antecedents. Jyväskylä: University of Jyväskylä, 2006, 181p.

Riggs PD., Davies RD. A Clinical approach to integrating treatment for adolescent depression and substance abuse. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2002;41:10:1253-1255.

Rowe CL., Liddle HA., Greenbaum PE., Henderson CE. Impact of psychiatric comorbidity on treatment of adolescent drug abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2004;26:129-140.

Tomlinson KL, Brown SA, Abrantes A. Psychiatric comorbidity and substance use treatment outcomes of adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors* 2004;18:2:160-169.

Turner WC., Muck RD., Muck RJ., Stephens RL., Sukumar B. Co-occurring disorders in the adolescent mental health and substance abuse treatment systems. *Journal of Psychoactive Drugs* 2004;36:4:455-462.

Wilens TE., Faraone SV., Biederman J., Gunawardene S. Does stimulant therapy of attention-deficit/hyperactivity disorder beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. *Pediatrics* 2003;111:179-185.

Zeitlin H. Psychiatric comorbidity with substance misuse in children and teenagers. *Drug and Alcohol Dependence* 1999;55:225-234.

<http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/aihealueittain/?cat=15>

Nuorten depression:tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille

Nuorten itsetuhokäyttämisen tunnistaminen ja arviointi: tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille

Nuorten masennus: tietoa nuorille ja heidän perheilleen

Nuorten päihdehäiriöiden hoito

Nuorten päihdehäiriöiden varhaistunnistaminen: tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille

Nuorten päihdehäiriöt ja muut mielenterveyden häiriöt: tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille

Tarkkaavuus- ja käytöshäiriöt nuorilla. Tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille.

<http://www.stakes.fi/neuvoa-antavat/hoitopaikat>