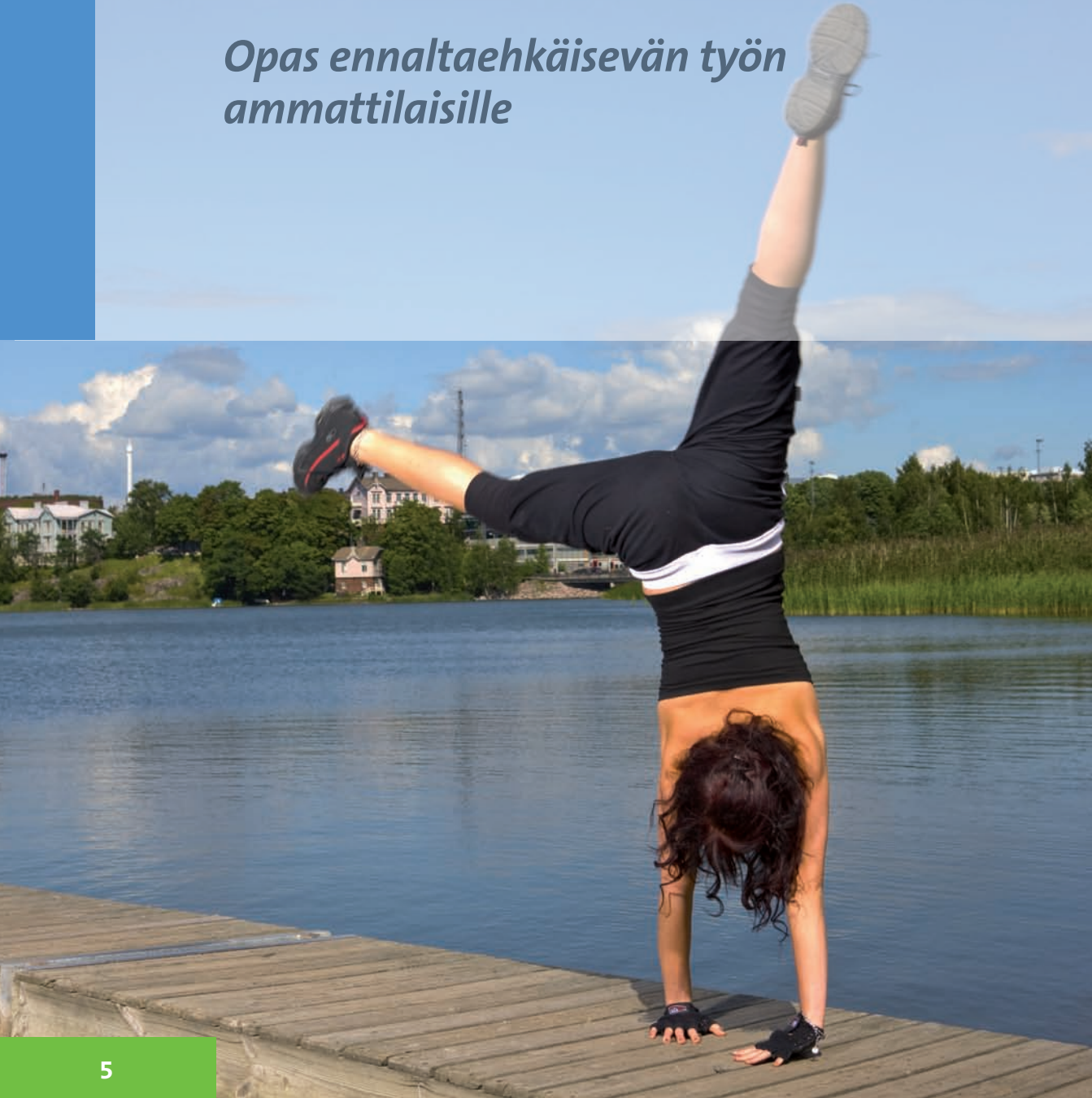


Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen

Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille



Kirjoittajat

MAURI AALTO

HELI BÄCKMAND

HENNA HARAVUORI

JOUKO LÖNNQVIST

MAURI MARTTUNEN

TARJA MELARTIN

AIRI PARTANEN

TIMO PARTONEN

KAIJA SEPPÄ

LAURA SUOMALAINEN

JAANA SUOKAS

JAANA SUVISAARI

SATU VIERTIÖ

MARIA VUORILEHTO

© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

Taitto: Christine Strid

ISBN 978-952-245-147-7 (painettu)

ISSN 1798-0097 (painettu)

ISBN 978-952-245-148-4 (pdf)

ISSN 1798-0100 (pdf)

Yliopistopaino

Helsinki 2009

Saatteeksi

Terveyden edistäminen, ennaltaehkäisy ja varhainen puuttuminen ovat nousseet avainasemaan monissa valtakunnallisissa ohjelmissa muutaman viime vuoden aikana. Valmisteilla olevan Terveydenhuoltolain luonnoksessa terveyden edistäminen esitetään toteutettavaksi laajasti osana kaikkia erikoissairaanhoidon hoitoprosesseja. Lisäksi uudessa Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa, joka linjaa mielenterveys- ja päihdetyön tulevaisuuden keskeiset periaatteet ja painotukset vuoteen 2015, painotetaan erityisesti mielenterveyden ja päihdeettömyyden edistämistä ja ongelmien ja haittojen ehkäisyä.

Tämä asiantuntijoiden laatima opas on syntynyt asiakastyötä tekevien terveydenhuollon ja sosiaalialan ammattilaisten ajankohtaisten tarpeiden pohjalta. Oppaan tavoitteena on helpottaa nuorten ja aikuisten mielenterveys- ja päihdehäiriöiden tunnistamista ja seulomista. Se tarjoaa mittareita erilaisten riskien arviointiin sekä käytännönläheisiä neuvoja ehkäisytyöhön. Opas on tarkoitettu ensisijaisesti terveydenhuollon ja sosiaalialan ammattilaisille väestötasoisena ennaltaehkäisevänä työn ja varhaisen puuttumisen avuksi, mutta se soveltuu myös muille mielenterveys- ja päihdehäiriöiden ehkäisyn parissa työskenteleville. Oppaassa ei käsitellä hoitoon liittyviä asioita, koska ne löytyvät hyvin dokumentoituina muun muassa Käypä hoito -suosituksista.

Oppaassa kuvataan lyhyesti tavallisimpia terveydenhuollon ja sosiaalialan asiakastyössä esiintyviä nuorten ja aikuisten mielenterveys- ja päihdeongelmia, joihin voidaan vaikuttaa ennaltaehkäisyn ja seulonnan keinoin sekä varhaisella puuttumisella. Oppaassa on käsitelty päihdeongelmista alkoholin liikakäyttöä ja huumausaineiden käyttöä sekä niiden varhaista tunnistamista, seulontaa ja varhaista puuttumisen mahdollisuuksia. Mielenterveysongelmista on kuvattu masennuksen, ahdistuneisuushäiriöiden, unihäiriöiden, itsetuhokäyttäytymisen ja syömishäiriöiden yleisyyttä, tunnistamista, seulontaa ja varhaista puuttumista toimenpiteineen.

Psyykkiset kriisit ja stressireaktiot ovat arkipäivää monessa eri terveydenhuollon ja sosiaalialan asiakastilanteissa. Tämän vuoksi opas sisältää myös tähän teeman liittyen asiantuntijan ajankohtaiset suositukset. Lisäksi oppaan loppuosaan on koottu tiivistetysti nykyiset mielenterveys- ja päihdeohjelmat ja niiden toimenpidesuosituksien.

Opas on syntynyt Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksessa mielenterveys- ja päihdetyöntöiden asiantuntijoiden yhteistyön tuloksena.

Helsingissä elokuussa 2009

Kirjoittajat

Sisällys

Saatteeksi

1	JOHDANTO.....	7
2	ALKOHOLIN LIIKAKÄYTTÖ	11
	Alkoholin liikakäytön luokittelu	11
	Alkoholin liikakäytön yleisyys.....	14
	Alkoholin käytön selvittäminen.....	15
	▶ <i>AUDIT-kysely</i>	18
	Miten mini-interventiota toteutetaan?.....	20
3	HUUMAUSSAINEET	22
	Huumaussaineiden käytön yleisyys ja huumehaitat	22
	Huumeongelman tunnistaminen ja motivoiva puheeksi ottaminen	23
	Huumaussaineiden käytön ongelmallisuus.....	25
	Huumaussaineiden käytön haittojen vähentäminen	26
4	MASENNUS.....	29
	Masennustilan oireet	30
	Masennuksen ennaltaehkäisy.....	30
	Masennuksen tunnistaminen ja seulonta	31
	▶ <i>BDI 21 -masennuskysely</i>	32
	Muut häiriöt.....	34
5	AHDISTUNEISUUSHÄIRIÖT	35
	Sosiaalisten tilanteiden pelko	35
	▶ <i>Mini-SPIN-kysely</i>	37
	Paniikkihäiriö ja julkisten paikkojen pelko.....	37
	Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö	40
6	UNIHÄIRIÖT	42
	Unettomuus	42
	Liikaunisuus.....	43
	Tunnistaminen ja seulonta.....	43
	▶ <i>Uni-valvepäiväkirja</i>	46
7	ITSETUHO	48
	Tunnistaminen	48
	Ennaltaehkäisy.....	49

8	PSYKKISET KRIISIT SEKÄ STRESSI- JA TRAUMAREAKTIOT	52
	Traumareaktiot	52
	Syntyyn vaikuttavia tekijöitä.....	53
	Riskitekijät.....	54
	Taudinkulku.....	54
	Arviointi ja tuki.....	54
9	SYÖMISHÄIRIÖT	56
	Laihuushäiriö.....	56
	Ahmimishäiriö	57
	Syömishäiriöille altistavat ja niitä laukaisevat tekijät	57
	Syömishäiriön varhainen tunnistaminen.....	58
	▶ <i>SCOFF-seula</i>	59
10	MIELENTERVEYS- JA PÄIHDETYÖN OHJELMAT	60
	Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma vuoteen 2015.....	60
	Masto-hanke 2008–2011 masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseksi	63
	Alkoholiohjelma 2008–2011	64
	Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepoliittisesta yhteistyöstä vuosille 2008–2011.....	65

1 JOHDANTO

Mielenterveys- ja päihdeongelmilla on suuri kansanterveydellinen ja kansantaloudellinen merkitys. Tällä vuosituhanella väestön mielenterveys- ja päihdehäiriöt muodostavat keskeisen ihmisten elämänlaatua, terveyttä ja toimintakykyä rajoittavan terveyshaasteen. Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden aiheuttamat vaikutukset näkyvät lisääntyvässä määrin asiakastyötä tekevien ammattilaisten vastaanotoilla niin terveydenhuollon eri tasoilla kuin muillakin kunnan palvelusektorilla, kuten sosiaali- ja sivistystoimen alueilla.

Mielenterveys on oleellinen osa terveyttä. Mielenterveyttä määrittävät monet tekijät: biologiset (esim. perintötekijät, terveydentila), psykologiset (esim. kasvatusta, itsetunto) sekä sosiaaliset (esim. vuorovaikutussuhteet, sosiaalinen verkosto, tunne- ja sosiaaliset taidot) ja niiden välillä vallitsee myös vuorovaikutteisia yhteyksiä. Laajasti määriteltynä mielenterveyden edistämistä on mikä tahansa sellainen toiminta, joka vahvistaa mielenterveyttä tai vähentää sitä vahingoittavia tekijöitä. Mielenterveyttä suojaavia ja haavoittavia yksilöä koskevia ja yhteiskunnallisia sisäisiä ja ulkoisia tekijöitä on esitelty sivulla 8 olevassa taulukossa.

Ehkäisevän mielenterveystyön (primaaripreventio) lähtökohtana on mielenterveyden häiriöiden synnyn ehkäiseminen, ja keinovalikoima perustuu biologiseen, psykologiseen ja sosiaaliseen tietoon mielenterveydestä ja sen häiriöistä. Esi-merkkinä mainittakoon äitiys- ja lastenneuvolatoiminta, jossa on pyritty luomaan parhaat mahdolliset lähtökohdat lapsen kehitykselle. Ehkäisevän mielenterveystyön piiriin kuuluvat myös sairauksien mahdollisimman varhainen havaitseminen niin väestö- kuin riskiryhmätasolla ja hyvä hoito (sekundaaripreventio).

Useimmat mielenterveysongelmat tulevat esiin jo nuorena, mutta hoitoon haakeutuminen tapahtuu vasta aikuisena. Ainakin mielenterveysongelmien osalta viive tunnistamisessa, ennaltaehkäisyssä ja hoidossa on liian pitkä, lähes kymmenen vuotta. Sekä mielenterveys- että päihdeongelmien ehkäiseminen ja varhainen ongelmien tunnistaminen ja niihin puuttuminen nousevat korostetusti esille kaikissa ajankohtaisissa mielenterveys ja päihdetyön ohjelmissa. Ongelmien ehkäiseminen ja varhainen tunnistaminen ja niihin puuttuminen ovatkin tulevaisuudessa avainasemassa kaikissa palvelu- ja hoitoketjuissa.

Päihdeongelmista tärkein on alkoholin haitallinen käyttö ja alkoholiriippuvuus, mutta huumeongelmiakin esiintyy yhä enemmän. Alkoholin kokonaiskulu-

TAULUKKO 1. Mielenterveyttä suojaavia ja haavoittavia sisäisiä ja ulkoisia tekijöitä.

<p>Yksilölliset ja sisäiset suojaavat tekijät</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hyvä fyysinen terveys ja perimä • Myönteiset varhaiset ihmissuhteet • Hyvä itsetunto • Hyväksytyksi tulemisen kokemukset • Hyvä oppimiskyky • Ongelmanratkaisutaito • Ristiriitojen käsittelytaito • Kehittyneet vuorovaikutustaidot • Kyky ihmissuhteiden luomiseen, ylläpitoon ja purkamiseen 	<p>Yhteiskunnalliset ja ulkoiset suojaavat tekijät</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ruoka • Suoja • Sosiaalinen tuki • Työllisyys • Myönteiset mallit • Koulutusmahdollisuudet • Turvallinen ympäristö • Toimiva yhteiskuntarakente
<p>Yksilölliset ja sisäiset haavoittavat tekijät</p> <ul style="list-style-type: none"> • Synnynnäinen tai hankittu sairaus tai vamma • Itsetunnon haavoittuvuus • Avuttomuuden tunne • Huonot ihmissuhdetaidot • Seksuaaliset ongelmat • Huono sosiaalinen asema • Eristäytyneisyys • Vieraantuneisuus • Laitostuminen 	<p>Yhteiskunnalliset ja ulkoiset haavoittavat tekijät</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nälkä ja puute • Suojattomuus ja kodittomuus • Erot ja menetykset • Hyväksikäyttö ja väkivalta • Traumat, kriisit, sota • Psykkiset häiriöt perheessä • Päihteet • Kulttuuriset ristiriidat • Diskriminointi • Leimaaminen • Autonomian puute • Kiusaaminen vertaisryhmässä • Työttömyys • Köyhyys • Haitallinen ympäristö

tus on kasvanut edelleen, ja siitä on tullut vakava uhka kansanterveydelle. Vuonna 2007 alkoholin kokonaiskulutus Suomessa oli ennätysmäisen korkea: 10,5 litraa 100 prosentin alkoholia asukasta kohden. Lisääntynyt alkoholin kokonaiskulutus ennakoit tulevia terveyshaittoja myös mielenterveyden osalta.

Suomessa mini-interventioita on toteutettu yli 20 vuotta, mutta huolimatta tästä pitkästä historiasta ja monista hankkeista mini-interventio ei ole vielä juurtunut terveydenhuollon pysyväksi arkirutiiniksi. Päihteiden käyttö nuoruusiässä voi altistaa mielenterveyden ongelmille ja haitata normaalia kasvua ja kehitystä. Siksi on tärkeää kartoittaa toistuvasti eri ikävaiheissa nuorten alkoholin ja muiden päihteiden käyttöä ja niihin liittyvää riskikäyttäytymistä toimipaikasta ja organisaatiosta riippumatta: koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon lisäksi myös muissa terveydenhuollon toimipaikoissa sekä oikeus-, sosiaali- ja työvoimapolvelujen piirissä.

Hyödyllistä lisätietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille löytyy muun muassa julkaisusta *Nuorten päihdehäiriöiden varhaistunnistaminen* (Aalto-Setälä ym. 2003), jossa käsitellään tätä opasta laajemmin muun muassa standardisoituja

instrumentteja erityisesti nuorten alkoholin käytön (AUDIT) sekä muiden päihteiden käytön kartoittamiseen (CRAFFT).

Mielenterveyden häiriöt ovat nuorena noin kaksi kertaa yleisempiä kuin lapsuudessa. Nuorten mielenterveyshäiriöiden varhainen toteaminen ja niiden hoito ovat tärkeitä sekundaariprevention muotoja, joiden mahdollisuuksia Suomessa ei ole käytetty täysimittaisesti.

Masennus on kansanterveydellisesti keskeisin mielenterveyden häiriöiden ryhmä. Esimerkiksi WHO on arvellut elämänlaadulla painotetuilla elinvuosilla mitattuna ”Global Burden of Disease” -projektissa masennuksen tuoman taakan nousevan yksittäiseksi terveyshaasteeksi vuoteen 2020 mennessä. Siitä kärsii elämänsä aikana huomattava osa väestöstä, ja se on merkittävin psykiatrinen työ- ja toimintakyvyttömyyden aiheuttaja. Masennus on myös keskeinen itsetuhokäyttämisen riskitekijä. Erityisesti nuorten itsemurhayrityksiin ei suhtauduta niiden oirearvon edellyttämällä vakavuudella. Sekä masennuksen että itsetuhokäyttämisen tunnistaminen ja varhainen puuttuminen ovat oleellisia ennaltaehkäisevissä mielenterveystyöissä.

Yleisestä terveystilanteen paranemisesta huolimatta myös muihin mielenterveyshäiriöihin, kuten ahdistuneisuuteen, univaikeuksiin, väsymykseen ja syömishäiriöihin liittyvät oireet ja ongelmat eivät ole vähentyneet. Ahdistuneisuushäiriöt aiheuttavat pitkäkestoista, tilanteeseen nähden liiallista ja selvästi normaalia elämää haittaavaa ahdistusta. Perusterveydenhuollon asiakkailla esimerkiksi yleistyntä ahdistuneisuutta todetaan noin 10 prosentilla, mutta se on usein huonosti tunnistettu ja diagnosoitu. Viime aikoina on myös puhuttu paljon univaikeuksista, muun muassa opiskelijoiden uniongelmat ovat lisääntyneet. Ylivoimaisesti yleisin unihäiriö on unen puute. Unihäiriöiden tunnistaminen ja ennalta ehkäisy on tärkeää, koska hyvä uni edistää myös mielenterveyttä. Syömishäiriöt ovat ajallemme ominaisia mielenterveyden häiriöitä erityisesti murrosikäisillä tytöillä ja nuorilla naisilla. Varhainen puuttuminen ja asian puheeksi ottaminen voivat joskus riittää, ja lievät häiriöt voivat korjaantua muutaman neuvonta- ja seurantakäynnin aikana.

Ihmisen tavanomaiseen elämään liittyy monenlaisia arjen tapahtumia ja muutoksia, jotka muodostavat ihmisille jatkuvasti uusia sopeutumishaasteita. Yleensä ne voitetaan tutuilla yksilöllisillä sopeutumis- ja hallintakeinoilla. Kriisitilanne voi johtua kehitys- tai elämänkriisistä tai äkillisestä ja odottamattomasta ulkoisesta tilanteesta eli traumaattisesta kriisistä. Traumaattiset kriisit voivat aiheuttaa voimakkaita ja pitkäaikaisia reaktioita. Tämän vuoksi on tärkeää tunnistaa keskeiset traumareaktion vaiheet, riskitekijät sekä taudinkulkuun liittyvät asiat. Varhaisen tunnistamisen avulla voidaan riittävän ajoissa tarvittaessa ohjata hakemaan ulkopuolista apua, jos traumaoireet eivät vähitellen lievene.

Ennalta ehkäiseminen ja varhainen tunnistaminen ovat korostetussa asemassa kaikissa ajankohtaisissa mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyvissä valtakunnallisissa ohjelmissa ja hankkeissa. Lisäksi uudessa Kansallisessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa, jossa linjataan mielenterveys- ja päihdetyön tulevaisuuden

keskeiset periaatteet ja painotukset vuoteen 2015, korostuu myös kunnan ylisektoriaalinen mielenterveys- ja päihdetyö. Vaikka ennaltaehkäisevän työn ja varhaisen puuttumisen merkitystä ohjelmissa ja hankkeissa korostetaan, sekä tutkimukset että kokemus osoittavat, että ne jäävät niin nuorten kuin aikuistenkin osalta monesti asiakastyössä liian vähäiselle huomiolle tai kokonaan havaitsematta. Mielenterveys- ja päihdehäiriöt ovat osittain alitunnistettuja eikä niiden seulonta ole systemaattista, vaikka käytettävissä onkin jo varsin mittava määrä standardisoituja ja epidemiologisesti tutkittuja mittareita.

Tähän asiantuntijoiden laatimaan oppaaseen on koottu keskeisiä mielenterveys- ja päihdehäiriöiden ennaltaehkäisyyn liittyviä standardisoituja ja epidemiologisesti tutkittuja mittareita, jotka ovat helppokäyttöisiä asiakastyössä. Esitetyt seulontamittarit tarjoavat myös osaltaan luontevan tavan riskinarviointiin sekä mahdollisen ongelman puheeksi ottamiseen. Lisäksi jokaiseen teemaan liittyen on koottu asiantuntijan käytännönläheisiä neuvoja sekä toimenpiteitä ehkäisytyöhön, joita voi hyödyntää asiakastyössä. Tietoja aiheeseen liittyvistä julkaisuista sekä muista lisätiedon lähteistä on koottu kunkin artikkelin loppuun.

Kirjallisuutta

- Aalto-Setälä T, Pelkonen M, Marttunen M. Nuorten päihdehäiriöiden varhaistunnistaminen. Tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Kansanterveyslaitos, mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto ja HYKS, Peijaksen sairaala, nuorisopsykiatrian vastuualue, 2003. www.thl.fi
- Lehtonen J, Lönnqvist J. Mielenterveys. Kirjassa Lönnqvist J, Heikkinen M, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T (toim.) *Psykiatria*. 6. painos. Helsinki, Kustannus Oy Duodecim 2008, 26–32.
- Lehtinen V. Building up good mental health. Guidelines based on existing knowledge. Monitoring Positive Mental Health Environments Project. Helsinki, STAKES, 2008.
- Murray CJ, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet* 1997; 349:1498–1504
- Niemelä S, Poikolainen K, Sourander A. Miten nuorten päihteiden käyttöön voi puuttua? *Suomen Lääkärilehti* 40/2008, 3297–3304.
- THL, Tilastot aiheittain: Alkoholi juomien kulutus 2007. www.thl.fi

2 ALKOHOLIN LIIKAKÄYTTÖ

Alkoholin liikakäyttö on yksi tärkeimmistä terveytemme haitallisesti vaikuttavista tekijöistä. Alkoholin tiedetään liittyvän ainakin yli 60 erilaiseen terveysongelmaan, ja liiallisesti alkoholia käyttävillä kuoleman vaara on kaksin- tai kolminkertainen muuhun väestöön verrattuna. Sekä suomalaisilla työikäisillä miehillä että naisilla alkoholin aiheuttama tauti tai alkoholimyrkytys on yleisin kuolemansyy. Kaiken kaikkiaan vuonna 2007 työikäisenä (15–64-vuotias) kuoli 7 629 miestä ja 3 219 naista. Heistä alkoholin käytön suoranaisiin seurauksiin kuoli 1 425 miestä (19 %) ja 371 naista (12 %). Yli 64-vuotiaista kuoli samana vuonna alkoholiin 371 henkilöä. Lähes 40 prosenttia on tapaturmiin kuollessaan alkoholin vaikutuksen alaisena. Itsemurhan tehneistä noin 30 prosenttia on ollut alkoholin vaikutuksen alaisena.

Keskeisin yksilön terveyteen ja muuhun hyvinvointiin vaikuttava alkoholin aiheuttama sairaus on alkoholiriippuvuus. Usein muut alkoholisairaudet kehittyvät riippuvuuden seurauksena, ja riippuvuuden kehittymisen myötä alkoholi usein aiheuttaa vuosikausia kestävästä terveyden heikkenemisestä. Alkoholin aiheuttamia terveyshaittoja voi kuitenkin tulla ja usein tulee ilman, että olisi kehittynyt alkoholiriippuvuutta. Näitä tiloja, joihin mini-interventio eli alkoholin käyttöön liittyvä lyhyt neuvonta tulisi kohdistaa, kutsutaan alkoholin riski- ja haitalliseksi käytöksi.

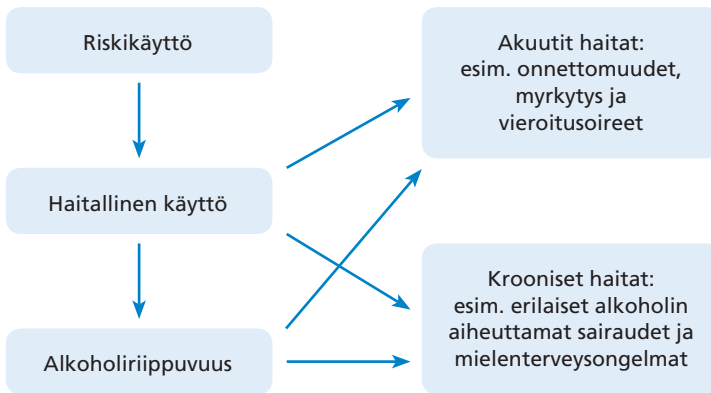
Tässä luvussa esitetään liikakäyttöön liittyvät käsitteet, joiden tunteminen on välttämätöntä mini-interventio toteuttamiselle. Lisäksi käsitellään niitä menetelmiä, joita käyttämällä terveydenhuollon ammattilaiset voivat tehokkaasti tunnistaa alkoholin liikakäytön ja antaa siihen liittyvää neuvontaa.

Alkoholin liikakäytön luokittelu

Alkoholin liikakäytöstä on kysymys silloin, jos juomiseen liittyy jokin haitta tai huomattava riski sellaisesta. Alkoholin käyttö voi siten olla liiallista, vaikka siihen ei liittyisi riippuvuutta. Liikakäyttö jaetaan kolmeen luokkaan: 1) riskikäyttö 2) haitallinen käyttö ja 3) alkoholiriippuvuus (taulukko 1). Ne kuvaavat yksilön riskiä alkoholin suhteen ja ohjaavat hoidon valinnassa (kuvio 1). Luokat ovat toisensa poissulkevia, eli henkilö ei voi kuulua useampaan luokkaan kerrallaan.

TAULUKKO 1. Alkoholin liikkäytön luokat ja määritelmät.

Luokka	Määritelmä
Alkoholin riskikäyttö	Suurkulutuksen rajat ylittyvät, eli riski saada alkoholin aiheuttamia haittoja on suuri, mutta merkittäviä haittoja tai riippuvuutta ei ole vielä ilmaantunut.
Alkoholin haitallinen käyttö	Selvästi tunnistettavia ja määriteltävissä olevia alkoholin käytön aiheuttamia fyysisiä tai psyykkisiä haittoja, mutta ei riippuvuutta.
Alkoholiriippuvuus	Oireyhtymä, jonka tyypillisiä piirteitä ovat mm. alkoholin käytön pakonomaisuus ja hallinnan heikentyminen, vieroitusoireet, toleranssin kasvu ja juomisen jatkuminen haitoista huolimatta.



KUVIO 1. Alkoholin liikkäytön eri luokkien liittyminen toisiinsa ja alkoholihaittoihin.

Riskikäyttö

Kohtuulliseen alkoholin käyttöön liittyy vähäinen riski saada alkoholin aiheuttamia haittoja. Alkoholin riskikäyttö aiheuttaa merkittävän vaaran saada alkoholin aiheuttamia terveyshaittoja. Riskikäytössä ylittyvät niin sanotut suurkulutuksen rajat, mutta merkittäviä alkoholihaittoja tai riippuvuutta vielä ei esiinny. Riskikäyttäjällä ei siis ole varsinaisesti alkoholiongelmaa, mutta hän kuitenkin juo liikaa.

Suurkulutus määritellään sen perusteella, kuinka paljon henkilö juo alkoholia. Suomessa suurkulutuksen rajoina on pidetty työikäisillä miehillä vähintään 24

alkoholiannosta viikossa tai vähintään 7 annosta kerralla. Vastaavat luvut naisilla ovat 16 ja 5 annosta. Yksi alkoholiannos vastaa 33 cl keskialtua, 12 cl mietoa viiniä tai 4 cl väkeviä. Tässä esitetyt suurkulutuksen rajat eivät määrittele turvallista juomisen rajaa, ja rajat ovat vain ohjeellisia. Suurkulutuksen rajat eivät sovellu kaikille, esimerkiksi raskaana oleville, alaikäisille, ikääntyneille, päihderiippuvaisille tai joitakin sairauksia tai oireita poteville. Lisäksi riskikäytöstä voidaan puhua silloin, kun tiettyjen tilanteiden edellyttämä niin sanottu tilanneraittius ei toteudu. Tilanneraittiutta tarvitaan esimerkiksi työssä ollessa ja liikenteessä.

Suurkulutuksen rajoja voidaan käyttää vain yhtenä apuvälineenä arvioitaessa yksilöllisesti sitä, kuinka paljon henkilö voi suhteellisen turvallisesti käyttää alkoholia. Esimerkiksi jos masentunut tai verenpainetaudista kärsivä ei reagoi hoitoon ja hän käyttää säännöllisesti alkoholia, vaikkakin alle suurkulutuksen rajojen, on syytä pohti, pitäisikö potilaan pidättäytyä alkoholista jonkin aikaa. Raittiin jakson jälkeen voidaan tarkastella, miten oireet ovat kehittyneet. Jos oireisto selvästi helpottaa raittiuden aikana, voidaan päätellä, että potilas on käyttänyt liikaa alkoholia. Tällainen yksilöllinen arviointi voi parhaimmillaan tuoda huomattavaa terveyshyötyä. Koska riskikäyttöön ei liity riippuvuutta, riskikäyttäjä pystyy niin halutesaan vähentämään juomistaan.

Haitallinen käyttö

Riskikäytön jatkuessa henkilöllä voi ilmetä alkoholin aiheuttamia fyysisiä tai psyykkisiä haittoja, jotka ovat selvästi määriteltävissä ja tunnistettavia. Jos henkilö ei ole alkoholiriippuvainen ja haittojen ilmettyä ei vähennä alkoholin käyttöään siinä määrin, että haitta häviää, kyse on alkoholin haitallisesta käytöstä. Mitä enemmän henkilö käyttää alkoholia, sitä todennäköisempää on haittojen ilmaantuminen. Haitallisen käytön arvioinnissa alkoholin käyttömäärillä ei kuitenkaan ole merkitystä.

Toisin kuin riskikäyttö haitallinen käyttö on määritelty Maailman terveysjärjestön ICD-10-luokituksessa (F10.1). Yleensä alkoholia haitallisesti käyttävä pystyy suhteellisen helposti omatoimisesti tai ammattiauttajien toteuttaman neuvonnan avulla vähentämään alkoholin käyttöään. Jos alkoholin käytön vähentäminen ei henkilön yrityksistä huolimatta onnistu, on syytä arvioida tilanne uudelleen ja pohtia alkoholiriippuvuuden mahdollisuutta.

Alkoholiriippuvuus

Toisin kuin riskikäytössä ja haitallisessa käytössä, alkoholiriippuvuudessa henkilö ei yrityksistä huolimatta välttämättä pysty, ainakaan ajoittain, hallitsemaan juomista ja estämään siitä tulevia haittoja. Alkoholiriippuvuus on oireyhtymä, joka määritelty ICD-10-luokituksessa (F10.2).

ICD-10-järjestelmään sisältyy kuusi kriteeriä, joita käytetään alkoholiriippuvuuden diagnosoimisessa. Näistä kriteereistä vähintään kolmen on esiinnyttävä yhtäaikaaisesti vähintään kuukauden ajan tai, mikäli yhtämittaiset jaksot ovat kuukautta lyhyempiä, toistuvasti viimeisen vuoden aikana. Runsas juominen liittyy alkoholiriippuvuuteen, mutta kriteereissä ei esitetä mitään rajoja alkoholin käyttömäärien suhteen.

Alkoholiriippuvuuden diagnostiset kriteerit ovat seuraavat:

- Esiintyy voimakas halu tai pakonomainen tarve käyttää alkoholia.
- Kyky hallita juomisen aloittamista, lopettamista tai käytettyjä määriä on heikentynyt.
- Esiintyy vieroitusoireyhtymiä alkoholin käytön vähentyessä tai lopetuksen yhteydessä.
- Sietokyky (toleranssi) on kasvanut.
- Keskittyminen alkoholin käyttöön niin, että muut mielihyvän lähteet ja kiinnostuksen kohteet jäävät sivuun ja aika kuluu alkoholin käyttöön ja sen vaikutuksista toipumiseen.
- Alkoholin käyttö jatkuu haitoista huolimatta.

Koska alkoholiriippuvuus on oireyhtymä, eri yksilöillä sen diagnostiset kriteerit painottuvat eri tavoin. Diagnostisten kriteerien lisäksi riippuvuudessa esiintyy myös muita piirteitä. Kaikkiin alkoholiriippuvaisiin sopivaa kuvausta ei voidakaan lyhyesti esittää. Kyse ei ole pelkästään siitä, että henkilö juo liikaa, eikä yksin fyysisestä riippuvuudesta, jossa henkilöllä on vieroitusoireita tai hänen kykynsä sietää alkoholia on lisääntynyt. Ennen kaikkea alkoholiriippuvuudessa on kyse psyykkisestä riippuvuudesta, joka ilmenee pakonomaisena tarpeena käyttää alkoholia myös vieroittautumisen jälkeen.

Alkoholin liikkäytön yleisyys

Alkoholin käyttö on lisääntynyt Suomessa viimeisten vuosikymmenten aikana. Alkoholin kulutus asukasta kohden on tällä hetkellä noin nelinkertainen 1960-luvun alkuvuosiin verrattuna. Kulutuksen lisääntyminen on myös jatkunut viime vuosina. Alkoholia käytetään nyt noin 10 prosenttia enemmän kuin ennen vuotta 2004, jolloin alkoholijuomien veroa alennettiin ja tuonti vapautui uusista EU-maista.

Nykyisin suomalaisista aikuisista yli 90 prosenttia käyttää alkoholia. Valtaosalle juominen ei aiheuta merkittävää riskiä tai haittoja. Alkoholin liikkäyttö on kuitenkin hyvin yleistä. Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan 30–64-vuotiaista miehistä 17 prosenttia ja naisista 5 prosenttia täytti joko riskikäytön, haitallisen käytön tai alkoholiriippuvuuden kriteerit (taulukko 2). Tutkimuksessa ei huomioitu runsasta kertajuomista. Lisäksi on varsin todennäköisestä, että luvut ovat aliarvioi-

TAULUKKO 2. Alkoholin liiakäytön eri muotojen esiintyvyyttä Suomessa.

Luokka	Esiintyvyys, %	
	Miehet	Naiset
Alkoholin riskikäyttö	8,5	3,1
Alkoholin haitallinen käyttö	0,9	0,1
Alkoholiriippuvuus	8,0	1,8
Yhteensä	17,4	5,0

ta. Nämä tekijät huomioiden voidaan arvioida, että Suomessa on 500 000–600 000 henkilöä, jotka käyttävät alkoholia liiallisesti.

Koska alkoholin liiakäyttö on yleistä ja se aiheuttaa usein terveyshaittoja, terveydenhuollon toimipisteissä tavataan paljon alkoholia liiallisesti käyttäviä. Osuudet vaihtelevat toimipisteestä riippuen. Yksistään päihtyneitä on joissakin päi-vystyspisteissä jopa viidennes. Alkoholia liiallisesti käyttäviä potilaita on useissa toimipisteissä 20–40 prosenttia miehistä ja 10–20 prosenttia naisista.

Alkoholin käytön selvittäminen

Potilaiden alkoholin käytön selvittäminen on taito, jonka kehittyminen vaatii harjoitusta. Alkoholin käytön määrän arvioimiseen tarvitaan tieto alkoholiannoksen määritelmästä. Tärkeätä on nivoa alkoholiin liittyvät kysymykset vastaanotolla käsiteltävään asiaan. Tämä yhdessä empaattisuuden kanssa luo pohjan luotettavan tiedon saamiselle. Taitava haastattelija tunnistaa liiakäytön yleensä hyvin, vaikka aina se ei onnistu ensimmäisellä tapaamiskerralla. AUDIT-kyselyä voidaan käyttää haastattelun tukena.

Terveydenhuollossa voidaan käyttää erilaisia haastattelutapoja kartoittamaan potilaan alkoholin käytön määriä. Joidenkin alkoholin käyttö on hyvin säännöllistä, ja niin sanotulla määrä ja tiheys -kysymyksillä (”Kuinka paljon kerralla tavallisesti juot? Kuinka usein tavallisesti juot?”) päästää melko hyvään tarkkuuteen. Tarkkuutta voidaan lisätä kysymällä käyttömäärät juomalajeista erikseen (olut/siideri, viini ja väkevät). Määrä ja tiheys -kyselyn toimivuutta potilaan osalta voidaan selvittää kysymällä, kuinka usein juominen poikkeaa tavalliseksi ilmoitetusta (”Kerroit juovasi tavallisesti kolme kertaa viikossa noin 3–4 annosta kerralla. Kuinka usein kuukaudessa juot enemmän? Kuinka usein juot useammin kuin kolme kertaa viikossa?”). Lisäksi tulee kysyä, kuinka usein on humalajuomista.

Jos henkilö ei pysty vastaamaan määrä ja tiheys -kyselyyn, on syytä selvittää alkoholin käyttöä muulla tapaa. Hyväksi havaittu menetelmä on käydä läpi viimeisen 1–4 viikon alkoholin käyttö päivä päivältä kalenteria apuna käyttäen. Tämä aloitetaan kysymällä, koska viimeksi potilas on juonut ja kuinka paljon, minkä jälkeen takautuvasti käydään läpi jokainen juomakerta. Hyvä menetelmä on myös juomapäiväkirja, johon potilas merkitsee käyttämänsä alkoholin tulevan 1–4 viikon aikana.

AUDIT-kysely

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) on Maailman terveysjärjestön kehittämä kyselytesti. Se on suositeltava menetelmä liiallisen alkoholin käytön seulonnassa ja osana sen toteamista. Erityisen hyvin se soveltuu erilaisiin terveystarkastustilanteisiin.

AUDIT sisältää kymmenen kysymystä, joihin vastaaminen kestää yleensä pari minuuttia. Kaikki kysymykset pisteytetään nolasta neljään kysymyssarjan maksimipistemäärän ollessa 40. Suurkulutuksen rajana on useimmiten käytetty ≥ 8 pistettä. Valittu raja-arvo voi kuitenkin vaihdella käyttötarkoituksesta riippuen. Viimeaikaiset tutkimukset viittaavat siihen, että liikkäytön seulonnassa naisilla raja-arvon tulisi yleensä olla ≥ 6 pistettä.

Pisteytyksen lisäksi on hyvä katsoa vastauksien sisältöjä ja keskustella niihin liittyen alkoholin käytöstä. Ensimmäinen kysymys selvittää juomisen tiheyttä, toinen tyypillistä käyttömäärää ja kolmas humalajuomisen toistumista. Kysymykset 4–6 selvittävät riippuvuusoireita, joita voi ilmaantua jo ennen varsinaisen riippuvuusoireyhtymän kehittymistä. Kysymykset 7–10 selvittävät tyypillisiä alkoholista johtuvia haittoja.

AUDIT-kysely toimii erittäin hyvin työikäisellä väestöllä. Pisterajalla kahdeksan AUDIT tunnistaa keskimäärin noin 80 prosenttia alkoholia liiallisesti käyttävistä, ja se on selvästi parempi tunnistusmenetelmä kuin yksikään laboratoriotestit. Se tunnistaa erittäin hyvin alkoholiriippuvuuden ohella myös muut alkoholin liikkäytön muodot. Niistä, jotka AUDIT-kyselyn mukaan juovat liikaa, noin 20 prosenttia ei sitä todellisuudessa tee. Pelkästään AUDIT-kyselyllä ei voida varmuudella erottaa riskikäyttöä, haitallista käyttöä ja alkoholiriippuvuutta toisistaan, joskin korkea pistemäärä viittaa riskikäyttöä vakavampaan tilaan.

AUDIT-C

AUDIT-kyselystä on kehitetty useita lyhennettyjä versioita. Näistä tutkituin on AUDIT-C, joka sisältää alkuperäisen kyselyn kolme ensimmäistä, alkoholin käyttömääriä ja -tapaa selvittävää kysymystä. Alustavien tutkimusten mukaan AUDIT-C näyttää toimivan lähes yhtä hyvin kuin alkuperäinen 10 kysymyksen AUDIT. Pisterajoina ovat ≥ 6 miehille ja ≥ 5 naisille.

AUDIT-C:tä käytettäessä ei saada keskustelun pohjaksi tietoa alkoholin aiheuttamista haitoista. Terveystieteiden tutkimuksissa onkin suositeltavaa pääsääntöisesti käyttää alkuperäistä 10 kysymyksen AUDIT-kyselyä.

Laboratoriokokeet

Mikään laboratoriokoe ei yksiselitteisesti tunnista alkoholin liikkäyttöä, koska laboratoriokokeiden arvot eivät välttämättä kohoa alkoholin liikkäytön seurauksena. Lisäksi osalla arvot ovat koholla muusta syystä kuin alkoholista.

Alkoholin liikkäytön tunnistamisessa laboratoriokokeita suositellaan käytettäväksi vain yhdessä kyselylomakkeiden ja haastattelun kanssa. Ne voivat kannustaa henkilöä hoitoon, ja joskus niistä on hyötyä hoidon seurannassa. Tärkeimmät alkoholin käytöstä kertovat laboratoriokokeet ovat CDT (carbohydrate deficient transferrin eli niukkahiilihydraattinen transferrini) GT (glutamyyli transferaasi) ja MCV (punasolujen keskitilavuus).

CDT:tä käytetään myös toista nimitystä DST (desialotransferrini). Se on koholla yli 80 prosentilla alkoholiriippuvaisista. Sen sijaan riskikäytössä ja haitallisesa käytössä se on koholla vain alle puolella. Juomisen loputtua kohonnut CDT-arvo normalistuu yleensä parissa viikossa. Vain harvoin CDT on koholla muusta syystä kuin runsaan alkoholin käytön takia.

GT-arvo ei ole kovin hyvä tutkimus alkoholin liikkäytön selvittämisessä. Noin 70 prosenttia suurentuneista GT-arvoista selittyy alkoholin runsaalla kulutuksella, mutta GT on melko usein koholla muista syistä. GT on koholla yli 60 prosentilla alkoholiriippuvaisista, mutta vain noin kolmanneksella riskikäyttäjistä ja alkoholia haitallisesti käyttävistä.

Anemiaan liittymätön suuri MCV-arvo johtuu miehillä miltei aina ja naisillakin melko usein runsaasta alkoholinkäytöstä, mikä seikka tulisi huomioida jatkoselvittelyissä. Kohonnut MCV-arvo normalistuu hitaasti. Juomisen seurantaan MCV-arvo soveltuukin huonommin kuin CDT ja GT. MCV tunnistaa vain noin kolmanneksen alkoholin riskikäyttäjistä ja haitallisesti käyttävistä. Alkoholiriippuvaisilla arvo on useammin koholla.

AUDIT-kysely

Ympyröi se vaihtoehto, joka lähinnä vastaa omaa tilannettasi.

1. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä.

- 0 en koskaan
- 1 noin kerran kuukaudessa tai harvemmin
- 2 2–4 kertaa kuukaudessa
- 3 2–3 kertaa viikossa
- 4 4 kertaa viikossa tai useammin

2. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia (katso laatikko alla)?

- 0 1–2 annosta
- 1 3–4 annosta
- 2 5–6 annosta
- 3 7–9 annosta
- 4 10 tai enemmän

YKSI ALKOHOLIANNOS ON:

pullo (33 cl) keskiolutta tai siideriä tai
lasi (12 cl) mietoa viiniä tai
pieni lasi (8 cl) väkevää viiniä tai
ravintola-annos (4 cl) väkeviä

ESIMERKKEJÄ:

0,5 l tuoppi keskiolutta tai siideriä = 1,5 annosta
0,5 l tuoppi A-olutta tai vahvaa siideriä = 2 annosta
0,75 l pullo mietoa (12%) viiniä = 6 annosta
0,5 l pullo väkeviä = 13 annosta

3. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

- 0 en koskaan
- 1 harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 2 kerran kuukaudessa
- 3 kerran viikossa
- 4 päivittäin tai lähes päivittäin

4. Kuinka usein viimeksi kuluneen vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettamaan alkoholinkäyttöä, kun aloit ottaa?

- 0 ei koskaan
- 1 harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- 2 kerran kuukaudessa
- 3 kerran viikossa
- 4 päivittäin tai lähes päivittäin

5. Kuinka usein viimeksi kuluneen vuoden aikana et juomisen vuoksi saanut tehdyksi jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?
 - 0 ei koskaan
 - 1 harvemmin kuin kerran kuukaudessa
 - 2 kerran kuukaudessa
 - 3 kerran viikossa
 - 4 päivittäin tai lähes päivittäin

6. Kuinka usein viimeksi kuluneen vuoden aikana olet tarvinnut krapularyyppyjä?
 - 0 en koskaan
 - 1 harvemmin kuin kerran kuukaudessa
 - 2 kerran kuukaudessa
 - 3 kerran viikossa
 - 4 päivittäin tai lähes päivittäin

7. Kuinka usein viimeksi kuluneen vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?
 - 0 en koskaan
 - 1 harvemmin kuin kerran kuukaudessa
 - 2 kerran kuukaudessa
 - 3 kerran viikossa
 - 4 päivittäin tai lähes päivittäin

8. Kuinka usein viimeksi kuluneen vuoden aikana sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia?
 - 0 ei koskaan
 - 1 harvemmin kuin kerran kuukaudessa
 - 2 kerran kuukaudessa
 - 3 kerran viikossa
 - 4 päivittäin tai lähes päivittäin

9. Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään sinun alkoholinkäyttösi seurauksena?
 - 0 ei
 - 1 on, mutta ei viimeksi kuluneen vuoden aikana
 - 2 kyllä, viimeksi kuluneen vuoden aikana

10. Onko sukulainen, ystävä, lääkäri tai joku muu henkilö ollut huolissaan juomisestasi tai ehdottanut, että vähentäisit juomistasi tai lopettaisit sen?
 - 0 ei
 - 1 on, mutta ei viimeksi kuluneen vuoden aikana
 - 2 kyllä, viimeksi kuluneen vuoden aikana

Miten mini-interventiota toteutetaan?

Mini-interventio kohderyhmä ovat riskikäyttäjät ja alkoholia haitallisesti käyttävät potilaat. Mini-interventiota annetaan myös alkoholiriippuvaisille, jos he eivät vielä ole halukkaita muuhun hoitoon, ja niissä tilanteissa, joissa liikakäytön muoto ei ole vielä tiedossa. Useimmiten neuvonta yksinään ei ole kuitenkaan riittävä toimenpide riippuvuudessa.

Mini-interventio vaihtelee sisällöltään ja pituudeltaan. Lyhyimmillään se kestää noin 5 minuuttia, mutta useimmiten aikaa tarvitaan enemmän. Mini-interventio on yleensä tehokkaampaa, jos tavoitteiden toteutumista seurataan jatkokäyntien yhteydessä.

Neuvonnassa käydään läpi tehdyt havainnot. Keskeisintä on keskustella alkoholin käyttömääristä ja niiden mahdollisesta yhteydestä potilaan oireisiin, sairauksen tai näiden hoitoon. Juomisen vähentämisen vaikutus terveyteen ei ole aina yksiselitteistä. Usein on tarpeen tehdä kokeilu, jossa juomista vähennetään tai se lopetetaan kokonaan joksikin aikaa. Kokeilun päätteeksi arvioidaan, ovatko oireet helpottuneet. Alkoholin käyttömäärien lisäksi AUDIT-pisteet ja mahdollisesti otetut alkoholin käyttöön liittyvät laboratoriotestien tulokset käydään läpi.

Tyypillisesti neuvonnassa käsitellään myös alkoholihaittoja yleensä, vaikka ne eivät suoraan koskiskaan kyseistä potilasta. Jos potilas käyttää liikaa alkoholia, keskeistä on pyrkiä asettamaan selkeä tavoite, jonka toteutumista voidaan seurata. Tavoite, jossa pyritään vähentämään juomista, mutta ei ole määritelty, kuinka paljon ja miten, ei johda useinkaan myönteiseen tulokseen. Tavoitteen asettamiseen liittyy keskustelu keinoista, esimerkiksi pohditaan, pitääkö juomakertoja tai kerralla juotua määrää vai molempia vähentää. Kirjallisen materiaalin antaminen on keskeinen mini-interventiossa käytetty menetelmä (esim. Vähennä vähäsen. Opas alkoholinkäytön vähentäjälle. STM:n esitteitä 2006:10).

Mini-intervention teho

Mini-intervention vaikuttavuudesta on vahvaa tutkimusnäyttöä. Päihdehoidoista se on yksi tutkituimmista. Terveysthuollossa on tehty noin 50 mini-intervention tehoa selvittänyttä tutkimusta, joissa on verrattu neuvontaa saaneita ja ilman neuvontaa jääneitä. Ryhmien erot motivaatiossa tai muussa eivät selitä tuloksia, koska tutkittavat on arvottu ryhmiin.

Mini-intervention vaikutuksesta keskimäärin 10 prosenttia riskikäyttäjistä tai alkoholia haitallisesti käyttävistä siirtyy kohtuukäyttöön tai lopettaa. Hoitovaikutus säilyy ainakin 1–2 vuotta. Sen sijaan pitkäaikaisten hoitosuhteiden vaikutusta neuvonnan tehoon ei vielä tunneta. On mahdollista, että mini-intervention toistaminen myöhemmin lisää niiden osuutta, jotka hyötyvät neuvonnasta.

Mini-intervention kustannusvaikuttavuus

Mini-interventio on kustannuksiltaan edullista. Joitakin vuosia sitten Suomessa tehtyjen laskelmien mukaan yhtä mini-intervention saanutta kohden kustannukset olivat 84–241 euroa. Kustannusten määrä vaihtelee sen mukaan, miten kattavasti potilaita seulotaan alkoholin käytön suhteen. Mini-interventio on myös kustannusvaikuttavaa. Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan, kun mini-intervention toteuttamiseen sijoitettiin 1 000 dollaria henkilökuntaa kouluttamalla ja lisäämällä työpanosta, saadaan aikaan säästöjä 5 600 dollarin edestä. Nämä muodostuivat muun muassa siitä, että ensiapukäynnit, sairaalapäivät, liikenneonnettomuudet ja järjestyshäiriöt vähenivät.

Kirjallisuutta

- Aalto, Mauri. Alkoholin suurkulutuksen varhainen tunnistaminen ja hoito. *Duodecim* 2009; 125:891–896.
- Hoitosuositusryhmä. Käypä hoito -suositus. Alkoholiongelmaisen hoito. *Duodecim* 2005; 121:788–803.
- Seppä, Kaija (toim.) Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:10. Helsinki, 2008.

3 HUUMAUSAINHEET

Huumausaineiden käytön yleisyys ja huumehaitat

Huumausaineiden käyttö yleistyi Suomessa 1990-luvun loppupuolella, mutta se on tasaantunut viime vuosina. Vuoden 2006 väestökyselyn mukaan 13 prosenttia 15–69-vuotiaista oli joskus käyttänyt kannabista. Kaikkiaan noin 400 000 suomalaista on siis joskus elämässään kokeillut kannabista. Viimeksi kuluneen vuoden aikana kannabista käyttäneiden osuus oli kolme prosenttia, ja viimeksi kuluneen kuukauden aikana osuudeksi arvioitiin yksi prosentti aikuisista.

Huumausaineiden käyttö painottuu nuorempiin ikäryhmiin. Myös nuorten huumausaineiden käyttö on vähentynyt tutkimusten mukaan. Vuoden 2007 laajan eurooppalaisen koululaistutkimuksen mukaan kahdeksan prosenttia 15–16-vuotiaista oli käyttänyt kannabista. Osuus oli 10 prosenttia vuonna 1999, 11 prosenttia vuonna 2003 ja 8 prosenttia vuonna 2007. Tällä hetkellä arvioidaankin, ettei uusia huumausaineiden kokeilijoita ja käyttäjiä ilmaannu samassa määrin kuin 1990-luvun loppupuolella. Kuitenkin silloisen huumausaineiden käytön kasvun myötä huumausaineilla on Suomessa huomattavasti aikaisempaa vahvempi asema niin nuorten kaupunkilaisten juhlimistavoissa, viihdekäytössä sekä ongelmakäytössä.

Amfetamiinin ja opiaattien ongelmakäyttäjien osuudeksi koko maan osalta arvioitiin viimeisimmässä vuoden 2005 tutkimuksessa 0,6–0,7 prosenttia 15–55-vuotiaista. Henkilömääränä tämä tarkoittaa noin 14 500–19 000 ongelmakäyttäjää. Ongelmakäyttäjistä valtaosan muodostivat amfetamiinin käyttäjät (75–80 %).

Väestötutkimukset ja tilastot antavat yleiskuvaa huumausaineiden käytöstä pitkällä aikavälillä. Kun arvioidaan huumeiden käytön yleisyyttä ja siinä tapahtuvia muutoksia ja tarvittavia toimenpiteitä jollakin paikkakunnalla, on tärkeä hyödyntää varsinaisten tutkimusten lisäksi myös eri alojen käytännön työntekijöiden havaintoja. Esimerkiksi nuorten parissa työskentelevät opettajat tai nuorisotyöntekijät voivat nähdä muutoksia nuorten käyttäytymisessä, kouluterveydenhoitaja tai -lääkäri voi todeta muutoksia nuorten terveydentilassa, apteekkari voi huomata muutoksia huumeiden käyttöön liittyvien ruiskujen ja neulojen kysynnässä, poliisi voi todeta muutoksia huumeiden saatavuudessa, päihdepalveluissa työskentelevät

voivat kuulla päihdeiden käytössä tai käyttötavoissa tapahtuvista muutoksista päihdeongelmaisilta asiakkailtaan, tai terveydenhuollossa työskentelevät voivat nähdä muutoksia huumausaineiden vuoksi terveydenhuollon palveluita käyttävien asiakkaiden tilanteessa.

Huumeongelman tunnistaminen ja motivoiva puheeksi ottaminen

Huumausaineiden käytön tunnistamisessa tärkeimpänä keinona on huumeiden käytön puheeksi ottaminen luottamuksellisessa potilassuhteessa. Kun vuorovaikutus toimii, hankalaksikin koetut asiat on helpompi ottaa puheeksi. Avoin, rauhallinen, ystävällinen ja kiinnostunut suhtautuminen helpottaa vuorovaikutuksen sujuvuutta ja luo turvallisuutta potilaalle. Työntekijältä edellytetään riittäviä perustietoja huumausaineista, niiden vaikutuksista, huumausaineiden käytöstä ja huumeekulttuurista. Lisäksi on tärkeää, että työntekijät ovat käsitelleet omat huumausaineisiin, huumausaineiden käyttöön ja huumeekulttuuriin liittyvät käsityksensä ja asenteensa niin, etteivät ne estä avointa vuorovaikutusta potilaan kanssa.

Huumausainetestejä voidaan käyttää tarvittaessa huumeongelman hoidossa. Niitä ei kuitenkaan ole tarkoituksenmukaista käyttää huumausaineiden käytön rutiininomaisessa tunnistamisessa. Jos huumausainetestejä käytetään osana potilaan hoitoa, niitä tulee käyttää valvotusti. Tarvittaessa huumeepikatestien tulos tulee varmistaa massaspektrometrillä. Huumausainetestien vastausten tulkinnessa tulee myös huomioida virhelähteet (esimerkiksi lääkeaineet). Lisäksi tulee huomioida huumausaineiden erilaiset puoliintumisajat. Positiivinen huumausainetestin tulos ei välttämättä kerro sen hetkisestä huumausaineiden vaikutuksen alaisena olemisesta, eikä puolestaan negatiivinen huumausainetestin tulos kerro sitä, ettei henkilö olisi käyttänyt huumausaineita. Parhaiten testien käyttö soveltuukin hoidon tueksi luottamuksellisissa ja käyttäytymisen muutokseen kannustavassa hoitosuhteessa.

Motivoiva haastattelu on käyttäytymisen muutosta tukeva puheeksi ottamisen tekniikka. Motivoivalla haastattelulla pyritään vahvistamaan yksilön omaa sisäistä motivaatiota muutokseen. Huumausaineita, kuten muitakin päihdeitä, käytetään esimerkiksi niiden koettujen positiivisten vaikutusten vuoksi, helpottamaan eri tavoin vaikeaa tai epämiellyttävää elämäntilannetta, osana tietynlaista elämäntapaa tai pyrkien välttämään päihdeiden lopettamiseen liittyviä epämiellyttäviä vieroitusoireita. Huumausaineiden käytöstä puolestaan halutaan luopua esimerkiksi niiden aiheuttamien erilaisten terveysongelmien, huumausainealokulttuuriin liittyvien haittojen tai huumausaineisiin liittyvien taloudellisten ongelmien vuoksi. Huumausaineiden käytöstä luopumiseen voidaan nähdä samalla tavoin sisältyvän sekä hyötyjä että haittoja muutosta edistävinä ja muutosta hidastavina tekijöinä. Käyttäytymisen muutos on prosessi, joka voidaan jakaa eri vaiheisiin: esiharkinta, harkinta, valmistautuminen, käyttäytymisen muuttaminen, muuttuneen käyttäy-

tymismallin ylläpitäminen, sen vakiinnuttaminen sekä mahdollinen retkahdus eli paluu vanhaan käyttäytymismalliin.

Motivoivassa haastattelussa tarkastellaan huumausaineiden käyttöön liittyvää ambivalenssia eli ristiriitaa. Toisaalta huumausaineita halutaan käyttää, toisaalta niiden käytöstä halutaan luopua. Ristiriitaa liittyy erityisesti esiharkinta- ja harkintavaiheeseen, jolloin muutosta edistää se, että potilaan kanssa keskustellaan hänen päihteiden käytöstään, sen ennallaan säilyttämisen eduista ja haitoista, nykytilan vaihtoehdoista sekä mahdollisen muutoksen eduista ja haitoista keskittymällä hänen omiin havaintoihinsa, kokemuksiinsa ja tavoitteisiinsa. Motivoivan haastattelun työvälineitä ovat avoimet kysymykset, heijastava kuunteleminen ja myönteinen vahvistaminen.

Avointen kysymysten ja reflektoidun kuuntelun avulla herätellään potilaan omaa motivaatiota muutokseen. Avoimet kysymykset (”Mitä huumausaineita olet käyttänyt?” ”Miten käytät amfetamiinia?” ”Millaisena pidät opiaattien käyttöäsi?” ”Mitä muuta haluat kertoa huumausaineiden käytöstäsi?” jne.) houkuttelevat potilasta puhumaan enemmän kuin suljetut kysymykset (”Oletko käyttänyt kannabista?” ”Onko sinulla ongelmia huumausaineiden kanssa?” jne.). Avoimet kysymykset helpottavat potilaan omien oivallusten tekemistä ja ongelman tunnistamista sekä luovat pohjaa hänen käyttäytymisensä muutokselle.

Heijastavalla kuuntelemisella autetaan potilasta lisäämään hänen omaa tietoisuuttaan tilanteestaan. Työntekijän tehtävänä on tehdä olettamuksia siitä, mitä asiakas tarkoittaa tai mitä asiat hänelle merkitsevät, ja heijastaa nämä olettamuksensa toteamuksina, joihin vastatessaan potilas joutuu pohtimaan eri puolilta omaa käyttäytymistään. Esimerkiksi ”Kuulostaa siltä, että olet huolestunut kannabiksen käyttösi lisääntymisestä” tai ”Näyttää siltä, että olet alkanut pohtia sitä, pitäisikö sinun muuttaa käyttäytymistäsi”.

Heijastavalla kuuntelemisella pyritään vahvistamaan potilaan itseä motivoivia lauseita ja sisäistä itseohjautumistaan, kuten ”Totesit, että olet käyttänyt kannabista joissakin tilanteissa aiempaa vähemmän. Minkä olet huomannut auttavan sinua siinä?” tai ”Olet onnistunut rajoittamaan amfetamiinin käyttöäsi silloin, kun olet ollut lapsesi kanssa. Kerro, miten olet siinä onnistunut?” tai ”Kuulostaa siltä, että elämäntilanteesi on muuttunut kokonaisuudessaan vaikeammaksi. Miten ajattelet huumeiden käytön vaikuttavan siihen?”. Heijastavaan kuuntelemiseen kuuluu toteavien olettamusten lisäksi yhteenvetojen tekeminen siitä, mitä potilas on kertonut tilanteestaan.

Kolmantena keskeisenä motivoivan haastattelun keinona on asiakkaan tukeminen ja vahvistaminen. Potilaan omaa motivaation lisäämisessä on tärkeää hyödyntää juuri hänen omia havaintojaan ja huomioitaan. Näin voidaan vahvistaa potilaan tietoisuutta hänen omista oivalluksistaan ja voimavaroistaan sekä osoitetaan luottamusta hänen mahdollisuuksiinsa ja kykyihinsä muuttaa käyttäytymistään. Vahvistamista voidaan tehdä arvostavilla sanoilla, eleillä ja ilmeillä.

Motivoivassa haastattelussa pyritään siis avoimeen vuorovaikutukseen, jossa potilaan on turvallista pohtia omaa tilannettaan ja tehdä oivalluksia muutostarpeistaan ja keinoistaan muutoksen toteuttamiseen. Konfrontoiva, tuomitseva ja syyllistävä vuorovaikutustapa puolestaan johtaa helposti vastakkainasetteluun, jossa potilas asettuu puolustuskannalle ja vetäytyy vuorovaikutuksesta.

Huumausaineiden käytön ongelmallisuus

Huumausaineiden käytön ongelmallisuutta arvioitaessa on tärkeä selvittää tarkemmin käytetyt aineet, käyttötapa, käyttöiheys, käytön hallintapyrkimykset sekä käyttäjän kokemat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset ongelmat.

Kannabista käytetään yleensä sen lievästi rentouttavan vaikutuksen vuoksi, amfetamiini ja muut stimulantit piristävät voimakkaasti ja opiaatit tuottavat euforista ja rauhoittavaa mielihyvää. Cannabis voi aiheuttaa erilaisia ahdistus- ja paniikkihäiriöitä, heikentää oppimiskykyä ja altistaa psykoottisille oireille. Kannabiksen polttamiseen liittyy tupakoinnin tavoin hengityselinten sairauksia. Amfetamiini, kokaiini, ekstaasi ja muut stimulantit johtavat unihäiriöihin, laihtumiseen ja fyysiseen huonokuntoisuuteen sekä voivat aiheuttaa psykoosin. Suuret stimulanttinnokset voivat aiheuttaa myös voimasta ruumiinlämmön kohoamista sympatomi-meettisen ylikuormituksen kautta sekä aivoverenvuotoja.

Heroiini, buprenorfiini ja muut opiaatit aiheuttavat fyysistä ja psyykkistä riippuvuutta, mikä ilmenee opiaattien pakonomaisena päivittäisenä käyttönä. Heroiinin käyttöön liittyy äkkikuoleman riski yliannostusten aiheuttaman hengityslaman vuoksi. Amfetamiinin ja opiaattien yleisin käyttötapa on pistäminen, mikä altistaa käyttäjän erilaisille veriteitse leviävillä vakavilla infektioille, kuten hiv- ja hepatiitti B tai hepatiitti C -infektioille tai endokardiitille. Myös erilaiset iho- ja verisuonitulehdukset ovat yleisiä epähygienisten pistämistapojen seurauksena.

Huumausaineiden riippuvuusriski vaihtelee. Opiaatit – ja muista päihteistä myös alkoholi ja tupakka – aiheuttavat voimakasta fyysistä riippuvuutta, joka ilmenee epämiellyttävänä vieroitusoireina käytön lopettamiseen yhteydessä. Fyysisten vieroitusoireiden voimakkuuteen ja kestoon vaikuttaa aineen määrä ja käytön kesto. Huumausaineiden käyttö voi aiheuttaa myös psyykkisen riippuvuuden, jolloin aineen käyttäjä kokee sen välttämättömäksi omalle hyvinvoinnilleen.

Huumausaineiden käyttöön liittyvällä sosiaalisella riippuvuudella viitataan puolestaan huumausaineiden käytön ympärille rakentuneeseen kaveripiiriin. Voi olla vaikeaa irrottautua alakulttuuriin keskittyneestä tutusta kaveripiiristä, koska se vaatii valtakulttuurin vierailta tuntuvien arvojen ja tapojen omaksumista ja kokonaan uusien ihmissuhteiden rakentamista. Huumausaineiden käyttöön voi liittyä myös suuria huumevelkoja, joiden maksaminen sitoo pitkään huumeekulttuuriin. Huumausaineiden laittomuudesta johtuvat rangaistukset, kuten esimerkiksi ehdol-

liset tai ehdottomat vankeusrangaistukset, voivat osaltaan syventää laittomaan alakulttuuriin kuulumista.

Huumausaineiden käyttötavat vaihtelevat ainekohtaisesti. Kannabiksen käyttötavat rajautuvat polttamiseen tai suun kautta käyttöön, amfetamiinia voidaan käyttää niin suun kautta kuin pistämällä, opiaateista heroiniä voidaan käyttää pistämisen lisäksi inhaloimalla, ja buprenorfiinia käytetään suun kautta ottamisen sijaan usein päihdekäytössä pistämällä. Myös nenän kautta käyttöä esiintyy.

Huumausaineiden käyttöä voidaan käyttötiheyden ja käyttöön liittyvän aineiden hankkimisen mukaan luonnehtia kokeilukäytöksi, satunnaiseksi käytöksi, ajoittaiseksi käytöksi, säännölliseksi käytöksi ja jatkuvaksi käytöksi. Kokeilukäyttö rajautuu muutamii kertoihin, ja käyttäjä ei yleensä hanki itse käyttämäänsä ainetta. Satunnainen käyttö voi liittyä joihinkin tiettyihin tilanteisiin, jos huumausaineita on saatavissa kaveripiirissä, mutta käyttäjä ei itse yleensä hanki aineita. Jos käyttäjä hakeutuu aktiivisesti silloin tällöin tilanteisiin, joissa aineita on saatavilla, tai hankkii silloin tällöin käyttöönsä pieniä määriä aineita, käyttöä voi luonnehtia ajoittaiseksi käytöksi. Tähän käyttöluokkaan kuuluu vapaa-ajalla tapahtuva huumeiden viihdekäyttö, jolle leimallista on pyrkimys hallita huumeiden käyttö rajaten se tiettyihin tilanteisiin ja huumausaineista koetut myönteiset vaikutukset. Säännöllinen käyttö edellyttää yleensä jo omaehtoista ja vakiintunutta huumausaineiden hankintaa. Jatkuva käyttö ilmentää huumausaineriippuvuutta ja edellyttää yleensä tiivistä suhdetta huumealakuulttuuriin ja huumeiden välittäjiin.

Käytön säännöstelyä voi luokitella arvioimalla käyttäjän itsensä asettamien erilaisten rajoitusten ja periaatteiden noudattamista. Hallituksi käyttöä voi kuvata silloin, jos käyttäjän itsekontrolli ohjaa käyttöä eri tilanteissa. Käyttö alkaa olla holtitonta silloin, kun tilannetekijät ohjaavat käyttöä enemmän kuin itsekontrolli. Pakonomaista, jatkuvaa käyttöä luonnehtivat puolestaan riippuvuus ja vieroitusoireet.

Huumausaineiden käytön haittojen vähentäminen

Huumausaineiden käytön ja haittojen ehkäisemisessä voidaan nähdä monta tasoa: huumausaineiden käytön ehkäiseminen (”Älä käytä.”), käyttötapoihin liittyvien haittojen ehkäiseminen (”Jos käytät, älä käytä pistämällä.”) tai käyttötapoihin liittyvien riskien vähentäminen (”Jos käytät pistämällä, käytä aina puhtaita pistosvälineitä.”). Huumeiden käytön haittojen vähentämisellä tarkoitetaan toimenpiteitä, joilla pyritään vähentämään huumeiden käyttöön liittyviä terveydellisiä ja sosiaalisia haittoja silloin, kun huumeiden käytöstä luopuminen ei ole sillä hetkellä käyttäjälle mahdollista.

Käyttöuran varhaisvaiheessa huumausaineiden käytön haittojen vähentäminen voi tarkoittaa neuvontaa, jolla pyritään ehkäisemään huumeiden satunnaisen käytön muuttuminen säännöllisemmäksi tai ongelmakäytöksi. Huumeiden ongel-

makäytön osalta huumeiden pistämisen haittojen vähentämisellä pyritään ehkäisemään erityisesti veriteitse leviäviä tartuntoja, vähentämään huumausaineiden käyttöön liittyvää yliannostusten riskiä sekä tasapainottamaan huumausaineiden ongelmakäyttävän usein hyvin epävakaa elämäntilannetta. Keskeisimpinä keinoina tähän ovat huumausaineiden käyttäjille tarkoitettu terveysneuvontatoiminta, opiaattiriippuvaisten lääkkeellinen korvaushoito sekä kaiken kaikkiaan helposti saatavilla olevat sosiaali- ja terveyspalvelut.

Huumausaineiden käyttäjille tarkoitettulla terveysneuvonnalla pistosvälineiden vaihtotoimintoinen on Suomessa onnistuttu sekä hiv-infektion että A-, B- ja osittain myös C-hepatiitti-infektion ennaltaehkäisyssä ja epidemioiden torjunnassa. Huumausaineiden käyttäjien terveysneuvontatoiminta ja pistosvälineiden vaihto on erittäin kustannustehokas terveysinterventio. Tartuntatautilain (583/1986) ja -asetuksen (786/1986) mukaan terveyskeskusten tulee järjestää veriteitse leviävien infektioiden ehkäisyneuvontaa. Asetuksen 6 §:ssä todetaan, että terveyskeskuksen tartuntataudeista vastaavan lääkärin tulee omalta osaltaan huolehtia terveyskeskuksen toimialueella suonensisäisesti huumeita käyttävien terveysneuvonnasta ja tartuntatautien torjunnan edellyttämän tarpeen mukaan käyttövälineiden vaihtamisesta. WHO:n suosituksen mukaan tällaisen toiminnan tulisi tavoittaa vähintään 60 prosenttia pistämällä huumausaineita käyttävistä ollakseen tehokasta.

Opiaattiriippuvaisille tarkoitettulla lääkkeellisellä korvaushoidolla voidaan vähentää huumausainehaittoja. Opiaattiriippuvaisten lääkkeellistä korvaushoitoa koskevan asetuksen (33/2008) mukaan korvaushoidolla tarkoitetaan hoitoa, jossa käytetään apuna buprenorfinia tai metadonia sisältäviä lääkevalmisteita ja jossa tavoitteena on joko kuntouttaminen ja päihitteettömyys tai haittojen vähentäminen ja potilaan elämän laadun parantaminen. Opiaattiriippuvaisten korvaushoidon tarve voidaan arvioida ja hoito aloittaa ja toteuttaa terveyskeskuksessa, ellei hoidon vaatavuus edellytä asetuksessa mainittujen erikoisyksiköiden tasoista hoitoa. Lääkkeellisellä korvaushoidolla poistetaan tarve hankkia opiaatteja laittomilta markkinoilta, mikä vähentää opiaatteja käyttävän rikollista käyttäytymistä, tasapainottaa hänen elämäntilannettaan ja vähentää yliannostusriskiä.

Matalakynnyksiset ja monipuoliset sosiaali- ja terveyspalvelut ovat kolmas tärkeä elementti huumausaineiden käytön haittojen vähentämiseen. Mielen terveysongelmat ovat yleisiä päihdeongelman rinnalla, ja monilla on myös monenlaisia somaattisia ongelmia. On tärkeä motivoida huumausaineiden ongelmakäyttäjiä hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin huumausaineiden käytöstään huolimatta. Matalakynnyksisillä päihde- ja mielen terveyspalveluilla voidaan helpottaa käyttäjien hakeutumista palveluiden piiriin.

Kirjallisuutta

- Aalto-Setälä T, Pelkonen M, Marttunen M. Nuorten päihdehäiriöiden varhaistunnistaminen. Tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Kansanterveyslaitos, mielen terveyden ja alkoholitutkimuksen osasto ja HYKS, Peijaksen sairaala, nuorisopsykiatrian vastuualue, 2003. www.thl.fi
- Aalto-Setälä T, Marttunen M, Pelkonen M. Nuorten päihdehäiriöt ja muut mielen terveyden häiriöt. Tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Kansanterveyslaitos, mielen terveyden ja alkoholitutkimuksen osasto ja HYKS, Peijaksen sairaala, nuorisopsykiatrian vastuualue, 2003. www.thl.fi
- Arponen A, Brummer-Korvenkontio H, Liitsola K, Salminen M. Luottamus ja vapaaehtoisuus terveysneuvontapistetoiminnan edellytyksinä. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 15. Helsinki: KTL, 2008. www.thl.fi
- Havio M, Inkinen M, Partanen A. Päihdehoitotyö. Helsinki: Tammi, 2008.
- Luopa P, Pietikäinen M, Jokela J. Kouluterveyskysely 1998–2007: Nuorten hyvinvoinnin kehitys ja alueelliset erot. Stakesin raportteja 23. Helsinki: Stakes, 2008
- Partanen P, Hakkarainen P, Hankilanoja A, Kuussaari K, Rönkä S, Salminen M, Seppälä T, Virtanen A (2007). Amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2005. Yhteiskuntapolitiikka 72(5), 553–561.
- Rönkä S, Virtanen A (toim.). Huumetilanne Suomessa. Kansallinen huumevuosiraportti EMCDDA:lle. Helsinki: Stakes, 2008. www.thl.fi
- Tartuntatautiasetus (786/1986). www.finlex.fi
- Tartuntatautilaki (583/1986). www.finlex.fi
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä (33/2008). www.finlex.fi.

Internet

- www.paihdelinkki.fi – Sivustolta löytyy mm. erilaisten päihteiden käyttöön liittyviä riskitestejä.
- www.kaypahoito.fi – Tietoa valtakunnallisista hoitosuosituksista.

4 MASENNUS

Masennus (depressio) on mielialahäiriöiden ryhmään kuuluva mielenterveyden häiriö. Koska masennus kuuluu terminä myös arkikieleen, on tärkeää määritellä, mitä masennuksella kulloinkin tarkoitetaan.

Lähes jokaisella on jossain vaiheessa vaikeisiin elämäntilanteisiin liittyviä ohimeneviä mielialan laskun tai surun tunteita, mutta suurimmalla osalla tilanne ei pahene sairaudeksi. Varsinaista masennussairautta luonnehtii koettu ja usein muillekin nähtävissä oleva apeuden, alavireisyyden ja toivottomuuden tila, joka häiritsee päivittäistä elämää ja ihmissuhteita. Mikäli masentuneen mielialan ohella esiintyy myös muita siihen liittyviä oireita, puhutaan masennusoireyhtymistä eli masennustiloista. Masennustilaksi ei yleensä lueta sellaisia tapauksia, joissa oireet ovat normaali reaktio esimerkiksi läheisen ihmisen menetykseen, ellei oireilu ole vaikeaa tai jatku epätavallisen pitkään. Tässä tekstissä termiä masennus käytetään kuvaamaan masennustilaa mielenterveyden häiriönä.

Masennus on niin yleinen, että sitä voidaan kutsua kansansairaudeksi; joka viides suomalainen sairastuu siihen elämänsä aikana ja yli puolella heistä se uusii. Joillakin se kroonistuu pysyväksi. Naisilla sairastuminen on tavallisempaa kuin miehillä. Masennus lisää myös fyysisen sairastuvuuden riskiä; masennuksesta kärsivän ihmisen riski saada esimerkiksi sepelvaltimotauti on muuhun väestöön verrattuna jopa 2–3-kertainen. Vakavimmillaan masennus voi johtaa itsemurhaan.

Inhimillisen kärsimyksen lisäksi masennus aiheuttaa toimintakyvyn lamaan-tumista ja muodostaa suuren kansantaloudellisen ongelman. Noin 37 000 suomalaista on eläkkeellä masennuksen vuoksi, ja masennuksen vuoksi menetetään lisäksi sairauslomina noin 2,5 miljoonaa työpäivää vuodessa. Erityisen huolestuttavaa on nuorten siirtyminen eläkkeelle.

Sairastuminen masennukseen on yleensä seurausta monien – perinnöllisten, biologisten ja ympäristöön liittyvien – tekijöiden yhteisvaikutuksesta. Lapsuuden henkinen tai fyysinen kaltoinkohtelu ja turvattomuus altistavat masennukselle vielä aikuisiässäkin, erityisesti niitä, joilla on masennukselle altistavia perintötekijöitä. Myös pitkään jatkunut stressi ja menetykset läheisissä ihmissuhteissa ovat altistavat tekijöitä. Pitkäaikainen ruumiillinen sairaus on masennuksen riskitekijä. Ikääntyvillä se johtaa usein henkilökohtaisen autonomian kaventumiseen, joka

edelleen altistaa masennusoireilulle. Myös nuorilla muu sairaus saattaa laukaista depression. Lapsilla ja nuorilla koulukiusaaminen ja kaiken ikäisillä yksinäisyys ja ulkopuolisuuden kokemukset altistavat masennusoireille.

Masennustilan oireet

Masennustilan diagnoosi (ICD 10:n mukaan) edellyttää seuraavia samaan aikaan esiintyviä oireita:

- Vähintään kaksi seuraavista masennuksen ydinoireista on kestänyt vähintään kahden viikon ajan ja ilmenneet suurimman osan ajasta:
 1. Masentunut mieliala.
 2. Kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen sellaisia asioita kohtaan, joista henkilö on tavallisesti ollut kiinnostunut tai jotka ovat tuottaneet hänelle mielihyvää.
 3. Vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys.
- Jokin tai jotkin seuraavista oireista ovat kestäneet vähintään kahden viikon ajan ja ilmenneet suurimman osan ajasta niin, että oireita on yhteensä vähintään neljä (mukaan lukien yllä mainitut ydinoireet):
 1. ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painon muutos
 2. unettomuus tai liiallinen nukkuminen
 3. alentunut itsetunto tai arvottomuuden tunteet
 4. perusteettomat tai kohtuuttomat itsesyytökset ja syyllisyydentunteet
 5. koettu tai havaittu keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä päättämättömyytenä tai asioiden jähkailuna
 6. fyysinen kiihtymys tai hidastuneisuus, joka voi olla koettu tai havaittu
 7. toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen.

Masennuksen ennaltaehkäisy

Masennuksen ennaltaehkäisy alkaa lapsuuden kasvuympäristöstä, jossa tulisi olla mahdollisuus kiintyä turvalliseen aikuiseen. Lapsen kehitystä tukevaan hyvään vuorovaikutukseen voi saada ohjausta esimerkiksi neuvolakäynneillä. Lapsuuden riittämätön huomio ja puutteellinen vuorovaikutus huolehtivan aikuisen kanssa lisää riskiä sairastua myöhemmin masennukseen. Kun huolehtivan aikuisen voimat esimerkiksi oman masennuksensa, muun sairauden tai päihdeongelman vuoksi ovat hupenneet, kannattaa hoitavan tahon ottaa puheeksi perheen lasten vointi. Aikuisille voi tarjota avuksi opaskirjoja, joissa neuvotaan miten vanhempi voi ottaa puheeksi psyykkisen sairautensa lapsen kanssa (esim. Solantaus & Ringbom; ks. Kirjallisuutta). Lapsen on tärkeä kuulla, ettei vanhemman sairaus johdu hänes-

tä. Myös vanhemman sairaudesta johtuvaan koulukiusaamiseen tulee puuttua aktiivisesti.

Hyvät ihmissuhteet ja sosiaalisen tukiverkosto vähentävät masennusriskiä. Masentumista voi ehkäistä huolehtimalla fyysisestä hyvinvoinnistaan, esimerkiksi liikunnalla ja riittävällä levolla sekä välttämällä pitkään jatkuvaa liiallista stressiä. Stressinhallinnan opiskeluun on tarjolla opaskirjoja ja ryhmämuotoisia ohjattuja menetelmiä. Alkoholia ei kannata käyttää stressin hallintaan, koska alkoholin runsas käyttö, ainakin pitkään jatkuessaan, saattaa aiheuttaa ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta.

Masennuksen tunnistaminen ja seulonta

Masennuksen tunnistaminen ei ole helppoa. Usein ihmiset eivät itsekään tunnista olevansa masentuneita, vaan arvioivat uupumuksensa, saamattomuutensa, huononvointisuutensa tai muistihäiriöidensä johtuvan esimerkiksi fyysisestä sairaudesta, laiskuudesta tai epäsuotuisista ulkoisista olosuhteista. Myös työntekijät saattavat arvioida masennuksen oireiden viittaavan fyysiseen sairauteen tai olevan normaali reaktio hankaliin elämäntilanteisiin.

Usein masennus tulee ilmi vasta, kun se on jo vakava sekä haittaa huomattavasti toimintakykyä. Kuitenkin esimerkiksi terveyskeskuksen potilaista joka kymmenes sairastaa hoitoa tai arviointia vaativaa masennusta, joten kaikkien sosiaali- ja terveystoimen työntekijöiden tulee pyrkiä tunnistamaan masennuksen oireet asiakkailtaan ja tarvittaessa kannustaa heitä hakemaan apua. Erityisesti kannattaa kiinnittää huomiota henkilöihin, jotka ottavat yhteyttä ahdistuneisuuden, kriisien, uupumuksen tai päihdeongelmien vuoksi.

Yleisiä oireita, jotka saattavat viitata masennukseen, ovat unihäiriöt, pitkittynyt kipuilu ja ahdistuneisuuteen liittyvät fyysiset oireet, esim. hengenahdistus, sydämen tykyttely, hikoilu ja vapina. Nuorilla masennuksen oireita voivat olla myös ärtyisyys ja taipumus suuttua näennäisesti pienistä asioista. Masentuneen nuoren oireita on joskus vaikea erottaa murrosiän merkeistä; normaaliin murrosikäen ei kuitenkaan kuulu toimintakyvyn lasku, kuten koulunkäynnin laiminlyöminen. Normaaliin vanhenemiseenkaan ei kuulu masentuminen. Toimintakyvyn lasku, muistamattomuus ja terveyspalveluiden lisääntynyt käyttö voivat vanhuksilla viitata masennukseen.

Riskiryhmillä, joissa masennuksen esiintyminen on erityisen tavallista, kannattaa oireita seuloa. Se edellyttää kuitenkin, että seulaan jääneitä varten on järjestetty riittävät lisätutkimus- ja hoitomahdollisuudet. Sosiaali- ja terveyspalveluissa masennusta esiintyy muita enemmän mm. vastikään synnyttäneillä, kroonisia sairauksia potevilla, esim. diabeetikoilla ja sydäninfarktin sairastaneilla, päihteiden liikakäyttäjillä ja epämääräisiä fyysisiä oireita potevilla.

BDI 21 -MASENNUSKYSELY

Valitse vaihtoehdoista se, joka kuvastaa oloasi tai tunnettasi parhaiten.

Vastaa kaikkiin kysymyksiin.

Tarkista vielä lopuksi vastauksesi.

1. 0 En ole surullinen.
1 Olen surullinen.
2 Olen aina alakuloinen ja surullinen.
3 Olen niin onneton, että en enää kestä.
2. 0 Tulevaisuus ei erityisesti pelota minua.
1 Tulevaisuus pelottaa minua.
2 Tulevaisuudella ei ole minulle mitään tarjottavaa.
3 Tunnen että tulevaisuus on toivoton.
3. 0 En tunne epäonnistuneeni.
1 Olen epäonnistunut useammin kuin muut ihmiset.
2 Menneisyyteni on sarja epäonnistumisia.
3 Olen täysin epäonnistunut ihmisenä.
4. 0 Asiat tuottavat minulle edelleen tyydytystä.
1 En osaa nauttia asioista kuten ennen.
2 En saa tyydytystä mistään.
3 Olen tyytymätön ja kyllästynyt kaikkeen.
5. 0 Minulla ei ole erityisiä syyllisyydentunteita.
1 Minulla on usein syyllinen olo.
2 Tunnen jatkuvasti syyllisyyttä.
3 Tunnen syyllisyyttä suurimman osan ajasta.
6. 0 En koe, että minua rangaistaan.
1 Uskon, että minua saatetaan rangaista.
2 Odotan, että minua rangaistaan.
3 Tunnen, että minua rangaistaan.
7. 0 En ole pettynyt itseäni.
1 Olen pettynyt itseäni.
2 Inhoan itseäni.
3 Vihaan itseäni.
8. 0 Olen yhtä hyvä kuin kuka tahansa.
1 Arvostelen heikkouksiani ja virheitäni.
2 Moitin itseäni virheistä.
3 Moitin itseäni kaikesta, mikä menee pieleen.
9. 0 En ole ajatellut tappaa itseäni.
1 Olen ajatellut itseni tappamista, mutta en tee sitä.
2 Haluaisin tappaa itseni.
3 Tappaisin itseni, jos siihen olisi mahdollisuus.
10. 0 En itke tavallista enempää.
1 En pysty itkemään, vaikka haluaisin.
2 Itken nykyisin enemmän kuin ennen.
3 Itken nykyisin aina.

11. 0 En ole sen ärtyneempi kuin tavallisesti.
 - 1 Ärsynnyn nykyään helpommin kuin ennen.
 - 2 Tunnen itseni ärtyneeksi koko ajan.
 - 3 Aiemmin raivostuttaneet asiat eivät liikuta minua.
12. 0 Olen kiinnostunut muista ihmisistä.
 - 1 Muut ihmiset kiinnostavat minua enää vähän.
 - 2 En ole kiinnostunut muista juuri lainkaan.
 - 3 Muut ihmiset eivät kiinnosta minua.
13. 0 Pystyn tekemään päätöksiä kuten ennen.
 - 1 Lykkään usein päätöskien tekemistä.
 - 2 Minun on vaikea tehdä päätöksiä.
 - 3 En pysty tekemään päätöksiä.
14. 0 Mielestäni ulkonäköni ei ole muuttunut.
 - 1 Näytän vanhalta ja vähemmän viehättävältä.
 - 2 Ulkonäköni on muuttunut epämiellyttäväksi.
 - 3 Uskon olevani ruma.
15. 0 Työkykyäni on suunnilleen ennallaan.
 - 1 Työn aloittaminen tuntuu vaikealta.
 - 2 Minun on pakotettava itseni työhön.
 - 3 En pysty tekemään työtä.
16. 0 Nukun yhtä hyvin kuin ennen.
 - 1 En nuku yhtä hyvin kuin ennen.
 - 2 Herään nykyisin 1–2 tuntia liian aikaisin enkä saa unta.
 - 3 Herään useita tunteja liian aikaisin enkä saa unta.
17. 0 En väsy sen nopeammin kuin ennen.
 - 1 Väsyn nopeammin kuin aikaisemmin.
 - 2 Väsyn lähes tyhjästä.
 - 3 Olen liian väsynyt tehdäkseeni mitään.
18. 0 Ruokahaluni on ennallaan.
 - 1 Ruokahaluni ei ole niin hyvä kuin ennen.
 - 2 Minulla ei ole enää lainkaan ruokahalua.
 - 3 Ruokahaluni on paljon huonompi kuin ennen.
19. 0 Painoni on pysynyt suunnilleen ennallaan.
 - 1 Olen laihtunut yli 3 kiloa.
 - 2 Olen laihtunut yli 5 kiloa.
 - 3 Olen laihtunut yli 8 kiloa.
20. 0 En ole juuri huolissani terveydestäni.
 - 1 En pysty ajattelemaan kuin ruumiillisia vaivojani.
 - 2 Olen huolissani vaivoistani, säryistä jne.
 - 3 Olen huolissani terveydestäni lähes koko ajan.
21. 0 Kiinnostukseni seksiin on pysynyt ennallaan.
 - 1 Kiinnostukseni seksiin on vähentynyt.
 - 2 Kiinnostukseni seksiin on vähäistä.
 - 3 En ole lainkaan kiinnostunut seksistä.

Testin tulkinnassa voi käyttää seuraavia, suuntaa antavia pisterajoja: kokonaispistemäärä alle 10 pistettä = ei masennusoireita, 10–16 pistettä = lieviä masennusoireita, 17–29 pistettä = kohtalaisia masennusoireita, 30–63 pistettä = vakavia masennusoireita.

Esimerkiksi BDI (Beckin 21-kohtainen depressiokysely) on käyttökelpoinen apuväline masennusoireiden tunnistamiseen ja seulomiseen. Kyselyn tulkitsemisessa on huomioitavaa, ettei se tuota masennusdiagnoosia, vaan kuvaa vain sen hetkisiä oireita. Varsinaista diagnoosia varten, tulee varmistaa, että oireet ovat kestäneet ainakin kaksi viikkoa, että ne sisältävät kaksi ydinoireita ja että oireilu ei johdu muusta syystä, esimerkiksi ruumiillisesta sairaudesta.

Synnytyksen jälkeisen masennuksen seulontaan sopii paremmin EPDS-lomake (Edinburgh Postnatal Depression Scale). Iäkkäämpien potilaiden depression seulontaan voi suositella myöhäisiän depressioseula GDS-15:n käyttöä.

Muut häiriöt

Samanaikaisesti masennuksen kanssa ilmenee monesti myös muiden psyykkisten sairauksien oireita, jotka saattavat pitkittää toipumista tai altistaa depression uusiutumislle. Tyypillisiä ovat ahdistuneisuushäiriöt, alkoholi- ja muut päihdeongelmat, unihäiriöt sekä joskus syömishäiriöt tai vakavat psykoottiset häiriöt. Näiden oheissairauksien tunnistamiseen ja hoitamiseen kannattaa kiinnittää huomiota. Joskus ahdistuneisuus ja tuskaisuus voivat olla hallitsevampia oireita kuin masennus. Mielialan muutos saattaa peittää myös ärtyneisyyden, alkoholin liikakäytön, huomionhakuisen käyttäytymisen, lisääntyneiden pelko-oireiden, pakko-oireiden tai erilaisten ruumiillisten oireiden alle.

Kirjallisuutta

- Depressio Käypä hoito -suositus. Duodecim 2004;120:744-764, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä.
- Haarasilta L, Marttunen M. Nuorten depressio. Tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Kansanterveyslaitos, mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto. www.thl.fi.
- Haarasilta L, Marttunen M. Nuorten depressio. Tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille ja Haarasilta L, Marttunen M. Nuorten masennus. Tietoa nuorille ja heidän perheilleen. www.thl.fi.
- Koffert T, Katriina K. Depressiokoulu – opi masennuksen ehkäisy- ja hoitotaitoja. Helsinki, SMS-Tuotanto Oy, 2007.
- Solantaus, Tytti & Ringbom, Antonia. Miten autan lastani? Opas vanhemmille, joilla on mielenterveyden ongelmia. Helsinki, Omaiset mielenterveystyön tukena ry, 2002.

Internet

- EPDS-testi – www.vantaa.fi/i_liitetiedosto.asp?path=1;135;137;220;4732;58292;62335
- GDS-15 myöhäisiän depressioseula – www.gernet.fi/ohjeet/depseula.html
- MDI Major Depression Inventory -testin eri kieliversioita, myös suomi – www.who-5.org

5 AHDISTUNEISUUSHÄIRIÖT

Ahdistuneisuus on tunnetila, johon voi liittyä sisäistä jännitystä, pelkoa, levottomuutta, huolestuneisuutta tai jopa paniikin tai kauhun kokemus. Pelon tai ahdistuneisuuden tunne on suhteeton todelliseen uhkaan nähden. Ajoittaisina pelko ja lievä ahdistuneisuus ovat arkipäiväisiä, kaikkien elämään kuuluvia tunteita. Ahdistuneisuushäiriöissä ahdistuneisuus on voimakasta, pitkäkestoista ja toimintakykyä rajoittavaa. Ahdistuneisuushäiriöt ovat yleisiä mielenterveyshäiriöitä, jotka rajoittavat niistä kärsivien elämää ja heikentävät toimintakykyä ja elämänlaatua. Seuraavassa kuvataan tarkemmin kolmea yleisintä ahdistuneisuushäiriötä, sosiaalisten tilanteiden pelkoa, paniikkihäiriötä ja julkisten paikkojen pelkoa sekä yleistynyttä ahdistuneisuutta.

Sosiaalisten tilanteiden pelko

Sosiaalisten tilanteiden pelosta kärsivä henkilö pelkää ja karttaa tilanteita, joissa hän kokee joutuvansa toisten tarkkailun, arvioinnin ja arvostelun kohteeksi. Sosiaalisiin tilanteisiin liittyvä ahdistus voi olla niin voimakas, että henkilö välttää lähes kaikkia tilanteita, joissa hän joutuisi tekemisiin muiden ihmisten kanssa, jolloin puhutaan yleistyneestä häiriöstä. Häiriö voi myös rajoittua vain tiettyihin tilanteisiin, kuten julkiseen esiintymiseen tai muiden seurassa syömiseen tai juomiseen.

Sosiaalisten tilanteiden pelosta kärsivä on muiden seurassa yleensä ujo, hiljainen ja vetäytynyt. Ahdistuneisuus saattaa näkyä ulospäin punastumisena tai katsekontaktin välttämisenä. Sosiaaliseen ahdistuneisuuteen liittyy usein ruumiillisia oireita, kuten sydämen tykytystä, hikoilua, vapinaa, ja vaikeimmillaan sosiaaliset tilanteet voivat laukaista paniikkikohtauksen. Sosiaalisten tilanteiden pelosta kärsivä kaipaa toisten seuraa mutta välttää sosiaalisia tilanteita, koska pelkää muiden pitävän häntä epämiellyttävänä, tyhmänä tai tylsänä. Sosiaalisten tilanteiden pelosta ei ole kyse, jos henkilö eristäytyy muista ihmisistä eikä kaipaakaan ihmissuhteita tai piittaa muiden ihmisten arvostelusta.

Sosiaalisten tilanteiden pelon pääoireet (mukailtu ICD-10:n tautiluokituksen kriteereistä)

- Henkilö pelkää huomion kohteena olemista tai sitä, että hänen käyttöksensä sosiaalisessa tilanteessa olisi hänelle itselleen noloa tai nöyryyttävää.
- Henkilö pyrkii välttämään sosiaalisia tilanteita.
- Sosiaalisissa tilanteissa henkilöllä esiintyy pelkoon liittyen fyysisiä oireita, kuten punastumista, sydämentykytystä tai vapinaa, oksentamisen pelko tai voimakas tarve virtsata tai ulostaa tai niitä koskeva pelko.
- Oireet tai välttämiskäyttäytyminen aiheuttavat henkilölle merkittävää ahdistusta, ja hän pitää niitä kohtuuttomina.

Sosiaalisten tilanteiden pelko alkaa yleensä varhain. Puolella niistä, joilla aikuisiässä todetaan sosiaalisten tilanteiden pelko, oireet ovat alkaneet jo alle 12-vuotiaana. Häiriö on yleisimpiä ahdistuneisuushäiriöitä: sen elämänaikainen esiintyvyys vaihtelee 3–12 prosentin välillä. Samanaikainen masennus on tavallista, samoin muut ahdistuneisuushäiriöt ja päihdeongelma. Useimmiten sosiaalisten tilanteiden pelko edeltää muiden mielenterveysongelmien kehittymistä.

Sosiaalisten tilanteiden pelon toteaminen mahdollisimman varhain on tärkeää. Etenkin varhain alkavaan, yleistyneeseen häiriöön voi liittyä kykyjä heikompi koulumenestys tai koulun keskeyttäminen. Vaikea sosiaalisten tilanteiden pelko voi vaikuttaa ammatinvalintaan ja uralla etenemiseen sekä parisuhteen muodostamiseen. Sosiaalisten tilanteiden pelko onkin yksi voimakkaimmin elämänlaatua heikentävistä psyykkisistä häiriöistä.

Varhaisessa tunnistamisessa terveyskeskus ja kouluterveydenhuolto ovat keskeisessä asemassa. Sosiaalisen tilanteiden pelon erottaa tavanomaisesta ujoudesta tai esiintymisjännityksestä se, että oireet kuormittavat henkilöä poikkeuksellisella tavalla ja heikentävät hänen toimintakykyään. Epäiltäessä sosiaalisten tilanteiden pelkoa apua voi olla lyhyestä oireita kartoittavasta Mini-SPIN-kyselystä (Connor ym. 2001). Tärkeää on myös kartoittaa, onko henkilöllä muita psyykkisiä oireita, kuten masennusta tai liiallista päihteiden käyttöä.

Sosiaalisten tilanteiden pelon hoito on usein mahdollista toteuttaa perusterveydenhuollossa. Sitä voidaan hoitaa sekä psykoterapialla että lääkehoidolla. Etenkin määrättyihin tilanteisiin rajoittuneen sosiaalisten tilanteiden pelon hoitoon voidaan käyttää vaikeiden tilanteiden edellä otettavaa, kohtauksia estävää lääkitystä, kuten beetasalpaajaa. Ne vähentävät pelkoon liittyviä fyysisiä oireita, kuten sydämen tykytystä tai vapinaa. Yleistyneessä muodossa suositellaan säännöllistä lääkitystä, kuten serotoniinin takaisinottoa estäviä masennuslääkkeitä.

Psykoterapioista erityisesti kognitiivis-behavioraalinen terapia on tehokas. Terapiassa yhdistetään useita tekniikoita, kuten pelkoa aiheuttaville tilanteille altistaminen ensin mielikuvatasolla, sitten käytännössä, sosiaaliin tilanteisiin liittyvien ajatusvääristyminen analysoiminen ja muuttaminen sekä rentoutusharjoitukset.

MINI-SPIN-KYSELY SOSIAALISTEN TILANTEIDEN PELKOON LIITTYEN

Kuinka paljon seuraavat ongelmat ovat vaivanneet sinua viimeksi kulu-
neen viikon aikana? Sanoisitko ei yhtään, vähän, kohtalaisesti, hyvin pal-
jon vai äärimmäisen paljon?

1. Nolestumisen pelko saa minut välttämään joidenkin asioiden suoritta-
mista tai puhumista toisille ihmisille.
2. Vältän tekemisiä, joissa olen huomion keskipisteenä.
3. Nolestuneeksi tuleminen tai tyhmältä vaikuttaminen kuuluvat pahim-
piin pelkoihini.

Pisteytys kustakin kysymyksestä:

Ei yhtään = 0, Vähän = 1, Kohtalaisesti = 2, Hyvin paljon = 3, Äärimmäisen
paljon = 4. Yhteenlaskettu pistemäärä 6 tai enemmän viittaa sosiaalisten ti-
lanteiden pelkoon.

Ajatusvääristymillä tarkoitetaan esimerkiksi sitä, että henkilö ennakoii jo etukäteen epäonnistuvansa tietyssä sosiaalisessa tilanteessa, mikä pahentaa jännitystä ja hel-
posti johtaakin epäonnistumiseen. Altistusohjelmissa siirrytään asteittain lievää
pelkoa aiheuttavista mielikuvista tai tilanteista haastavampien tilanteiden harjoit-
telemiseen. Uuden tilanteen harjoittelu aloitetaan sen jälkeen, kun henkilö
on tottunut vähemmän pelottavaan tilanteeseen. Tämän tyyppisiä harjoituksia voi
lievistä peloista kärsivä tehdä myös itse.

Paniikkihäiriö ja julkisten paikkojen pelko

Paniikkihäiriö on ahdistuneisuushäiriö, johon liittyy toistuvia, voimakkaita ahdis-
tuneisuuskohtauksia eli paniikkikohtauksia. Kohtauksiin ei häiriön alkuvaiheessa
liity ulkoista laukaisevaa tekijää, mutta kohtausten toistuessa henkilö alkaa usein
välttää tilanteita, joissa kohtauksia voisi esiintyä, tai paikkoja, joista voisi olla vai-
kea päästä pois, mikäli kohtausta yllättäisi.

Paniikkikohtausta alkaa äkillisesti ja kehittyä huippuunsa minuuteissa. Paniik-
kikohtauksen oireita on kuvattu oheisessa luettelossa. Paniikkikohtaukseen liit-
tyy vähintään neljän luettelon oireen samanaikainen esiintyminen ja oireiden koh-
tauksellisuus: oireiden alusta kuluu korkeintaan 10 minuuttia siihen, että oireet
ovat vaikeimmillaan. Paniikkikohtauksia esiintyy monissa ahdistuneisuushäiriöis-
sä, ja myös ruumiilliset sairaudet voivat laukaista paniikkikohtauksen. Paniikki-
häiriölle on tyypillistä, että ensimmäiset paniikkikohtaukset ovat odottamattomia
eikä niihin liity laukaisevia tekijöitä, mutta niiden jälkeen henkilölle kehittyvät jat-

kuva huoli kohtausten uusimisesta tai niiden syistä tai seurauksista, tai henkilö alkaa muuttaa käyttäytymistään kohtausten uusiutumisen pelon vuoksi, esimerkiksi vältellä tiettyjä paikkoja.

Paniikkikohtauksen tyypillisiä oireita

- sydämentykytys: tunne sydämen hakkaamisesta tai kiihtynyt syke
- hikoilu
- tärinä tai vapina
- hengenahdistuksen tai tukehtumisen tunne
- kuristumisen tunne
- rintakipu tai muut epämiellyttävät tuntemukset rintakehän alueella
- pahoinvointi tai vatsavaivat
- huimaus, epävakaa olo, pyörtymisen tunne
- ympäristön tai oman itsen kokeminen vieraaksi tai epätodelliseksi
- itsehallinnan menettämisen tai sekoamisen pelko
- kuolemanpelko
- puutuminen tai kihelmöinti
- vilunväreet tai kuumat aallot.

Paniikkihäiriötä sairastavalla henkilöllä on usein myös julkisten paikkojen pelko. Julkisten paikkojen pelkoon liittyy ahdistuneisuus sellaisissa paikoissa tai tilanteissa, joista pois pääseminen voisi olla vaikeaa tai joissa ei olisi saatavissa apua, mikäli ahdistuneisuusoireet alkaisivat. Tavallisia paikkoja, joita julkisten paikkojen pelosta kärsivä ihminen välttää, ovat esimerkiksi kauppojen jonot, liikkuminen kaupungilla ruuhka-aikaan, julkiset kulkuneuvot, teatterit, elokuvateatterit tai muut julkiset tilaisuudet, joissa on paljon väkeä.

Erotuksena sosiaalisten tilanteiden pelkoon henkilö ei pelkää kanssakäymistä muiden ihmisten kanssa vaan sitä, että ahdistuneisuusoireet alkaisivat eikä hän pääsisi tilanteesta pois nolaamatta itseään. Tavallista on, että julkisten paikkojen pelko kehittyy paniikkihäiriöstä kärsivälle henkilölle, kun tämä alkaa karttaa tilanteita, joissa paniikkikohtauksia on ilmennyt. Kuitenkin noin kolmasosalla on ensin julkisten paikkojen pelko ilman paniikkihäiriötä ja paniikkihäiriö kehittyy julkisten paikkojen pelkoon liittyvien ahdistusoireiden pahentuessa paniikkikohtauksiksi.

Paniikkihäiriön elämänaikainen esiintyvyys vaihtelee 2–5 prosenttiin, ja se on naisilla tavallisempi kuin miehillä. Muut samanaikaiset mielenterveyshäiriöt, erityisesti mieliala-, ahdistuneisuus- ja päihdehäiriöt ovat tavallisia. Paniikkihäiriö alkaa tavallisimmin nuorella aikuisiällä, mutta se voi alkaa jo aikaisemminkin. Noin puolella paniikkihäiriötä sairastavista on samanaikainen julkisten paikkojen pelko.

Ensimmäinen paniikkikohtaus on pelottava kokemus. Fyysiset oireet kehittyvät nopeasti huippuunsa ja ovat voimakkaita, joten on ymmärrettävää, että useimmat ajattelevat ruumiillisen sairauden olevan syynä. Kun paniikkikohtaus-tyyppi-

sen oireilun syytä lähdetään selvittämään, on tärkeä varmistua ensin, ettei kyseessä ole ruumiillisesta sairaudesta tai jonkin päihteen tai lääkeaineen laukaisemista oireista. Erityisesti kilpirauhassairauksiin ja muihin sisäeritysrauhasten toimintahäiriöihin ja harvinaisiin rytmihäiriöihin voi liittyä paniikkikohtauksen tapaisia oireita. Kofeiinipitoisten juomien runsas nauttiminen ja tietyt päihteet ja niiden vieroitusoireet voivat aiheuttaa paniikkikohtauksia, samoin liian suuri kilpirauhas-hormoniannos kilpirauhasen vajaatoimintaa sairastavalla.

Kun nämä tekijät on huomioitu, on seuraavaksi selvitettävä, millaisessa tilanteessa henkilö sai kohtauksen. Paniikkihäiriössä ensimmäiset kohtaukset tulevat täysin yllättäen. Sosiaalisten tilanteiden pelkoon voi liittyä paniikkikohtauksia esimerkiksi esiintymistilanteissa. Määräkohteisissa peloissa, joita ovat esimerkiksi korkean paikan pelko ja lentopelko, paniikkikohtaukset liittyvät pelon kohteena oleville asioille altistumiseen. Paniikkihäiriöön liittyvät paniikkikohtaukset tulevat odottamatta eivätkä alkuvaiheessa liity mihinkään ympäristössä olevaan laukaisevaan tekijään.

Yksittäisiä paniikkikohtauksia voi esiintyä satunnaisesti terveilläkin. Paniikkihäiriössä kohtaukset toistuvat ja niihin liittyy huoli kohtauksien uusimisesta tai niiden tilanteiden välttäminen, joissa kohtauksia on esiintynyt.

Koska paniikkikohtaukseen liittyvät oireet ovat ruumiillisia, suuri osa potilaista hakeutuu ensin yleislääkärin vastaanotolle. Paniikkihäiriön tunnistaminen ja hoidon aloittaminen perusterveydenhuollossa onkin tärkeää. Suuri osa paniikkihäiriöstä kärsivistä myös voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa, ja hoitotulos on yleensä hyvä, jos sairaus tunnistetaan ja hoito aloitetaan varhain. Ensisijainen lääkehoito ovat serotoniinin takaisinottoa estävät masennuslääkkeet, joita on syytä käyttää vähintään 6–12 kuukautta sen jälkeenkin, kun oireet ovat täysin hävinneet. Hoitoon liittyy potilasohjaus, jossa kerrotaan paniikkihäiriön luonteesta, lääkehoidosta sekä annetaan elämäntapaohjausta. Paniikkihäiriöstä kärsivän on syytä välttää kofeiinipitoisten juomien käyttämistä, ja myös alkoholi ja tupakka pahentavat monilla oireita. Säännöllinen liikunta auttaa usein oireisiin.

Paniikkihäiriön psykoterapiana käytetään erityisesti kognitiivis-behavioraalista terapiaa. Hoitoon liittyy ahdistaviin tilanteisiin altistaminen ensin mielikuvatasolla, sitten käytännön harjoituksin, paniikkikohtauksiin liittyvien ajatusten ja väärintulkintojen havaitseminen, tutkiminen ja muokkaaminen sekä rentoutusharjoitukset. Lievässä paniikkihäiriössä potilasta voi ohjata tekemään altistusharjoituksia itse.

Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö

Yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön liittyy päivittäinen tai lähes päivittäinen liiallinen huoli ja ahdistus, joka koskee useita elämänalueita ja monia toimintoja ja tapahtumia ja on jatkunut vähintään kuuden kuukauden ajan. Henkilön on vaikea hallita huolestuneisuuttaan, ja liittännäisoireina on vähintään kolme seuraavista: levottomuus tai jännittyneisyys, väsyvyys, keskittymisvaikeudet, ärtyneisyys, lihasjännitys ja inihäiriöt. Huoli on yleistynyt eikä liity vain tiettyihin tilanteisiin, kuten sosiaalisten tilanteiden tai julkisten paikkojen pelossa. Ahdistus on selvästi ylimitoitettua suhteessa huolen aiheisiin. Se ei ole luonteeltaan kohtauksellista kuten sosiaalisten tilanteiden pelossa tai paniikkihäiriössä, vaan pikemminkin jatkuvaa ylenmääräistä huolestuneisuutta. Ahdistuneisuus haittaa merkittävästi henkilön elämää.

Yleistynyt ahdistuneisuus on sukua masennukselle, jossa vastaavan tyyppiset ahdistuneisuusoireet ovat myös tavallisia. Häiriön esiintyvyys väestössä on 1–7 prosenttia. Häiriö on yleisempi naisilla kuin miehillä, ja alkamisikä vaihtelee enemmän kuin muissa ahdistuneisuushäiriöissä. Koska häiriö voi alkaa vasta myöhemmällä iällä ja häiriöön liittyviä oireita esiintyy myös monissa ruumiillisissa sairauksissa, on tärkeä tutkia henkilön ruumiillinen terveys huolellisesti. Moisiin sydän-, keuhko- ja sisäeritysrauhasten sairauksiin liittyy samantyyppisiä oireita, samoin tiettyjen lääkeaineiden käyttöön. Erityisesti kilpirauhasen vajaa- tai liikatoiminta on syytä poissulkea.

Samanaikaiset muut psykiatriset häiriöt ovat tavallisia yleistyneestä ahdistuneisuudesta kärsivillä. Tavallisimpia samanaikaisia häiriöitä ovat muut ahdistuneisuushäiriöt ja masennustilat. Yleistyneen ahdistuneisuuden erottaa muista ahdistuneisuushäiriöistä se, että oireet ovat jatkuvia eivätkä kohtauksellisia ja tiettyihin tilanteisiin liittyviä, mutta toisaalta on mahdollista, että samalla henkilöllä on jatkuva, ulkoisista olosuhteista riippumaton ahdistuneisuus ja toisaalta erillisenä ongelmana vaikkapa sosiaalisten tilanteiden pelko. Samanaikainen masennus on myös tavallista. On kuitenkin syytä muistaa, että mikäli ahdistusoireet rajoittuvat masennusjaksoon, ei erillistä yleistyneen ahdistuneisuuden diagnoosia tehdä.

Yleistynyt ahdistuneisuus on perusterveydenhuollossa suhteellisen tavallinen, koska kaikenlaisiin vaipeihin liittyvän ylenmääräisen huolen vuoksi yleistyneestä ahdistuneisuudesta kärsivät henkilöt hakeutuvat lääkärin vastaanotolle. Jos vaipeille ei löydy ruumiillista selitystä, tarkemman ahdistusoireiden kartoituksen voi aloittaa kysymällä: ”Oletteko viime aikoina kärsinyt jatkuvasta huolestuneisuudesta, jännittyneisyydestä tai ahdistuneisuudesta?”

Kuten muissakin ahdistuneisuushäiriöissä, lääkehoidon ensisijaisena vaihtoehtona ovat serotoniinin takaisinottoa estävät masennuslääkkeet tai kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia. Masennuslääkkeistä sekä selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät että kaksoisvaikutteiset masennuslääkkeet, kuten venlafaksiini, sopivat yleistyneen ahdistuneisuuden hoitoon. Psykoterapiassa keskeistä on ahdis-

tusta aiheuttavien tilanteiden ja ajatusten kartoittaminen, niihin liittyvien ajatusvääristyminen analysoiminen ja muuttaminen erilaisten harjoitusten avulla sekä rentoutusharjoitukset.

Kirjallisuutta

- Connor K, Kobak KA, Churchill LE, Katzelnick DJ, Davidson JRT. Mini-SPIN: a brief screening assessment for generalized social anxiety disorder. *Depression and Anxiety* 2001;14:137–140.
- Fricchione G. Generalized anxiety disorder. *New England Journal of Medicine* 2004;351:675–682
- Fröjd S, Kaltiala-Heino R, Ranta K, von der Pahlen B, Marttunen M. Nuorten ahdistuneisuus ja päihteiden käyttö. Tietoa vanhemmille ja nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2009.
- Isometsä E. Paniikkihäiriö. Teoksessa Lönnqvist J, Heikkinen M, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T (toim.) *Psykiatria*. 6. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 2008, 223–237.
- Koponen H, Lepola U. Yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön tarvitaan aiempaa tehokkaampia hoitomuotoja. *Lääkärilehti* 2007;43:3989–3992.
- Koponen H. Yleistynyt ahdistuneisuus. Teoksessa Lönnqvist J, Heikkinen M, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T (toim.) *Psykiatria*. 6. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 2008, 256–260.
- Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein MB. Panic disorder. *Lancet*. 2006;368(9540):1023–32.
- Saarni SI, Suvisaari J, Sintonen H, Koskinen S, Aromaa A, Lönnqvist J. Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey. *The British Journal of Psychiatry* (2007) 190: 326–332.
- Stein MB, Stein DJ. Social anxiety disorder. *Lancet* 2008;371:1115–1125.
- Taiminen T. Sosiaalisten tilanteiden pelon hoito. *Duodecim* 1998;114:73–79.
- Tilli V, Suominen K, Karlsson H. Paniikkihäiriön hoito perusterveydenhuollossa. *Duodecim* 2008;124:993–999.

6 UNIHÄIRIÖT

Terve henkilö nukahtaa tavallisesti alle puolessa tunnissa, on yön aikana valveilla vajaat puoli tuntia ja virkistyy yöunestaan. Uni on terveydentilan ja hyvinvoinnin herkkä mittari. Yleisin unihäiriö on unettomuus. Unettomuus on hyvin tavallinen oire: 30 prosenttia aikuisista on kärsinyt vuoden aikana unettomuudesta vähintään kolmena yönä viikossa ja 10 prosenttia on potanut unettomuutta yli kuukauden. Nuorilla unettomuus ja sitä seuraava väsymys tavallisesti johtuvat liian myöhäisestä nukkumaanmenon ajankohdasta, epäsäännöllisestä nukkumisrytmistä, liiallisesta alkoholin tai kofeiinipitoisten juomien käytöstä tai niukasta liikunnasta. Aikuisilla unihäiriöt johtuvat useimmiten elämäntilanteen muutoksista, stressistä, päihteiden käytöstä tai mielenterveyden häiriöistä. Unettomuus on tavallisempaa naisilla kuin miehillä, vanhuksilla kuin nuorilla ja alemmissa kuin ylemmissä sosiaaliluokissa.

Unettomuus

Unettomuus tarkoittaa kyvyttömyyttä nukkua. Uneton nukkuu vuorokauden aikana määrällisesti, tunneissa ja minuuteissa mitattuna tavallista vähemmän, ja unetoman nukkuma uni on aina myös laadultaan normaalia huonompaa.

Arviolta kolmasosa suomalaisista aikuisista on kärsinyt vuoden aikana unettomuudesta kolmena yönä viikossa ja joka kymmenes on potanut sitä yhtäjaksoisesti yli kuukauden. Unettomuus on kiusallinen, usein voimavaroja ehdyttävä vaiva. Uneton ei virkisty unestaan, vaan kärsii väsymyksestä, mikä voi aiheuttaa hänelle haittaa monilla tärkeillä elämän alueilla. Pitkään jatkunut unettomuus saattaa johtaa masennukseen tai altistaa päihteiden haitalliselle käytölle. Unettomuus saattaa olla lisäksi merkittävä vaaratekijä niille henkilöille, joiden työtehtävät ja toimet vaativat hyvää vireystasoa, pitkäjänteistä tarkkaavuutta, huolellista keskittymistä ja nopeaa päätöksentekoa.

Liikaunisuus

Liikauninen nukkuu vuorokauden aikana normaalia enemmän. Liikauninen ei virkisty nukkumastaan unesta ja kärsii uneliaisuudesta. Liikaunisuuden pääasiallisena vaivana onkin liiallinen väsymys. Liikaunisuus voi ilmentyä vaikeutena olla hereillä myöhään illalla tai herätä aikaisin aamulla tai vaikeutena pysyä hereillä päivän aikana.

Arviolta 5 prosenttia aikuisista ja 15 prosenttia nuorista kärsii liikaunisuudesta. Noin puolella liikaunisista oireen taustalla on mielenterveyden häiriö. Masentuneilla nuorilla liikaunisuus on unettomuutta yleisempi oire. Aikuisilla liikaunisuus on tavallista lievässä masennustilassa, mutta sitä vastoin vaikeassa masennustilassa unettomuus on hallitseva oire. Liikaunisuus on yksi keskeisistä niin epätyypillisen masennuksen kuin kaamosmasennuksen tunnusmerkeistä ruokahalun kasvun, hiilihydraattinälän ja lihomisen ohella. Pitkäaikaisessa masennuksessa ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusvaiheessa tavataan usein oireena myös liikaunisuutta.

Tunnistaminen ja seulonta

Tutkittaessa yleisintä unihäiriötä, unettomuutta, aluksi on selvitettävä, kuinka paljon ja mihin vuorokaudenaikaan henkilö nukkuu ja paljonko hän on aiemmin tarvinnut unta virkistyäkseen ja pysyäksään päivisin virkeänä. Lyhytunisuus (yöuni < 6 tuntia) tai pitkäunisuus (yöuni > 9 tuntia) ei ole sairautta, jos henkilön kyky toimintaan säilyy hyvänä.

Tilapäinen, yksittäisinä öinä ilmenevä unettomuus voi johtua elintavoista, muun muassa stressistä, tai ohimenevästä uni-valverytmin häiriöstä, kuten aikaerolennon aiheuttamasta rasituksesta. Tällaiseen unettomuuteen ei välttämättä tarvita lainkaan hoitoa, koska se lähes aina paranee nopeasti itsestään.

Lyhytaikainen (alle kuukauden kestävä) unettomuus liittyy usein elämäntilanteen huoliin, kuten vakavaan sairastumiseen tai suruun. Tällaiseen unettomuuteen voidaan tarvita joko lääkkeitöntä tai lääkehoitoa. Unettomuus saattaa nimittäin myös pitkittyä, vaikka raskas elämäntilanne olisikin jo onnistuneesti ohitettu.

Pitkäaikaisen unettomuuden taustalla on useimmiten jokin mielenterveyden häiriö tai päihderiippuvuus. Pitkäaikaisesti unettomista 92 prosenttia sairastaa ainakin yhtä mielenterveyden häiriötä, 55 prosenttia persoonallisuushäiriötä ja 28 prosenttia ainakin yhtä elimellistä sairautta. Tavallisin syy pitkäaikaiseen (yli kuukauden kestävään) unettomuuteen on masennus. Kuten muutkin ihmiset myös masentunut voi kärsiä tilapäisestä tai lyhytaikaisesta unettomuudesta.

Pitkäaikaisille unihäiriöille erityisen alttiin väestöosan muodostavat oppimishäiriöistä kärsivät lapset ja nuoret sekä dementiaista sairauksista kärsivät aikuiset ja vanhukset. Pitkäaikaisesta unettomuudesta kärsiviä on kannustettava

säännölliseen elämänrytmiin ja terveellisiin elintapoihin. Heitä olisi neuvottava mahdollisuuksiensa mukaan harrastamaan säännöllisesti kuntoliikuntaa, nauttimaan kahvia ja alkoholia kohtuullisesti sekä välttämään tupakointia.

Elintavat vaikuttavat nukkumiseen. Uni häiriintyy herkästi: nukkumisrytmin epäsäännöllisyys, liiallinen alkoholin tai kofeiinipitoisten nautintoaineiden käyttö ja liikunnan verottavat yöunta. Lääkärin vastaanotolla unettomuuden yleisimmät syyt ovat ahdistuneisuus ja masennus. Ne jäävät yleislääkärin vastaanotolla myös yleisimmin tunnistamatta unettomuuden syinä. Hoidon tulee näissä tapauksissa ohjautua näiden perushäiriöiden käyvän hoidon mukaan.

Jos uneton lääkäriin vastaanotolla valittaa pelkästään unettomuutta ja vastaa kieltävästi ahdistuneisuutta ja masennusta luotaaviin kysymyksiin, on tärkeää tehdä havaintoja sanattomasta viestinnästä ja tarkastella masennustilan mahdollisuutta niistä oireista käsin, joita henkilö saattaa pitää pelkästään seurauksena unettomuudesta. Hän voi esimerkiksi pelätä unenpuutteen johtavan mielenterveyden romahtamiseen tai jopa kuolemaan. Unettomuus voi joskus olla myös ensioire mielenterveyden häiriöstä, jossa henkilön todellisuudentaju on heikentynyt.

Unettomuuden alun mahdollisimman tarkka ajoittaminen saattaa tarjota selityksen oireen syistä. Joskus pitkään kestävä unettomuuden laukaisee vakava psyykkinen trauma, esimerkiksi hallinnan menettämisen kokemus onnettomuudessa tai joutuminen rikoksen uhriksi, jota kokemusta henkilö ei pysty käsittelemään sanallisesti. Joskus kokemus on niin tuskallinen tai häpeällinen, että se tulee esiin vasta luottamuksellisen hoitosuhteen hitaasti kehittyessä. Unisisältöjen kysyminen on sikäli merkittävää, että unettomuus ja päiväväsymys voivat olla seurausta toistuvista painajaisunista, joita esiintyy runsaasti ja usein muun muassa traumasaperäisen stressihäiriön oireena.

Uni-valvepäiväkirja (ks. seuraava aukeama) on kätevä keino, kun halutaan tarkastella nukahtamista helpottavia ja sitä estäviä seikkoja. Sen avulla on myös mahdollista arvioida, miten virkeäksi henkilö olonsa tuntee huonosti tai hyvin nukutun yön jälkeen, miten monta tuntia yöunta hän tarvitsee virkistyäkseen valvomisen rasituksista ja mihin vuorokauden aikaan hänen yönensä luontevasti ajoittuu.

Pitkäaikaisen unettomuuden hoidon aloittamisella ei ole niin kiire, että uni-lääkehoito pitäisi aloittaa välittömästi. Sen sijaan pitkäaikaisesta unettomuudesta kärsivän nukkumista on syytä seurata hänen pitämänsä uni-valvepäiväkirjansa avulla noin kolmen viikon ajan, minkä jälkeen hänen hoitonsa voidaan suunnitella tarkemmin. Hoitoon voi kuulua niin lääkkeitöntä kuin lääkehoitoa. Unettomuuden syytä on kuitenkin aktiivisesti etsittävä.

Neuvonta, jonka tavoitteena on kohentaa nukkumisen ulkoisia edellytyksiä, ei ole riittävän tehokasta pitkäaikaisen unettomuuden ainoana hoitokeinona, mutta sen voi hyvin liittää osaksi muuta hoitoa. Tästä neuvonnasta käytetään nykyisin nimitystä unihuolto, aiemmin se tunnettiin nimellä unihygienia. Sillä pyritään muuttamaan henkilön omaksumia mutta nukahtamista estäviä käyttäytymistapoja ja palauttamaan hänen uni-valverytminsä mahdollisimman säännölliseksi.

Kirjallisuutta

Unettomuuden hoito. Duodecim 2008; 124: 1782–1794.

Internet

www.kaypahoito.fi – Käypä hoidon sivusto
www.sus.fi – Suomen Unitutkimusseuran sivusto
www.terveysportti.fi – Terveysportin sivusto
www.terveyskirjasto.fi – Terveyskirjaston sivusto
www.terveysuomi.fi – TerveSuomen sivusto
www.uniliitto.fi – Uniliiton sivusto

7 ITSETUHO

Koska itsemurhaa usein edeltää itsemurhan yritys, itsemurhia tutkimalla voimme saada tietoa myös itsemurhan yrityksistä. Usein miesten ja naisten itsemurhien taustat poikkeavat toisistaan. Siten myös itsemurhan yritykset voivat olla taustoiltaan erilaiset naisilla ja miehillä. Suomessa itsemurhakuolemia on tilastoitu 1700-luvulta alkaen ja itsemurhakuolleisuutta on voitu seurata melko luotettavasti 1920-luvulta lähtien. Itsemurhayritysten seuranta on ollut vaikeampaa, sillä kaikki yritykset eivät tule aina edes läheisten tietoon eivätkä kirjatuiksi tilastoihin. Arviolta 44 ihmistä 100 000 ihmisestä yrittää itsemurhaa ja joutuu sen jälkeen sairaalahoitoon. Joka vuosi itsemurhaa yrittää 2 000–2 400 ihmistä. Heistä joka kolmas tulee yrittämään uudelleen ja joka kymmenes kuolee sitä yrittäessään. Suomessa itsemurhan yrityksen riski on suurimmillaan 20–40-vuotiailla.

Yhtä syytä itsemurhan yritykselle ei useinkaan ole, vaan kyse on useammas- ta pitkäaikaisesta ja samaan aikaan mieltä rasittavasta asiasta. Niitä voivat olla vastenmielisten ajatusten tai tilanteiden kanssa kamppailu ristiriitaisin ja epävarmoin tuntein esimerkiksi ansiotyöstä poissaolon aikana, parisuhteesta eroamisen jälkeen tai matalan koulutustason seurauksena. Menetyksen tunteet elämänmuutoksissa voivat herättää toiveen tai halun kuolla.

Tunnistaminen

Vain pieni osa itsemurhista tapahtuu ilman varoitusta. Jokaiseen itsemurhan yritykseen tulee suhtautua vakavasti ja jokaista yritystä on pidettävä itsemurhan varoituksena. Useimmat ihmiset, jotka haluavat tappaa itsensä, pyrkivät kertomaan aikeistaan. Se, miten kukin heistä tämän viestin antaa, on ainutkertaista eikä kaavamais- ta.

Aiemmat itsemurhayritykset, lähipiirin itsemurhat ja mielenterveyden häiriöt, huono sosioekonominen asema, yksin asuminen tai avoliitto, työttömyys ja miessukupuoli on tunnistettu itsemurhan riskitekijöiksi. Mielenterveyden häiriö, etenkin masennustila, on yksi vahvimista itsemurhan taustalla olevista yleisistä riskitekijöistä.

Lisäksi kulttuurin ilmapiirillä ja yhteiskunnan yleisillä olosuhteilla sekä hoitojärjestelmän toiminnalla on oma vaikutuksensa, joka voi tarjota suojaa itsemurhan riskitekijöitä vastaan. Itsemurha on syiltään yksilöllinen tapahtuma, joka koskettaa syvästi läheisiä ihmisiä. Itsemurhan juuret saattavat juontaa kaukaa henkilön taustasta, vaikka useimmiten on löydettävissä myös ajankohtaisia selittäviä tekijöitä.

Tappavien välineiden saatavuudella ja tiedonvaihdon antamalla kaikupohjalla on myös merkitystä. Ampuma-aseiden tai myrkyllisten aineiden saatavuudella on todettu olevan vaikutusta itsemurhien määrään. Siten niiden saannin ja käytön rajoittaminen voi vaikuttaa itsemurhakuolleisuuteen ja itsemurhan yrityksiin. Tiedotusvälineiden tapa uutisoida itsemurha voi lisätä kuolemia tarjoamalla itsemurhaa aikovalle tai sitä jo yrittäneelle samastumiskohteen. Siten median kanssa sovittu maltillinen menettelytapa itsemurhien uutisoimisesta on johtanut itsemurhakuolleisuuden pienentymiseen esimerkiksi Itävallassa.

Kasvavan ja korkean itsemurhakuolleisuuden takia Suomessa vuonna 1986 käynnistettiin itsemurhien kansallinen ehkäisyprojekti ensimmäisenä maailmassa. Se johti ohjelmaan ja suosituksiin vuonna 1991 ja vuosina 1992–1996 käytännön tasolla monipuolisiin toimenpiteisiin itsemurhien ehkäisemiseksi. Sosiaali- ja terveyspalvelut ovat asiassa tärkeä mutta eivät ainoa toimija.

Ennaltaehkäisy

Kansallisilla itsemurhien ehkäisyohjelmilla on eri maissa onnistuttu vähentämään itsemurhia. Itsemurhariskin parempi tunnistaminen ammattihenkilöstön toimesta ja tekovälineiden saatavuuden rajoitukset ovat olleet keskeisiä vaikutuskeinoja. Itsemurhan ehkäisyn kulmakivi Suomessa on ollut se, että masennus havaitaan, masentuneelle tarjotaan tarpeellinen tuki ja jokainen vakavasti masentunut saa tehokkaan ja monipuolisen hoidon. Alkoholinkäytön kehittyminen elämänongelmien ratkaisuksi tulisi välttää ja sen tilalle saada selviytymistä paremmin tukevia keinoja. Myös ruumiillisten sairauksien hoitokäytäntöihin tulisi lisätä henkistä ja sosiaalista tukea.

Siihen, että ihminen yrittää itsemurhaa uudelleen, vaikuttaa moni asia. Luonnollisesti sillä seikalla, saiko hän apua ensimmäisen yrityksensä jälkeen ja auttoi-ko se häntä, on merkitystä. Samoin itsemurhaa yrittäneen mahdollisen mielenterveyden häiriön vaikutus korostuu uuden itsemurhayrityksen syynä. Sairauden hyvä hoito voi siten myös ehkäistä uusia itsemurhan yrityksiä. Tästä ei kuitenkaan ole varmaa tietoa. Itsemurhaa yrittäneet tulevat sairaalaan useimmiten myöhään illalla tai puolenyön molemmin puolin. Tällöin heidän välitön tilanteensa kyllä arvioidaan, mutta jatkohoito jää valitettavan usein suunnittelematta.

Erilaiset kriisipsykologiset keinot, kuten auttavat puhelimet ja kriisikeskukset, voivat tarjota hädän hetkellä tarpeellisen ja riittävän tuen, jota ilman ihmisen selviytymisestä tulisi liian raskasta. Terveyttä suojaavien psykologisten selviytymistai-

tojen opettamisen on osoitettu suojaavan nuoria itsemurhalta. Siten nämä eräänlaiset psykologiset ensiapukurssit voivat olla hyödyksi myös itsemurhan yritysten estämiselle.

Itsemurhien ennaltaehkäisyyn 7 perusviestiä ovat:

1. Jokainen itsemurhaa yrittänyt saa niin tehokasta apua kuin suinkin mahdollista.
2. Masennus havaitaan, masentuneelle tarjotaan tarpeellinen tuki ja jokainen vakavasti masentunut saa tehokkaan ja monipuolisen hoidon.
3. Alkoholinkäytön kehittyminen elämänongelmien ratkaisuksi vältetään ja tilalle saadaan selviytymistä paremmin tukevia keinoja.
4. Ruumiillisten sairauksien hoitokäytäntöihin lisätään psyykkistä ja sosiaalista tukea.
5. Elämäkriisissä on saatavilla tukea läheisiltä ja tarpeen tullen myös ammatti-
auttajilta.
6. Nuorten miesten syrjäytymisriski vältetään, ja riskitilanteessa olevalle turvataan selviytymisen ja omanarvontunnon kehittämisen mahdollisuus.
7. Kasvatuksen ja kulttuurin ilmapiirissä vähennetään syyllistämistä, leimaamista ja rankaisevuutta sekä lisätään elämänuskoa, rohkeutta, itsetuntoa, yritteliäisyyttä ja keskinäistä tukea.

Itsemurhan yrityksen jälkeen ihminen voi nähdä tilanteensa erilaisena. Pakonomainen tarve kuolla on saattanut kadota. Vahva halu kuolla voi hävitä itsemurhan yrityksen jälkeen, kun maailma näyttäytyy ihmiselle uusin silmin. Samoin välinpitämätön tunne oman elämän suhteen voi helpottaa ja henkilön aiemmin tärkeiksi kokemat asiat voivat alkaa jälleen kiinnostaa ja tuottaa iloa sekä mielihyvää. Suurin osa itsemurhaa yrittäneistä ei ole täysin varma, halusivatko he todella kuolla. Ne ihmiset, joiden aie itsemurhaan ja halu kuolla on ollut hyvin vahva, pyrkivät pakenemaan ongelmia, mistä myös itsemurhan yritys saattaa kertoa. Ne ihmiset, joiden aie on ollut lievempi ja joilla ei ole ollut vahvaa halua kuolla, pyrkivät puolestaan vetoamaan muihin ja saamaan eräänlaisen aikalisän ongelmiansa keskellä. Ne ihmiset, jotka yrittävät itsemurhaa uudelleen, kertovat vaikuttimikseen paon ja vetoimuksen ohella usein myös koston.

Itsemurhan yrityksen jälkihoito ja itsemurhakuoleman ehkäisy ovat yhteiskunnallemme isoja haasteita. On syytä paneutua entistä tarkemmin jo tunnettujen riskitekijöiden yksilölliseen ja alueelliseen huomioimiseen sekä miehillä että naisilla. Käytännön työn kulmakivenä on auttaa niitä henkilöitä, joille joko elämäntilanteen tai sairauden takia ylivoimaiseksi koettu henkinen rasitus on aiheuttanut vaaran elämälle.

Yleiset masennusoireet eivät nuorilla ole suora selitys itsemurhayrityksille. Pojilla synkän ennusteen selittäjinä olivat lapsuuden perheen hajoaminen ja käyttäytymisen poikkeavuuksina ilmenevä henkinen pahoinvointi. Pahoinvoinnista

kertovat käytöshäiriöt, jotka koulun opettajat saattavat ensimmäisinä huomata, ja vaikeudet hallita tunnetilaansa tai pysyä tarkkaavaisena, mikä ilmenee väkivaltaisuuksina tai ylivilkkautena. Yhtenä ilmiönä tästä on poijilla se, että he usein kiusaavat toisia. Usein kiusaajat ovat vakavasti masentuneita, ja ne pojat, jotka ovat sekä kiusaajia että kiusattuja, ovat tavallista suuremmassa vaarassa sairastua vakavaan masennustilaan. Tyttöillä synkkää ennustetta ei selittänyt mikään poikien kohdalla edellä mainituista seikoista. Sen sijaan usein kiusatuksi tuleminen ennakoivat tytöillä tulevia niin itsemurhan yrityksiä kuin itsemurhia. Nuorten itsetuhoisen käyttäytymisen tunnistamista ja kohtaamista käsittelevästä oppaasta löytyy lisätietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille.

Itsemurhan yritystä ennakoivat seikat muuttuvat ihmisen varttuessa. Nuorilla aikuisilla päivittäisen tupakoinnin aloittaminen ja tavallista vakavammasta masennusoireet ennakoivat kolmen vuoden aikana pysyviä itsemurhan ajatuksia. Iän myötä kertyvät elämäntilanteisiin liittyvät rasitukset voivat tuoda esille myös itsemurhan ajatuksia. Aikuisilla mielenterveyden vakavat häiriöt ja masennustilat kaksinkertaistavat itsemurhan yrityksen riskin. Se, johtaako ajatus itsemurhan yritykseen, riippuu useammasta kuin yhdestä asiasta. Umpikujassa olemisen tai epätoivon tunteet ja taipumus toimia ennen harkintaa madaltavat kynnyksiä ajatuksista tekoihin. On tilanteita, joissa ihmiset eri puolilla maailmaa kokevat epätoivoa yleensä hyvin samalla tavalla, mutta se, minkä ihminen kokee omaksi umpikujakseen, on lähes aina hyvin henkilökohtaista.

Kirjallisuutta

- Haarasilta L, Pelkonen M, Marttunen M. Nuorten itsetuhokäyttäytymisen tunnistaminen ja arviointi. Tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille. Kansanterveyslaitos, mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto, 2002. www.thl.fi.
- Hiltunen L, Partonen T, Haukka J, Lönnqvist J. Itsemurhakuolleisuuden käännekohdat Suomessa 1947–2006. *Duodecim* 2009; 125: 1802–1806.
- Itsemurhat Suomessa 1987 -projekti. Toteutus, aineisto ja tutkimustuloksia. Lönnqvist J, Aro H, Marttunen M, toim. Tutkimuksia 25. Stakes: Helsinki, 1993.
- Partonen T, Haukka J, Lönnqvist J. Itsemurhakuolleisuus Suomessa vuosina 1979–2001. *Duodecim* 2003; 119: 1827–1834.

8 PSYKKISET KRIISIT SEKÄ STRESSI- JA TRAUMAREAKTIOT

Noin 65–70 prosenttia länsimaiden väestöstä altistuu traumaattisille kokemuksille, kuten onnettomuuksille, läheisväkivallalle tai äkillisille menetyksille. Vaikka traumaattinen kokemus altistaa uhrin traumaperäisille stressioireille, noin kaksi kolmasosaa trauman kokeneista toipuu nopeasti eikä trauma muodosta uhkaa heidän mielenterveydelleen.

Osa trauman kokeneista oireilee alun sokkivaiheen jälkeen sopeutumishäiriöllä, kuten reaktiivisella masennuksella tai ahdistuneisuudella, jonka oirekuva ei kuitenkaan täytä mielenterveyshäiriön diagnostisia kriteerejä. Jo sopeutumishäiriötasoinen oireilu vaikuttaa toimintakykyyn ja saattaa lisätä itsetuhoisuutta erityisesti nuorilla. Osalla oireilu kehittyy edelleen varsinaiseksi masennukseksi tai ahdistuneisuushäiriöksi.

Traumareaktiot

Psykiatrisessa tautiluokituksessa (DSM-IV) on kaksi häiriötä, akuutti stressihäiriö (ASD, acute stress disorder) ja pidempikestoisempi traumaperäinen stressihäiriö (PTSD, posttraumatic stress disorder), jotka johtuvat poikkeuksellisen järkyttävän tapahtuman tai psyykkisen trauman kokemisesta. ASD on useimmiten ohimenevä mutta voimakas psyykinen reaktio poikkeuksellisen järkyttävän kokemuksen jälkeen. Oireista tulee olla merkittävää haittaa ja niiden tulee alkaa neljän viikon kuluessa traumaattisesta kokemuksesta. ASD ilmenee ahdistuneisuutena, autonomisen hermoston ylivirittyneisyytenä, takautumina tapahtumiin sekä vaikeutena yhdistää omia ajatuksia, tunteita ja muistoja mielekkääksi kokonaisuudeksi. Traumattisiin tapahtumiin liittyviä dissosiaatio-oireita (oman itsen ja ympäristön kokeminen vieraana tai outona) on raportoitu 31–66 prosentilla uhreista.

Äkillinen stressihäiriö ennustaa myöhemmän posttraumaattisen stressihäiriön eli traumaperäisen stressireaktion (PTSD) kehittymistä. Traumaperäinen stressireaktio on häiriö, joka voi kehittyä kuoleman uhan, vakavaan loukkaantumisen tai oman tai läheisten fyysisen koskemattomuuden vaarantumisen kokemisen seurauksena, tapahtuman ollessa poikkeavan järkyttävä. Oireyhtymässä erotellaan

kolme pääryhmää: 1) traumaattisen tapahtuman toistumisen kokemukset ahdistavana, 2) elämänlaatua heikentävä välttämiskäyttäytyminen ja tunnereaktioiden turtuminen sekä 3) unihäiriöinä ja ahdistuneisuutena ilmenevä vireyden voimistuminen. Diagnoosi edellyttää oireiden jatkumista vähintään kuukauden ajan.

Äkillinen stressihäiriö ja traumaperäinen stressireaktio ovat toisaalta saman ilmiön jatkumoa, edellisen kesto on määritelmässä rajattu kuukauteen. Traumaperäinen stressireaktioon liittyy usein muita samanaikaisia mielenterveyden häiriöitä, tavallisimmin mielialahäiriö, muu ahdistuneisuusryhmän häiriö, päihdehäiriö, somatoforminen (elimellisoireinen) häiriö ja erityisesti alaikäisillä käytöshäiriö. Mielenterveyshäiriöt voivat olla traumatisoitumiseen altistavina tekijöinä, toisaalta traumatisoituminen lisää muiden mielenterveyshäiriöiden puhkeamista. Nuorilla traumaperäisten stressihäiriöiden diagnostiset kriteerit ovat samat kuin aikuisilla, kuitenkin erityisesti välttelyn ja turtumuksen oireryhmän kriteerit voivat jäädä täyttymättä.

Lasten ja nuorten traumatapahtuman seurauksia arvioitaessa on otettava huomioon ajankohtaiset kehitystehtävät ja kehitysvaiheet, sillä trauman vahingollisuus ilmenee osaltaan normaalin kehityksen vaikeutumisen kautta. Pienellä lapsella traumareaktiot saattavat tulla esiin erilaisina pelkotiloina, kuten eroahdistuksena, voimakkaana vierastamisena tai unihäiriöinä. Trauman jälkeiset leikit, joissa lapsi toistelee pakonomaisesti tilanteeseen liittyviä tapahtumia, saattavat olla tavallisia. Opiteissa taidoissa, kuten kuivaksi oppimisessa, voi tulla taantumista. Nuorilla läheisten ihmissuhteiden merkitys trauman luoman turvattomuuden olosuhteissa korostuvat, vaikka perheestä itsenäistyminen kuuluukin olennaisesti nuoruusiän kehitykseen. Traumaattiset kokemukset vaikeuttavat emotionaalista säätelyä ja ilmaisua ja saattavat vaikuttaa negatiivisesti nuoruusiän ystävyys-suhteisiin.

Syntyyn vaikuttavia tekijöitä

Traumaperäisen stressireaktion syntyyn vaikuttavia tekijöitä ei toistaiseksi tunneta. Suurelle osalle hyvinkin järkyttävän tapahtuman kokeneista sitä ei kehity, osalle taas kehittyy vakavia oireita jo suhteellisen tavallisen tapahtuman jälkeen.

Tavallisimpia traumaperäisen stressireaktion kehittymiseen johtaneita kokemuksia ovat suuronnettomuudet, sota- ja terrorismikokemukset, väkivallan kohteeksi joutuminen tai väkivallan näkeminen, naisilla erityisesti raiskaukset. Traumaperäisen stressihäiriön ilmaantuvuudeksi eliniän aikana on arvioitu 1–3 prosenttia, lisäksi 5–15 prosenttia väestöstä kokee tilan lievempiä ilmenemismuotoja. Lapsella ja nuorella trauman jälkeisen stressihäiriön kehittymiseen vaikuttavat ennen kaikkea tapahtuman vakavuus, sen fyysinen etäisyys lapseen ja tämän lähiympäristöön sekä vanhemman reaktio tilanteeseen. Trauman vakavuus ja subjektiivinen läheisyys vaikuttavat stressioireiden määrään ja voimakkuuteen. Perheen

antama tuki ja vanhemman hyvä selviytyminen tilanteessa ja sen jälkeen suojaavat lasta ja nuorta traumaperäisen stressireaktion kehittymiseltä.

Riskitekijät

Vaikka aikaisemmat traumaattiset tapahtumat ja psykiatriset häiriöt ovat PTSD:n merkittävimpiä riskitekijöitä, tila voi kehittyä myös ilman aikaisempaa psyykkistä oireilua. Tunnettuja riskitekijöitä ovat naissukupuoli, aikaisempi traumatisoituminen tai vaikeat elämäntapahtumat, alhainen sosioekonominen asema, kouluvaikeudet, käyttäytymisen ongelmat tai häiriöt ja aikaisemmat mielenterveyden häiriöt. Traumatapahtumaan itseensä liittyviä riskitekijöitä ovat trauman vakavuus ja erityisesti sen koettu uhkaavuus tai sen aiheuttamat voimakkaat tunne-elämykset, dissosiativiset oireet ja traumaan liittyvien yksityiskohtien unohtaminen.

Taudinkulku

Traumaperäisen stressihäiriön kulku ja ennuste ovat hyvin vaihtelevia. Erittäin vakavan trauman jälkeen valtaosalla on ASD- tai PTSD-oireita päivien tai viikkojen ajan. Noin puolella traumaperäistä stressihäiriötä potevista oireet lievittyvät itsestään ensimmäisten kolmen kuukauden aikana ilman erityisiä hoitotoimenpiteitä ja häviävät lähes kokonaan 1–3 vuodessa. Kuitenkin noin kolmasosalle jää useita vuosia kestävä oireyhtymä. Kulttuurisilla tekijöillä saattaa olla vaikutusta oireiden muotoon. Lapsilla ja nuorilla erityisesti trauman akuuttivaiheessa tunkeutuvat, välttelevät ja ylivirittyneet oireet ovat tavallisia. Suurella osalla (noin 42–75 %) oireet kuitenkin vähitellen helpottuvat. Viivästynyttä oireilua todetaan noin viidellä prosentilla, pienellä osalla vasta kuukausien tai vuosien jälkeen.

Nuorten kroonisessa oireilussa dissosiativiset piirteet (kuten persoonan hajoamisen tuntemukset), itsetuhoisuus, päihdehakuisuus, syömishäiriöt, käytöshäiriö ja aggressio ovat yleisiä, erityisesti kun taustalla on pitkittynyt tai toistuva traumatisoituminen. Oireilu saattaa olla yhteydessä epävakaan persoonallisuushäiriön kehittymiseen erityisesti seksuaalisen trauman kokeneilla nuorilla.

Arviointi ja tuki

Alkuvaiheessa on oleellista yksilöllinen tuen tarpeen kartoittaminen. Vakavien somaattisten vammojen hoito on etusijalla. Tapahtuman jälkeen sosiaalisella tuella on suuri merkitys toipumiselle. Haastatteluissa apuna voidaan käyttää erilaisia oirekyselyitä (esim. TSQ, IES-22 tai CRIES-13, PTSD Käypä hoito-suositus). Ar-

vioinnissa tulee huomioida riskitekijöiden kasaantuminen ja mahdollinen toistuva traumatisoituminen sekä mahdolliset muut samanaikaiset mielenterveyshäiriöt.

Traumatisoituneen omia ja lähipiirin voimavaroja on pyrittävä tukemaan ja pitämään olosuhteet turvallisina. Samassa tilanteessa olevia voidaan koota yhteen ja hyödyntää ryhmän tukea. Aikuisen läsnäolo sekä valmius vastata – keskusteluun pakottamatta – lapsen tai nuoren esiin nostamiin kysymyksiin on tärkeitä. Tavallisista ja poikkeavista psyykkisistä reagoitavoista on tärkeitä kertoa. On myös hyvä selvittää mistä apua ja tukea tarvittaessa saa. Henkilöiden omia selviytymiskeinoja ja arkeen palaamista on tuettava (voimaannuttaminen). Toivoa on ylläpidettävä realistisella tasolla.

Yhden tapaamisen debriefingille ei ole tutkimusnäyttöä nuorten traumapepäisten häiriöiden estossa, eikä sitä voi suositella. Joskus terveydenhuollosta käsin on otettava yhteys lastensuojeluun alaikäisen elinympäristön turvaamiseksi. Valtaosalla nuorista toipuu traumaattisista tapahtumista omin ja läheisten voimin, eivätkä he tarvitse psykiatrista hoitoa. Toisaalta traumatapahtuman jälkeen psyykkisen tuen piiriin hakeutuu itse vain osa hoidon tarpeessa olevista nuorista. Traumaattisen tapahtuman jälkeen nuoren yleistä psyykkistä toimintakykyä on tärkeitä seurata suunnitellusti muutamia kuukausia, vaikka varsinaisen mielenterveyden häiriön merkkejä ei olisikaan havaittavissa. Oireet voivat alkaa viiveellä, mutta tyypillisimmin kolmen kuukauden kuluessa. Erityisesti muutokset toimintakyvyssä aikaisempaan nähden tulisi huomioida.

Kirjallisuutta

- AACAP. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37(10 Suppl):4S–26S.
- APA. American psychiatric association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 2000, 463–472.
- Flaherty L. Trauma and adolescence II: The impact of trauma. *Adolescent psychiatry: Developmental and clinical studies*. New York, NY: The Analytic Press/Taylor & Francis Group, 2003, 165–200.
- Henriksson M, Lönnqvist J. Psykiatria. Psykkiset kriisit, sopeutumishäiriöt ja stressireaktiot: Psykiatria, 5. korjattu painos. Helsinki: Duodecim, 2007: 276–305.
- NICE. Post-traumatic stress disorder, the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. London: Royal College of Psychiatrists and British Psychological Society, 2005.
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työ-ryhmä. Käypä hoito -suositus: Traumaperäiset stressireaktiot ja -häiriöt, 2009.

9 SYÖMISHÄIRIÖT

Syömishäiriöt ovat yleisiä mielenterveysongelmia erityisesti murrosikäisillä tytöillä ja nuorilla naisilla. Tavallisimpia syömishäiriötä ovat laihuushäiriö (anorexia nervosa) ja ahmimishäiriö (bulimia nervosa).

20–35-vuotiaista suomalaisnaisista noin kaksi prosenttia on sairastanut anoreksiaa jossain elämänsä vaiheessa, ja bulimiam on sairastanut myös noin 2 prosenttia nuorista suomalaisnaisista. Lisäksi noin kahdella prosentilla on jossain vaiheessa ollut epätyypillinen syömishäiriö, johon liittyy merkittävästi häiriintynyt syömiskäyttäytyminen ja joko laihuus- tai ahmimishäiriön muita oireita ilman, että kyseisten häiriöiden diagnostiset kriteerit kuitenkaan täyttyisivät. Miehillä syömishäiriöt ovat kymmenen kertaa harvinaisempia kuin naisilla.

Laihuushäiriöön tai ahmimishäiriöön sairastuminen nuoren aikuisuuden jälkeen on harvinaista. Keski-ikäisillä yleistyvä epätyypillisen syömishäiriön alamuoto on ahmintahäiriö (binge-eating disorder), johon kuuluu usein toistuvia ahmintajaksoja mutta ei käyttäytymistä, jolla ruoan lihottava vaikutus yritettäisiin välttää. Käytännössä ahmintahäiriö johtaa usein vaikeaan lihavuuteen. Tässä katsauksessa keskitytään syömishäiriöiden tunnistamiseen kouluikäisillä ja nuorilla aikuisilla.

Laihuushäiriö

Laihuushäiriölle on tyypillistä huomattava laihuus, jonka taustalla on tarkoituksellinen laihduttaminen. Laihuutta arvioitaessa yli 15-vuotiailla käytetään painoindeksiä (body mass index = BMI = paino kiloina / (pituus metreinä) x 2). Laihuushäiriössä BMI on korkeintaan 17,5. Nuoremmilla painoa verrataan pituuden mukaiseen keskipainoon, ja laihuushäiriössä paino on vähintään 15 prosenttia alle pituuden mukaisen keskipainon.

Laihuushäiriöön sairastuneen ruumiinkuva on vääristynyt, ja hänen elämäänsä hallitsee pelko lihavuudesta ja lihomisesta. Laihuushäiriöstä kärsivä asettaa itselleen alhaisen painotavoitteen ja omaksuu sen saavuttaakseen niukat ja rituaalinomaiset ruokailutavat, joiden lisäksi henkilö saattaa lihomista välttääkseen käyttää

ulostuslääkkeitä, oksentaa tahallisesti, harrastaa liiallisesti liikuntaa sekä käyttää ruokahalua hillitseviä tai nestettä poistavia lääkkeitä. Voimakkaasta laihtumisesta aiheutuu laaja-alainen sisäeritystoiminnan häiriö, joka ilmenee naisilla kuukautisten puuttumisena ja miehillä seksuaalisen mielenkiinnon heikkenemisenä. Mikäli häiriö alkaa ennen murrosikää, murrosiän kehitys tyyppillisesti viivästyy tai pysähtyy. Laihuushäiriöstä toipumisen jälkeen murrosiän kehitys jatkuu normaalisti mutta tavallista hitaammin.

Ahmimishäiriö

Ahmimishäiriöön liittyvät toistuvat, muilta salatut ylensyömisjaksot, jolloin henkilö syö suuria ruokamääriä lyhyessä ajassa. Ahmimishäiriöstä kärsivän itsearvotus perustuu paljolti ulkonäköön ja painoon. Hän uskoo olevansa liian lihava tai pelkää lihovansa. Hänen ajatteluaan hallitsee syöminen ja voimakas halu tai pakonomainen tarve syödä, mikä johtaa ahmimiskohtauksiin. Toisaalta henkilö pyrkii estämään ruoan lihovattavat vaikutukset käyttämällä joitain seuraavista keinoista: itse aiheutettu oksentelu, ulostuslääkkeiden väärinkäyttö, ajoittainen paastoaminen tai ruokahalua hillitsevien lääkkeiden, kilpirauhaslääkkeiden tai nesteenoistolääkkeiden väärinkäyttö. Jotta ahmimishäiriöstä olisi kyse, on ahmintajaksoja oltava vähintään kahdesti viikossa vähintään kolmen kuukauden ajan.

Syömishäiriöille altistavat ja niitä laukaisevat tekijät

Syömishäiriöt ovat yleisimpiä länsimaissa, mihin vaikuttanee länsimaiseen kulttuuriin tällä hetkellä kuuluva laihuuden ihannoiti. Yksilöllisistä riskitekijöistä sekä perinnöllinen alttius että ympäristötekijät vaikuttavat syömishäiriön kehittymiseen. Tietyt persoonallisuuden piirteet voivat altistaa syömishäiriöille. Laihuushäiriölle altistavina piirteinä pidetään täydellisyyden tavoittelua, vaativuutta ja pakkoneuroottisuutta, bulimian taustalla on myös impulsiivisuutta. Perheenjäsenten välisillä suhteilla voi olla myös vaikutusta. Harrastukset, joihin liittyy painon säätely tai jossa alhaisella painolla on merkitystä, voivat myös altistaa syömishäiriön kehittymiselle.

Laukaisevana tekijänä syömishäiriön kehittymiselle on usein ankara laihduttaminen tai paastoaminen, joka puolestaan on saattanut saada alkunsa painoon kohdistuneesta kriittisestä kommentista. Nuoruusiän puberteettikehityksen alkaminen ja siihen sopeutumiseen liittyvät vaikeudet saattavat myös laukaista syömishäiriön kehittymisen, samoin traumaattiset tapahtumat.

Syömishäiriön varhainen tunnistaminen

Syömishäiriöiden tunnistaminen on vaikeampaa kuin muiden mielenterveysongelmien, ja viive oireiden alkamisesta syömishäiriön diagnosoimiseen on usein pitkä. Tämän vuoksi syömiseen liittyvistä ongelmista kannattaa kysyä murrosikäisiltä ja nuorilta aikuisilta osana koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon tarkastuksia. Syömishäiriö on syytä pitää myös mielessä, jos nuori hakeutuu hoitoon esimerkiksi epäselvien vatsavaivojen, gynekologisten ongelmien tai psyykkisen oireilun vuoksi. Vastaanotolla on silloin hyvä käydä läpi nuoren yleistä elämäntilannetta, ruokailutottumuksia, mielialaa ja liikuntaa.

Mikäli epäily mahdollisesta syömishäiriöstä syntyy, on nuori mitattava ja punnittava. Suositeltavaa on tehdä punnitukset aina ilman vaatteita, koska samalla nähdään mahdolliset kehon muutokset (silmämääräinen laihuus, ihon kunto, karvoitus, mustelmat). Paino ja kasvukäyrät ovat laihuushäiriötä epäiltäessä hyviä objektiivisia mittareita. Lisäksi nuoren ravitsemustila ja syömiskäyttäytyminen on selvitettävä huolella. Apuna voidaan käyttää ruokapäiväkirjan pitoa (esim. viikon ajan).

Varhainen puuttuminen ja puheeksi ottaminen voivat joskus riittää, ja lievät häiriöt voivat korjaantua muutaman neuvonta- ja seurantakäynnin aikana. Nuorelle on tärkeää antaa tietoa syömishäiriöistä ja niiden seuraamuksista sekä ohjata häntä terveelliseen, monipuoliseen säännölliseen syömiseen. Mikäli ongelma ei korjaannu tai paino laskee nopeasti, on perusterveydenhuollon konsultoitava erikoissairaanhoidon ja tarvittaessa lähetettävä nuori erikoissairaanhoidon arvioon ja hoitoon.

Kirjallisuutta

- Hautala L, Alin J, Liuksila P-R, Räihä H, Saarijärvi S. SCOFF-syömishäiriöseulan reliabiliteetti ja rakennevaliditeetti murrosikäisten koululaisten seulonnassa. *Duodecim* 2006;122:2137–2144.
- Käypä hoito -suositus. Lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoito. *Duodecim* 2002;118:856–866.
- Lähteenmäki S, Aalto-Setälä T, Suokas JT, Saarni SE, Perälä J, Saarni SI, Aro H, Lönnqvist J, Suvisaari JM. Validation of the Finnish version of the SCOFF questionnaire among young adults aged 20 to 35 years. *BMC Psychiatry* 2009;9:5.
- Morgan JF, Reis F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ* 1999;319:1467–1468.
- Morris J, Twaddle S. Anorexia nervosa. *BMJ* 2007;334:894–898.
- Ruuska J, Rantanen P. Syömishäiriöt ja nuoruusiän kehitys. *Suomen Lääkärilehti* 2007;48:4527–4532.
- Suokas, Muhonen, Viljanen. Syömishäiriöiden tunnistaminen ja hoidon pääperiaatteet. *Suomen Lääkärilehti* 2000;36:3557–3563.

SCOFF-seula

SCOFF-syömishäiriöseula on kehitetty syömishäiriöoireiden tunnistamiseen erityisesti perusterveydenhuollossa. Mittarissa on viisi kysymystä, jotka kartoittavat laihuus- ja ahmimishäiriöiden tavallisimpia oireita. Jokaisesta kyllä-vastauksesta annetaan yksi piste ja ei-vastauksesta nolla. Vastaaja saa siten yhteensä 0–5 pistettä. Seula voidaan antaa potilaan itsensä täytettäväksi tai kysymykset voidaan esittää tapaamistilanteessa.

1. Oksennatko tuntiessasi olosi epämiellyttävän kylläiseksi?
 - kyllä
 - ei
2. Pelkäätkö menettäväsi hallinnan siihen kuinka paljon syöt?
 - kyllä
 - ei
3. Onko Sinulla hiljattain ollut 3 kk kestänyttä jaksoa, jolloin laihdut yli kuusi kiloa?
 - kyllä
 - ei
4. Tunnetko itsesi lihavaksi, vaikka muiden mielestä olet liian laiha?
 - kyllä
 - ei
5. Hallitseeko ruoka mielestäsi elämääsi?
 - kyllä
 - ei

Pisteytys: Kyllä-vastauksista 1 piste, ei-vastauksista 0 pistettä. Summapistemäärä 2–5 viittaa syömiskäyttäytymiseen liittyviin ongelmiin, joita on syytä selvittää henkilön kanssa tarkemmin.

On erittäin harvinaista, että nolla pistettä saanut henkilö kärsisi syömishäiriöstä. Siten SCOFF:ia voi käyttää syömishäiriöiden poissulkemiseen. Eri tutkimuksissa 10–50 prosentilla niistä, jotka ovat saaneet seulassa vähintään 2 pistettä, on todettu syömishäiriö.

10 MIELENTERVEYS- JA PÄIHDETYÖN OHJELMAT

Suomessa on tällä hetkellä useita mielenterveys- ja päihdetyöhön liittyviä valtakunnallisia ohjelmia tai hankkeita. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma linjaa laaja-alaisesti mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä vuoteen 2015. Masto-hanke 2008–2011 pyrkii masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseen. Alkoholiohjelman uusi toimintakausi 2008–2011 jatkaa valtioneuvoston alkoholipolitiikasta tekemän periaatepäätöksen mukaisesti alkoholihaittojen vähentämiseen tähtäävä työtä. Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepoliittisesta yhteistyöstä painottaa huumausaineiden kysynnän ja tarjonnan ehkäisyä, haittojen vähentämistä, hoitoa ja rikoskontrollia. Seuraavassa on nostettu esille näistä ohjelmista erityisesti terveystalvueluita tai palvelujärjestelmää koskevat painotukset.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma vuoteen 2015

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelman taustalla on kasvava huomio mielenterveys- ja päihdeongelmien suuresta kansanterveydellisestä merkityksestä. Mielenterveyden häiriöihin liittyvä työkyvyttömyys on kasvanut, päihdeiden käyttö ja päihdeongelmat ovat yleistyneet, ja yhä useammalla on samanaikaisesti mielenterveys- ja päihdeongelmia. Mielenterveys- ja päihdepalveluiden erillisuus ja palveluntuottajien suuri kirjo on johtanut palveluiden hajanaisuuteen ja vaikeuttanut mielenterveys- ja/tai päihdeongelmista kärsivien kokonaisvaltaista hoitoa.

Sosiaali- ja terveysministeriön nimittämä työryhmä valmisteli kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman kansanedustajien tekemän aloitteen pohjalta. Suunnitelma julkaistiin vuonna 2009 (ks. tarkemmin www.thl.fi/mielijapaihde), ja siinä linjataan mielenterveys- ja päihdetyön kehittämistä ensimmäistä kertaa yhdessä vuoteen 2015. Suunnitelmassa esitetyt 18 ehdotusta on jaettu neljään teemaan: 1) mielenterveyden ja päihdeettömyyden edistäminen sekä ongelmien ehkäisy 2) mielenterveys- ja päihdeasiakkaiden aseman vahvistaminen 3) palvelujärjestelmän kehittäminen ja 4) mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi tarvittavat ohjauskeinot. Tarkempi toimeenpanosuunnitelma 2009–2015 julkaistaan syksyllä 2009.

Mielenterveyden ja päihteettömyyden edistämisen sekä ehkäisevän työn osalta suunnitelmassa on kolme painopistealuetta. Alkoholiveron korotuksella pyritään vähentämään alkoholin kokonaiskulutusta. Yksilöllisen hyvinvoinnin edistämisen ohella korostetaan yhteisöllisyyden ja osallisuuden lisäämistä hyvinvointia tukevien yhteisöjen vahvistamiseksi. Vanhempien mielenterveys- ja päihdeongelmien vuoksi riskissä olevien lasten tunnistamisella ja lasten oman tuen tarpeen huomioimisella voidaan ehkäistä mielenterveys- ja päihdeongelmien siirtymistä sukupolvelta toiselle.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa on useita sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmän yleistä kehittämistä käsitteleviä ehdotuksia. Ehdotuksissa painotetaan kunnan strategista vastuuta laaja-alaisesta ja ylisektoriaalisesta mielenterveys- ja päihdetyöstä osana kunnan hyvinvointisuunnitelmaa sekä kunnan koordinaattioroolia palvelujärjestelmän toimivuuden varmistamisessa. Suunnitelmassa esitetään, että mielenterveys- ja päihdepalvelut tuodaan yhteen. Siinä korostetaan erityisesti perustason ja avomuotoisten palveluiden kehittämistä. Mielenterveys- ja päihdeongelmaisten kokemaa leimautumista ja syrjintää on vähennettävä ja varmistettava mielenterveys- ja päihdeongelmaista kärsivien yhdenvertainen palveluihin pääsy ja kohtelu palveluissa muiden terveysongelmien vuoksi palveluita käyttävien rinnalla. Avopalveluiden kehittämisen odotetaan vähentävän psykiatrisen sairaalahoidon tarvetta. Avomuotoisen yksilöhoidon rinnalla ehdotetaan kehitettäväksi ryhmämuotoisia avopalveluja sekä kotiin ja lasten päiväkotiin ja kouluun vietäviä palveluja.

Lisäksi suunnitelmassa ehdotetaan, että itse ongelmia kokeneiden tai ongelmia kokeneiden läheisiä tulee ottaa mukaan mielenterveys- ja päihdepalveluiden arvioimiseen, kehittämiseen ja toteuttamiseen. Suunnitelmassa korostetaan arjen tukea antavien ja vertaistukeen perustuvien tukipalveluiden merkitystä varsinaisen hoidon rinnalla. Mielenterveys- ja päihdetyön nykyistä parempi toteuttaminen edellyttää tiivistä yhteistyötä julkisen palvelujärjestelmän, kolmannen sektorin kansalaisjärjestöjen ja erilaisten palveluntuottajien välillä.

Perus- ja lähipalvelut

Suunnitelmassa esitetään, että suurin osa mielenterveys- ja päihdeongelmista on kyettävä hoitamaan lähipalveluina peruspalveluissa näiden ongelmien yleisyyden vuoksi. Tulevaisuuden palvelujärjestelmän järjestämistapana suunnitelmassa puhutaan mielenterveys- ja päihdepalveluista yhdistetyissä sosiaali- ja terveyskeskuksissa. Kokonaisvaltainen mielenterveys- ja päihdeongelmaisten hoito edellyttää sosiaalityölähtöisen työotteen vahvistamista nykyisessä perusterveydenhuollossa.

Peruspalveluiden tehtäviksi lähipalveluina määritellään mielenterveyshäiriöiden ja päihdeongelmien tunnistaminen, varhaisen tuen antaminen, masennus- ja ahdistushäiriöistä tai päihdeongelmista kärsivien hoito, päihdeongelmaisten peruskatkaisuhoito sekä pitkäaikainen päihdeongelmaisten jatkohoito ja pitkäai-

kaista skitsofreniaa sairastavien hoito. Perusterveydenhuollossa hoidettavia ovat myös mielenterveys- ja päihdeongelmaisten somaattiset sairaudet, tapaturmat ja suun sairaudet.

Suunnitelmassa ehdotetaan, että mielenterveys- ja päihdepalveluihin pääsyn tulee tapahtua peruspalveluissa, matalakynnyksisesti ja yhden oven periaatteella. Tätä varten nykyisessä koko maan kattavassa perusterveydenhuollossa ehdotetaan toteutettavaksi hoitajan ja/tai sosiaalityöntekijän vastaanotto toimintaa, johon mielenterveys- ja/tai päihdeongelmista hakeutuvat voivat hakeutua ilman lähetettä. Vastaanotolla arvioidaan potilaan hoidon tarve ja ohjataan tarvittaessa eteenpäin muihin palveluihin.

Lisäksi perusterveydenhuoltoon ehdotetaan depressio- ja päihdehoitamalla peruspalveluissa tehtävän mielenterveys- ja päihdetyön tehostamiseksi. Peruspalveluiden ja erikoistason palveluiden välisessä yhteistyössä korostetaan tarvittaessa jalkautuvia työmuotoja sekä konsultaatio-, työnohjaus- ja koulutustukea peruspalveluille.

Perustason palveluina tulee kehittää myös päihtyneiden selviämisasematoimintaa selviämisen- ja ensihoitoa tarvitseville päihtyneille potilaille. Päihtymys ei saa estää henkilön akuuttihoitoon tarpeen arviointia ja hoidon järjestämistä, eikä estää henkilöä saamasta asianmukaista palvelua ja kohtelua. Päihtyneiden selviämisasemalla voidaan huolehtia kokonaisvaltaisesti päihtyneiden tilanteen selvittelystä, hoidon tarpeen arvioinnista sekä ensihoidosta. Selviämisasematoiminnan sijoittaminen terveydenhuollon yksikköön varmistaa sen, että muut sairaudenhoitoon ja tutkimukseen tarvittavat palvelut saadaan samasta yksiköstä.

Peruspalveluja korostetaan myös eri ikäryhmien palvelujen kehittämisessä. Lasten ja nuorten palvelut esitetään toteutettavaksi mahdollisimman pitkälle lapsen omassa kehitysympäristössä, kuten kotona, päivähoitossa tai kouluissa. Erikoistason palvelut tukevat peruspalveluja tässä tehtävässä. Vanhempien mukanaoloa sairaalahoidon yhteydessä korostetaan. Työikäisten peruspalveluiden osalta painotetaan työterveyshuollon roolia mielenterveys- ja päihdeongelmien tunnistamisessa ja varhaisessa puuttumisessa sekä työssä jaksamisen ja työhönpaluun edistämässä. Suunnitelma painottaa syrjäytyneiden mielenterveys- ja päihdeongelmaisten työllistämisedellytysten kehittämistä. Ikääntyvän väestön osalta painotetaan myös peruspalveluja ja mielenterveys- ja päihdeongelmien hoitamisessa sekä ikääntyville suunnattujen mielenterveys- ja päihdehoidon hoitomuotojen kehittämistä.

Erikoistason palvelut

Suunnitelmassa ehdotetaan, että laajan väestöpohjan alueella toimivat erikoistason avomuotoiset mielenterveyshäiriöiden ja päihdeongelmien hoitopalvelut yhdistetään toiminnalliseksi kokonaisuudeksi. Tällä edistetään mielenterveys- ja päihdeongelmaisten yhdenvertaisuutta palveluissa, perheiden palvelutarpeiden kokonais-

valtaista huomiointia ja lisääntyvästi samanaikaisesti esiintyvien mielenterveys- ja päihdeongelmaisten potilaiden hoitoa. Myös kasvatus- ja perheneuvolatoiminta voi olla osa tätä erikoistason mielenterveys- ja päihdetyön avohoitokokonaisuutta, koska ongelmat koskettavat monella tavoin koko perhettä.

Yhdistyneissä yksiköissä hoidettavia asiakasryhmiä ovat psykooseista ja kaksisuuntaisista mielialahäiriöistä kärsivät potilaat, kaksoisdiagnoosipotilaat, itsemurhavaarassa olevat, moniongelmaiset päihteiden sekakäyttäjät, huumeiden käyttäjät, raskaana olevat päihteiden käyttäjät sekä muut erikoistason palveluita tarvitsevat mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivät. Harvinaisten tai erityisosaamista edellyttävien mielenterveyshäiriöiden ja päihdeongelmien tutkimus ja hoito esitetään keskitettäväksi.

Psykiatrisen sairaalahoidon tarpeen oletetaan vähenevän monimuotoisten avopalveluiden kehittämisen myötä. Psykiatriset osastot ehdotetaan siirrettävän yleissairaaloiden yhteyteen. Psykiatrian osalta suunnitelmassa on myös ehdotuksia tahdosta riippumattoman hoidon kehittämiseksi. Mielenterveys- ja päihdehuoltolain tahdosta riippumatonta hoitoa koskevat säännökset ehdotetaan yhdenmukaistettavaksi potilaiden yhdenmukaisen kohtelun varmistamiseksi. Säännökset ehdotetaan sisällytettäväksi yhteen itsemääräämisoikeudet sisältävään puitelakiin. Suunnitelmassa ehdotetaan myös pakon käyttöä vähentävän ohjelman käynnistämistä psykiatrisessa sairaalahoidossa, ulkopuolisen asiantuntijan arviointikäytännön kehittämistä tahdosta riippumattomaan psykiatriseen hoitoon ottamisen yhteydessä, sekä velvoitteisen avohoidon kehittämistä.

Masto-hanke 2008–2011 masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseksi

Sosiaali- ja terveysministeriön asettamassa Masto-hankkeessa tavoitteena on edistää työhyvinvointia lisääviä käytäntöjä työelämässä, masennuksen ehkäisyä, hyvää hoitoa ja kuntoutusta sekä työssä jatkamista ja työhön paluuta masennuksen yhteydessä, ja vähentää näin masennusperusteista työkyvyttömyyttä.

Masto-hankkeen toimintaohjelmaan on sisällytetty seuraavat neljä osa-aluetta: 1) työhyvinvoinnin ja mielenterveyden edistäminen 2) masennusta ehkäisevä toiminta 3) masennuksen varhainen tunnistaminen ja hoito sekä 4) masennuksesta toipuvien kuntoutus ja työhön paluu. Siinä kuvataan myös lainsäädännön mahdolliset muutostarpeet (www.tartumasennukseen.fi).

Työhyvinvoinnin osalta painotetaan asenteisiin vaikuttamista, työkyvyn varhaista tukea, hyvien käytäntöjen levittämistä työpaikoille sekä esimiesten, työsuojelu- ja työterveyshuoltohenkilöstön koulutusta.

Masennusta ehkäisevän toiminnan osalta korostetaan ehkäisevää työtä esimerkiksi oppilaitoksissa ja työpaikoilla, riskiryhmiin kohdistuvia toimenpiteitä,

opinto- ja työuran hallintamenetelmiä, depression itsehoito- ja ennaltaehkäisyryhmiä sekä masennuksen uusiutumisen ehkäisyä.

Masennuksen varhaisessa tunnistamisessa ja hoidossa keskeisinä tekijöinä esitetään masennuksen osuvaa diagnostiikkaa, aktiivisen akuuttihoidon edistämistä peruspalveluissa, työterveyshuollon koordinaatiroolia työkyvyn tukemisessa, saumattomia hoitoketjuja ja joustavia konsultaatiopalveluja. Hanke painottaa myös psykoterapeuttisen osaamisen vahvistamista peruspalveluissa ja määräaikaisen, fokusoidun lyhytpsykoterapian käytön lisäämistä julkisessa terveydenhuollossa.

Masennuksesta toipuvien kuntoutuksen ja työhön paluun osalta nostetaan esille kuntoutuspsykoterapia ja muu mielenterveyskuntoutus sekä ammatillisen kuntoutuksen mahdollisuuksien hyödyntäminen.

Masto-hankkeessa ovat mukana keskeiset hallinnonalat, työmarkkinajärjestöt ja kolmas sektori. Hanke toimii oman toimintansa ohella sateenvarjona monille mukana olevien organisaatioiden jo aiemmin käynnistämille hankkeille. Hankkeessa pyritään edistämään toimenpiteitä, jotka tukevat eri toimijoiden yhteistyötä ja hyvien käytäntöjen leviämistä valtakunnallisesti. Hankkeen toiminnassa hyödynnetään mahdollisimman paljon olemassa olevaa tietoa, tehdään käytännön toimenpide-ehdotuksia selkeästi valituille kohderyhmille ja edistetään toimenpiteiden toteutumista ja seurantaa.

Alkoholiohjelma 2008–2011

Hallituksen vuonna 2004 käynnistämä Alkoholiohjelma perustuu valtioneuvoston periaatepäätökseen alkoholipolitiikan linjauksista. Alkoholiohjelman toisen toimintakauden 2008–2011 tavoitteena on lasten ja perheiden alkoholihaittojen väheneminen, alkoholista aiheutuvien haittojen väheneminen sekä alkoholin kokonaiskulutuksen kääntäminen laskuun. Ohjelmalla pyritään lisäämään niin julkisten toimijoiden kuin myös järjestöjen sitoutumista alkoholihaittojen vähentämiseen.

Lasten ja perheiden alkoholihaittojen vähentämisessä korostetaan kunnan eri sektoreiden, kolmannen sektorin ja elinkeinoelämän tiivistä yhteistyötä. Suunnitelman toimeenpanossa korostetaan muun muassa vanhemmuuden vahvistamista, vanhempien alkoholinkäyttöön puuttumista, perheväkivallan ehkäisyä, lastensuojelun toimintaedellytysten vahvistamista ja paikallisia toimintamalleja alkoholin saatavuuden rajoittamiseksi nuorilta.

Riskikäytön vähentämiseksi Alkoholiohjelmassa esitetään alkoholinkäytön riskien arviointia osaksi yleistä terveydentilan arviointia ja mini-interventiotoinnin edelleen levittämistä. Lisäksi suunnitelmassa painotetaan vastuullisen alkoholitarjonnan periaatteita.

Alkoholin kokonaiskulutuksen laskeminen on kolmas ohjelman keskeinen tavoite ja tärkeä edellytys muiden tavoitteiden saavuttamiseksi. Vuonna 2004 tehty alkoholiverojen alentaminen nosti kokonaiskulutusta ja toi alkoholihaitat vahvasti

julkiseen keskusteluun. Suurkuluttajien määrä on lisääntynyt tuntuvasti. Alkoholi-politiikalla on mahdollisuus rajoittaa alkoholin saatavuutta sääntelemällä alkoholimarkkinoita. Sosiaali- ja terveysministeriö ja valtiovarainministeriö ovat sitoutuneet kokonaiskulutuksen vähentämistavoitteeseen.

Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepoliittisesta yhteistyöstä vuosille 2008–2011

Valtioneuvoston periaatepäätöksessä huumausainepoliittisesta yhteistyöstä määritellään Suomen huumausainepolitiikan perusteiksi yleiset yhteiskuntapoliittiset toimet, kansallinen lainsäädäntö sekä kansainväliset sopimukset, joilla kaikilla ehkäistään huumausaineiden kysyntää ja tarjontaa, vähennetään huumausaineiden aiheuttamia haittoja sekä pyritään saamaan huumausaineongelmista kärsivät hoitoon ja laittomaan toimintaan syyllistyneen rikosoikeudelliseen vastuuseen. Sosiaali- ja terveysministeriö koordinoi kansallista huumausainepoliittista koordinaatioryhmää.

Periaatepäätöksen toimenpiteet liittyvät ehkäisevään työhön ja varhaiseen puuttumiseen, huumausainerikollisuuden torjuntaan, huumausaineriippuvuuden hoitoon ja huumeongelman haittojen vähentämiseen, päihdeongelmien hoidon tehostamiseen rikosseuraamusten yhteydessä, EU:n huumausainepolitiikkaan ja kansainväliseen yhteistyöhön, huumeongelmaa koskevaan tiedonkeruuseen ja tutkimukseen ja huumausainepolitiikan koordinaatioon.

Periaatepäätöksen mukaan ehkäisevä työtä ja varhaista puuttumista huumeiden käyttöön tehostetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa, nuorisotyössä, kouluissa ja oppilaitoksissa. Ehkäisevän päihdetyön asema turvataan osana terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä kunta- ja palvelurakenneuudistuksessa. Lisäksi vakiinnutetaan varhainen puuttuminen osaksi kaikkien hyvinvointipalveluiden toimintaa.

Huumausaineriippuvuuden hoidossa ja huumeongelman haittojen vähentämisessä korostetaan hoitopalveluiden edelleen kehittämistä ja hoidon tarjonnan lisäämistä. Huumeidenkäyttäjille tulee tarjota monipuolisesti riippuvuuden luonteeseen sopivia erilaisia hoitovaihtoehtoja. Sellaista hoitoa, terveysneuvontaa ja tukea tulee lisätä, jolla vähennetään huumeongelmiin liittyviä haittoja, kuten sairauksia, mielenterveysongelmia ja oheisrikollisuutta. Opioidiriippuvaisten hoitoon pääsyä tulee helpottaa ja mahdollistaa hoitojen tarjonta vastaamaan nykyistä paremmin hoidon tarvetta. Poliisin tarjoamaa hoitoonohjausta tehostetaan edelleen. Päihdeongelmien hoitoa tehostetaan myös rikosseuraamusten yhteydessä.

Kirjallisuutta

- Masto-hankkeen toimintaohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:41. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2008. www.tartumasennukseen.fi
- Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Mieli 2009 -työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2009. www.thl.fi/mielijapaihde
- Päihtyneen henkilön akuuttihoito – sosiaali- ja terveysministeriön ohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:65. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2006.
- Suojasalmi J. Päihdeongelmaiset mielenterveys- ja päihdepalveluissa – esimerkki päihdepalveluiden ja päihtyneiden akuuttipalvelujen kehittämisestä kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman 2015 pohjalta. Moniste, 2009. www.thl.fi/mielijapaihde
- Valtioneuvoston periaatepäätös huumausainepoliittisesta yhteistyöstä vuosille 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:22. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 2007.

Internet

- www.alkoholiohjelma.fi – Alkoholiohjelma 2008–2011.
- www.tartumasennukseen.fi – Masto-hanke masennusperäisen työkyvyttömyyden vähentämiseksi.
- www.thl.fi/mielijapaihde – Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma.