

Opioidiriippuvaisen persoonallisuushäiriö

— katsaus diagnostiikan ja hoidon haasteisiin

Persoonallisuushäiriöt ovat yleisempiä opioidiriippuvaisten keskuudessa kuin yleisväestössä. Etenkin antisosiaalisen persoonallisuuden on todettu olevan opioidiriippuvaisissa yliedustettuna. Toisaalta on tärkeää ymmärtää päihdehäiriön aiheuttamaa riippuvuuskäyttäytymistä ja erottaa päihteiden suorat vaikutukset itsenäisistä psyykkisistä oireista. Järjestelmällinen ja asianmukainen psykiatristen oheissairauksien seulonta ja diagnostiikka on tähdellistä opioidiriippuvaisilla, jotta yksilön oikeus parhaaseen mahdolliseen hoitoon mahdollistuisi. Persoonallisuushäiriöihin liittyvä stigmatisaatio on hoitojärjestelmässämme edelleen ongelma, minkä vuoksi diagnoosin asettamisen on oltava harkittu ja hyvin perusteltu.

Tässä artikkelissa käsitellään katsauksenomaisesti opioidiriippuvaisten persoonallisuushäiriöitä. Kirjallisuus antaa olennaista tietoa persoonallisuushäiriöiden ja päihderiippuvuusoireyhtymän yhteisistä kliinisistä piirteistä ja taustoista, sekä erotusdiagnoosiin ongelmakohdista ja hoidollisista haasteista.

**JONNA LEVOLA, TUULI PITKÄNEN, JOUNI TOURUNEN, NILS HOLMBERG,
ANTTI HOLOPAINEN**

JOHDANTO

Tietoa suomalaisten opioidiriippuvaisten psyykkisestä oheissairastavuudesta on alkanut kertyä korvaushoidon yleistyttyä Suomessa 1990-luvun lopulla ja edelleen 2000-luvulla. Erityisesti persoonallisuushäiriöt ovat yleisiä myös suomalaisilla korvaushoitopotilailla (Vorma ym. 2009, Vorma ym. 2005, Mikkonen ym. 2008). Psykkisesti oireilevien korvaushoitopotilaiden terveydellinen ja sosiaalinen kokonaistilanne on lähtökohteisesti huonompi kuin niillä, joilla psyykkistä oireilua ei ole (Calsyn ym. 2000). Psykkiset sairaudet ovat olennaisia mm. hoitopaikan valinnassa (perusterveydenhuolto vs. erikoisyksiköt) sillä ne vaikuttavat tuen tarpeeseen. Jotta käytössä olevat resurssit voidaan suunnata asianmukaisesti, yksi suomalaisen korvaushoitojärjestelmän haasteista on tunnistaa korvaushoitopotilaiden joukosta ne, joilla on itsenäinen, hoitoa vaativa psykiatrinen häiriö. Uuden korvaushoitoasetuk-

sen edellyttämä henkilökohtainen hoitosuunnitelma yksilöllisine tavoitteineen vaatii potilaan psyykkisten voimavarojen huomioimista (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä 2008). Potilaan sairaudenkuvan kokonaisvaltaisempi ymmärtäminen auttaa myös hoitavan henkilökunnan työssä jaksamista.

OPIOIDIRIIPPUUUS

Opioidiriippuvuus on neuropsykososiaalinen tila, jota luonnehtii voimakas ja pakonomainen tarve käyttää opioidiryhmän aineita. Hermostollisilta mekanismeiltaan opioidiriippuvuus tunnetaan melko hyvin ja riippuvuusoireyhtymässä on poikkeuksellisen voimakas biologinen painotus. Keskushermosto sopeutuu opioidien toistuvaan läsnäoloon, jonka seurauksena tarvitaan yhä suurempia annoksia opioidia aikaansaamaan toivotu vaste (Holopainen ym. 2003).

Opioidiriippuvuuteen liittyy poikkeuksellisen toleranssin lisäksi voimakas, päihdehakuinen käytös, jolla yksilö tavoittelee – kylläkään sitä keskushermoston sietokyvyn lisääntymisen vuoksi enää saavuttamatta – jatkuvasti ensimmäisten opioidikäyttökertojen aiheuttamaa voimakasta hyvänolon tunnetta. Riippuvuuden edetessä kroonistuneelle tasolle, ei opioidi enää tuota juurikaan päihtymystä tai mielihyvää, vaan poistaa tilapäisesti vieroitusoireet palauttaen hetkellisesti keskushermoston uuteen, opioidin läsnäoloon sopeutuneeseen tasapainotilaan. Yksilö kokee tämän hetkellisenä voinnin normalisoitumisena (Holopainen ym. 2003).

OPIOIDIRIIPPUVUUDEN HOITO

Opioidiriippuvuuden lääkkeellinen korvaushoito on päihdesairauksien hoitokirjossa poikkeuksellisen vaikuttava ja kustannustehokkaaksi osoitettu (Mattick ym. 2003, Mattick ym. 2007, Faggiano ym. 2003). Opioidiriippuvaisten lääkkeellistä korvaushoitoa metadonilla on Suomessa toteutettu ensimmäisen kerran Hesperian sairaalassa vuonna 1973, jolloin hoidossa oli pieni joukko helsinkiläisiä heroinisteja (Salaspuro ym. 2001). Vuonna 1993 opioidiriippuvaisten hoitoa pohtinut lääkehoitotyöryhmä suositti muistiossaan metadonihoidojen uudelleen aloittamista ja vuonna 1997 sosiaali- ja terveysministeriö antoi määräyksen opioidiriippuvaisten lääkkeellisestä hoidosta. Uudesta hoitomuodosta ei ole kyse: maailmalla metadonikorvaushoito on ollut käytössä jo yli 50 vuotta. Ensimmäinen tieteellinen julkaisu 22 heroiiniriippuvaisen laaja-alaisesta hoito-ohjelmasta, joka piti sisällään metadonilääkityksen, julkaistiin vuonna 1965 Journal of the American Medical Association -lehdessä (Dole ja Nyswander 1965).

Korvaushoito on tehokkaampaa kuin pitkäänkin kestävä (3 viikkoa – 4 kuukautta) vieroitushoito ja vähentää laittomien huumeiden käyttöä, tartuntatautien leviämistä sekä omaisuusrikkoksia ja parantaa elämänlaatua (Huumeongelman hoito, 2006). Korvaushoito auttaa myös kiinnittämään potilaita hoito-ohjelmiin mahdollistaen päihdeongelman kokonaisvaltaisen hoidon ja kuntoutumisen, mutta toipumisprosessi korvaushoidossa on osoittautunut aiempaa ajateltua hitaammaksi (Tourunen ym. 2009).

KORVAUSHOITO SUOMESSA

Suomalaisen korvaushoitojärjestelmän piirissä oli vuonna 2010 noin 2000 henkilöä. Opioidiriippu-

vuuden esiintyvyys yleisväestössä on kansainvälisissä selvityksissä 0,5–0,7 prosenttia (Strain 2002) ja kansallistenkin arvioiden mukaan 0,2–0,3 prosentin luokkaa (Partanen ym. 2007). Näin ollen voidaan laskennallisen hoidon tarvitsijoiden määrän todeta olevan huomattavasti hoidossa olevien määrää suuremman. Suomalainen korvaushoitojärjestelmä on kansainvälisesti vertailtuna tiukasti asetuksilla säädelty ja usein raskaasti työllistävä hoitoa toteuttaville tahoille. Tämän vuoksi korvaushoitoa toteuttaviin yksiköihin on ollut lähes jatkuvasti jonoa. Hoidon käynnistymistä hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen ei ole aina pystytty järjestämään hoitotakuun määräämässä kuuden kuukauden määräajassa (Tanhua ym. 2011).

Buprenorfiini on Suomessa vahvistanut asemaansa ensisijaisena korvaushoitolääkkeenä metadoniin verrattuna (Tanhua ym. 2011). Buprenorfiini on markkinoilla kielen alle sulavana yhdistelmävalmisteena, jossa on 4:1 buprenorfinia ja opioidiantagonisti naloksonia. Puhdas buprenorfinivalmiste on korvaushoito-tarkoituksessa Suomessa saatavilla enää erityisluvalla ja sitä käytetään lähinnä raskaana olevien hoidossa.

Tiukasti valvottua korvaushoitojärjestelmää on perusteltu mm. buprenorfiinin katukaupan yleisyydellä. Suomessa buprenorfiinin päihdekäyttö on kasvanut räjähdysmäisesti 2000-luvun alusta samaan aikaan kun korvaushoidot ovat yleistyneet. Suomessa katukaupassa myytävä buprenorfiini on kuitenkin poliisin tilastojen mukaan suurelta osin alkuperältään Ranskasta ja Baltiasta, eikä suomalaisesta korvaushoitojärjestelmästä. Buprenorfiinin päihdekäytön yleisyyttä ei tiukasti valvottu korvaushoitojärjestelmä ole onnistunut vähentämään (Tanhua ym. 2011).

Helmikuussa 2008 voimaan tullut sosiaali- ja terveysministeriön uudistettu korvaushoitoja säätelevä asetus 33/2008 painotti hoidon porrastusta perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä 2008). Uusi asetus myöskin painotti polikliinisen hoidon arvion ja aloituksen mahdollisuutta, sekä mahdollisti buprenorfiini-naloksoni-yhdistelmävalmisteen apteekkijakelun apteekkisopimuksen alaisuudessa.

PERSOONALLISUUSHÄIRIÖT

Persoonallisuushäiriöksi määritellään nuorella iällä alkanut pitkäaikainen ja kokonaisvaltainen käytöksen ja ajattelun malli, joka poikkeaa kulttuurisesta normista siinä määrin, että se aiheuttaa

Taulukko 1.

Tutkittavien itse raportoima elämänaikainen itsetuhoisuus suhteessa psykiatrisiin diagnooseihin

	Itsemurha- ajatuksia	Itsemurha- yrityksiä	Yhteensä
Mielialahäiriö	8	6	11
Ahdistuneisuushäiriö	9	5	12
I akselin häiriö	11	6	15
II akselin häiriö	10	7	18
I ja II akselin häiriö	7	5	10
I tai II akselin häiriö	14	8	23
Yhteensä	15	8	

henkilölle itselleen tai hänen ympäristölleen merkittävää haittaa tai kärsimystä (American Psychiatric Association 1994). Persoonallisuushäiriöiseksi tulkittu oirehdinta ei saa olla selitettävissä muulla psyykkisellä (esim. masennus) tai somaattisella (esim. aivovamma) sairaudella.

Persoonallisuushäiriöiden syntyyn vaikuttavat mm. perinnöllinen alttius, lapsuusiän olosuhteet sekä vanhempien mielenterveys- ja päihdeongelmat (Goodman ym. 2004). Antisomiaalisessa persoonallisuushäiriössä myös keskushermoston kehityksellisten ja toiminnallisten häiriöiden olemassaolosta on näyttöä.

DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) diagnoosiluokituksen ajankohdaisesti käytössä oleva neljäs versio koostu viidestä akselista, joista I akselille kuuluvat mm. psykoosi- ja mielialahäiriöt. Persoonallisuushäiriöt kuuluvat II akselille, jossa ne jaetaan kolmeen ryhmään (ns. klusterijako) kliinisesti tärkeimpien piirteidensä perusteella (Taulukko 1). Eri persoonallisuushäiriöt esiintyvät jossakin määrin myös samanaikaisesti ja piirteet ovat eri persoonallisuushäiriöissä osittain päällekkäisiä (American Psychiatric Association 1994).

Suomessa psykiatrisessa diagnostiikassa käytetään ICD -luokituksen (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) kymmenettä versiota. DSM-IV -luokitus vastaa persoonallisuushäiriöiden osalta suurelta osin ICD-10:ä ja Suomessa käytetäänkin pääsääntöisesti DSM-järjestelmään perustuvia persoonallisuuden arviointi- ja diagnoosimenetelmiä. Näistä Suomessa ehkä laajimmin tunnettu on puolistrukturoitu SCID II -haastattelu (Structured Clinical Interview for DSM-IV, axis II) (First ym. 1997).

DSM-luokittelu on uudistumassa ja kehitteillä oleva viides revisio on melko pitkällä (American Psychiatric Association 2012). Uudessa mallissa persoonallisuushäiriöiden luokitteluun ja arviointiin on ehdotettu rajuja muutoksia, joka tulee lähivuosina vaikuttamaan diagnostisiin menetelmiin ja luokitteluun myös Suomessa.

PERSOONALLISUUSHÄIRIÖIDEN ESIINTYVYYS

Persoonallisuushäiriöiden esiintyvyyttä yleisväestössä on tutkittu melko vähän, sillä luotettava diagnostiikka on työlästä. Coid ym. (2006) selvittivät laajasti persoonallisuushäiriöiden esiintyvyyttä yleisväestössä strukturoitujen ja kliinisten haastatteluiden avulla saaden esiintyvyydeksi 4,4 prosenttia. Persoonallisuushäiriöiden esiintyvyys opioidiriippuvaisilla on merkittävästi suurempaa kuin yleisväestössä, mutta arviot esiintyvyydestä vaihtelevat. Laajassa yhdysvaltalaisessa NESARC -väestötutkimuksessa Grella ym. (2009) totesivat opioidiriippuvaisten persoonallisuushäiriöiden esiintyvyydeksi 49,7 prosenttia.

Antisomiaalinen persoonallisuushäiriö on tavallisin opioidiriippuvaisilla esiintyvä persoonallisuushäiriö (Grella ym. 2009). DSM-IV:n mukaan antisomiaalisen persoonallisuushäiriön diagnoosi edellyttää sekä todennettavissa olevaa, ennen 15 vuoden ikää alkanutta nuoruusiän käyttöhäiriötä, että aikuisiällä jatkuvaa antisomiaaliseksi tulkittavaa käytöstä, kuten toistuvaa vilpillisyyttä ja rikollista käytöstä ja/tai toisista piittaamatonta ajatus- ja toimintatapaa. Antisomiaalista persoonallisuushäiriötä esiintyy yleisväestöstä noin 0,6 prosentilla (Coid ym. 2006), kun opioidiriippuvaisilla miehillä esiintyvyys on 34,1 ja naisilla 22,4 prosenttia.

Persoonallisuushäiriöiden esiintyvyyttä on tutkittu myös suomalaisten korvaushoitopotilaiden keskuudessa. Vorma ym. ovat tutkineet pääkaupunkiseudun korvaushoitopotilaita 2000-luvulla: persoonallisuushäiriöiden esiintyvyydeksi on todettu 51–86 prosenttia. (Vorma ym. 2005, Vormo ym. 2009). Esiintyvyyksien vaihtelun Vormo ym. ovat arvioineet selittyvän mm. avohoidon alidiagnostiikalla. Mikkonen ym. (2008) raportoivat varsinais-suomalaisten korvaushoitopotilaiden persoonallisuushäiriöiden esiintyvyydeksi noin 66 prosenttia.

EROTUSDIAGNOSTIIKAN HAASTEET

Arvioitaessa persoonallisuushäiriöiden yleisyyttä opioidiriippuvaisilla ja päihderiippuvuuksista kärsivillä yleensä on huomioitava joitakin häiriöi-

den kliinisten ilmiöiden päällekkäisyyksiä (Alterman ja Cacciola 1991). Impulsiivisuus ja laaja-alainen kyvyttömyys suunnitella tekojaan, sekä ottaa huomioon niistä mahdollisesti koituvia seurauksia ovat yhteisiä sekä epävakaaletta että antisosiaaliselle persoonallisuushäiriölle, ja myös riippuvuus sairauksille (Bornovalova ym. 2005, Williams ym. 2006). Päihderiippuvuusoireyhtymään kuuluu elämän sisällön kapeutumisen, joka on seurausta päihteen muodostumisesta elämän keskipisteeksi. Päihteen hankkimiseksi voidaan turvautua valehteluun ja manipulaatioon ja käytös voi olla näennäisesti muista piittaamattonta. Tätä voi olla vaikeaa erottaa antisosiaalisuuden empatiakyvyttömyydestä ja muiden oikeuksia polkevasta käytöksestä ja ajatussisällöstä. Lieneekin hyödyllistä pyrkiä arvioimaan tutkittavan kykyä tuntea katumusta ja tunnistaa tekojensa moraalinen vääräys.

Psykiatrisia oireita arvioitaessa päihdeongelmallisella on tärkeää huomioida oireiden alkamisen ajankohta ja niiden yhteys päihteen käyttöön. Mikäli esimerkiksi antisosiaalinen käytös on alkanut ennen laittomien päihteen käyttöä, voidaan ajatella kyseessä olevan primaarin antisosiaalisuuden ja tällöin antisosiaalisen persoonallisuushäiriön kriteerit voivat täyttyä. Mikäli kuitenkin laittomien päihteen käyttö on alkanut selvästi ennen antisosiaalista käytöstä, voi olla kyse ns. sekundaarisesta antisosiaalisuudesta. Sekundaarinen antisosiaalisuus voi pitää sisällään mm. omaisuusrikoksia päihdekäytön rahoittamiseksi. Primaarissa antisosiaalisuudessa taas rikollisuus on osa yleisempää piittaamattomuutta muista henkilöistä ja yhteiskunnan normeista eli ns. taparikollisuutta (Kaye ym. 1998). Nämä tulisi erottaa toisistaan, sillä päihteen käytön loppuessa sekundaarinen antisosiaalisuus usein häviää. Persoonallisuushäiriöiden esiintymistä tuleekin seurata ja uudelleen arvioida päihdehoidon aikana toipumisen edetessä; tutkimustieto antaa viitettä siitä, että persoonallisuushäiriöiden oireet vähenevät opioidiriippuvaisilla korvaushoidon aikana (Calsyn ym. 2000).

Ajalliseen erotteluun vaikeuksia voi tuottaa se, että persoonallisuuden kehitys alkaa usein vääristyä persoonallisuushäiriöiseksi johtavaan suuntaan jo varhaisessa teini-ikässä. Päihdeongelmien alku ajoittuu tähän samaan kehitysvaiheeseen ja nuoruusiän käytöshäiriöisyyttä voi olla hyvin vaikea arvioida irrallisena päihdeistä. Nuoruusiän käytöshäiriön tiedetäänkin ennakoivan päihdekäyttöä ja -riippuvuuksia sekä antisosia-

lisen persoonallisuushäiriön diagnoosia myöhemmällä iällä (Niemelä 2008). Nuorella iällä alkanut päihteen käyttö vaikuttaa väistämättä myös lapsen ja nuoren keskushermoston kypsymiseen, psyykkiseen kehitykseen ja persoonallisuuden muotoutumiseen. On kuitenkin epäselvää, miten pysyviä nämä päihteen aiheuttamat kehityksen häiriöt ja muutokset ovat.

Sekä antisosiaalisen että epävakaaletta persoonallisuushäiriön synnylle yhteistä ovat lapsuus- ja nuoruusiän traumaattiset kokemukset: laiminlyönti, perheen päihdeongelmat, fyysinen ja psyykinen väkivalta (Caspi ym. 2002, Trull ym. 2000). Epäedulliset kasvuolot yhdistyvät usein perinnöllisiin riskitekijöihin (esim. alttius alkoholiriippuvuuteen) ja raskaudenaikaisiin (epigeneettisiin) tekijöihin, jolloin riskitekijät kerrostuvat ja kasaantuvat (Bandelow ym. 2005, Trull ym. 2000). Kuitenkaan kaikille lapsuus- tai nuoruusiässä epäedullisille elinoloille altistuneille ei kehity kliinisesti merkittävää persoonallisuus- tai päihdeongelmaa.

DIAGNOSTISET MENETELMÄT

Persoonallisuushäiriöiden diagnostinen luotettavuus ja myös diagnoosien pysyvyys on osoittautunut melko heikoksi (mm. Zimmerman 1994). Diagnoosien luotettavuutta on pyritty lisäämään erilaisin standardoiduin menetelmin. Muun muassa Hesse ja Thylstrup (2008) ovat todenneet, että diagnoosikriteereihin perustuvat haastattelut päihdeongelmaisten persoonallisuushäiriöiden diagnostiikassa ovat vain kohtuullisen luotettavia. Kliininen arviointi on SCID-haastatteluissa tärkeää sillä diagnoosi vaatii haastattelijan omaa kannanottoa muiden tutkittavaa oireistoja mahdollisten selittävien tekijöiden osuudesta (esim. ajankohtainen I-akselin häiriö). SCID-haastatteluiden kaltaiset menetelmät on tarkoitettu ennen kaikkea diagnostiikan apuvälineiksi kaiken muun potilaasta kerättävän tiedon ohella (mm. potilasasiakirjat, omaisten haastattelu). Erittäin tärkeää mahdollisimman laaja-alainen tiedonkeruu on päihdeongelmaisten potilaiden kohdalla.

PRISM-IV eli Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV on uudempi strukturoitu haastattelutyökalu, jolla pyritään tarkentamaan nimenomaisesti päihdeongelmaisten psyykkisen sairastavuuden arviointia ja päihteen aiheuttamien oireistojen tunnistamista itsenäisistä psykiatrisista häiriöistä (Hasin ym. 2006). Itseraportointiin perustuva MCMI-III/

III (Millon Clinical Multiaxial Inventory) on kysely, joka pyrkii arvioimaan persoonallisuuden poikkeavuuksien ajatusvääristymiä erottaen ne päihderiippuvuuden aiheuttamista (Craig ja Olson 1998, Craig 1999). MCMI keskittyy siis yksilön sisäisen maailman tarkasteluun ulkoisen käytösoireiston sijaan.

Messina ym. (2001) vertasivat päihdeongelmaisten antisosiaalisen persoonallisuuden diagnosoinnissa SCID-II ja MCMI-II -menetelmien keskinäistä yhteneväisyyttä päätyen siihen, että menetelmät tuottavat keskenään varsin epäjohdonmukaisia tuloksia. Tutkimuksessa todettiin SCID-haastattelun soveltuvan varsin huonosti päihdeongelmaisten antisosiaalisuuden arviointiin, sillä se keskittyy varsin vahvasti käytösoireisiin, kuten rikoksiin, joita lähes kaikilla laittomia päihteitä riippuvuustasoisesti käyttävillä henkilöillä on väistämättä taustallaan. Samansuuntaiseen johtopäätökseen SCID-menetelmän käyttökelpoisuudesta antisosiaalisuuden arvioinnissa päihdeongelmaisilla tulivat Gerstley ym. (1990).

HAASTEET HOIDOLLE JA HOITOJÄRJESTELMÄLLE

Persoonallisuushäiriöt ovat yleisiä ja asianmukainen psykiatrinen diagnostiikka on tärkeää hoidon sisällön suunnittelun ja kohdentamisen kannalta. Persoonallisuushäiriöiden hoitoa on pitkään leimannut hoitonihilismin vivahde. Kuitenkin viime vuosina on kertynyt vakuuttavaa näyttöä persoonallisuushäiriöiden hoitomuotojen vaikuttavuudesta (Dixon-Gordon ym. 2011).

Dialektinen käyttäytymisterapia (DKT) lienee tällä hetkellä tutkituin epävakaa persoonallisuuden hoitomuodoista ja sen toimivuudesta on näyttöä myös päihdeongelmaisilla potilailla (Dimeff ym. 2000). Dialektinen käyttäytymisterapia lähtee ensivaiheissa epävakaa potilaan itsetuhoisuuden vähentämisestä. Hoitomallissa pyritään tasapainottamaan käyttäytymisen muutosstrategioita ja menetelmiä tunteiden hyväksymisen oppimiseksi. Hoitoa toteutetaan yhdistämällä yksilöterapiaa ja säännöllistä ryhmätyöskentelyä. Menetelminä käytetään mm. validoivaa vuorovaikutteisuutta (tunteiden ja kokemusten todentaminen, oikeutetuksi tekeminen), altistusta, hyväksyvän läsnäolon menetelmiä (engl. mindfulness) ja ympäristön asianmukaisia interventioita (Holmberg ja Kähkönen, 2007). Tavoitteena on lisätä tunteiden sietämisen ja säätelyn keinoja, sekä vähentää impulsiivisuutta, käytöksen räjähetelevyyttä ja epävakautta. Ensimmäisiä sovelluksia DKT-hoitomallista Suomessa toteu-

tettiin Järvenpään sosiaalisairaalassa ja Jorvin sairaalassa.

Puhtaasti kognitiiviseen ajattelutapaan perustuvat psykoterapeuttiset hoitomallit soveltuvat tutkimusnäytön mukaan melko huonosti antisosiaalisen persoonallisuushäiriön hoitoon (Gibbon ym. 2010). Kuitenkin samanaikaisesta antisosiaalisesta persoonallisuushäiriöstä ja päihderiippuvuudesta kärsivien hoidossa on melko menestyksellisesti käytetty behavioraaliseen ajatteluun perustuvia menetelmiä, joissa potilas saa toivotusta toiminnasta positiivisia kannusteita (ja joissakin malleissa ei-toivotusta toiminnasta kielteisiä seuraamuksia). Esimerkiksi antamalla puhtaan huumeuseulan tai välttämällä aggressiivista käytöstä potilas saa jotakin hyödykettä, kuten elokuvalippuja tai ostoseteleitä. Näitä vahvistussuhteiden hallintaa käyttäviä hoitomalleja (engl. "contingency management") on kehitetty erityisesti päihdehoidon piirissä ja niiden on todettu vähentävän mm. laittomien päihteiden käyttöä (Gibbon ym. 2010).

Integroidulla hoitomallilla viitataan päihdeongelmaisen, psyykkisesti sairaan henkilön hoitoon keskitetysti, yhden hoitavan tahon toimesta (Aalto 2007). Integroitu hoitomalli vastaa paremmin moniongelmaisen potilaan hoidon haasteisiin, eikä potilaan hoito pirstaloitu epä tarkoituksenmukaisesti monille eri tahoille, jolloin hoidon hallittavuus heikkenee sekä potilaan että hoitojärjestelmän kannalta. Pirkola ym. (2007) kuvaivat HUS-alueen erityistason integroidun hoitomallin, joka on tarkoitettu opioidiriippuvuuden lisäksi muista vaikeista psykiatrisista häiriöistä kärsiville. Nämä integroidun hoidon yksiköt vastaavat valitettavasti vielä vain pieneen osaan hoidon kokonaistarpeesta. Mikkosen ym. (2008) varsinaissuomalaisen korvaushoitopotilaan integroidun hoitomallin kuvauksessa kirjoittajat toteivatkin, etteivät tämänhetkisten korvaushoitoa toteuttavien yksiköiden resurssit riitä intensiivempään kaksoisdiagnoosipotilaan psykiatriseen kuntoutukseen.

LOPUKSI

Opioidiriippuvaiset edustava pientä osaa Suomen päihdeongelmaisten kentässä, mutta opioidit ovat laittomista päihteistä tärkein hoitoon hakeutumisen syy Suomessa. Huumetilanne Suomessa 2011 -raportin mukaan 55 prosenttia päihdehoitoon hakeutuneista ilmoittaa ensisijaiseksi hoitoon hakeutumisen syyksi buprenorfinin päihdekäytön (Tanhua ym. 2011). Opioidiriippuvaisten hoito-

järjestelmä on elänyt jatkuvassa muutoksessa ja nyt hoitoja toteutetaan laajalla rintamalla perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon ja erityisklinikoihin. Korvaushoitojärjestelmän uudistuessa tulisi enenevässä määrin pyrkiä ottamaan huomioon hoidon tarpeen yksilöllisiä eroja. Hoitojärjestelmä ei voi olla kuin yhden koon sukka-housut, jossa erilaisten ja eri valmiuksia omaavien yksilöiden tulee sopeutua yhteen, tiukasti määritettyyn hoito-ohjelmaan. Kuten edellä on kuvattu,

opioidi-riippuvaisen psykiatrisen diagnostiikka on usein kuitenkin haastavaa. Uusien menetelmien käyttöönotto ja useiden menetelmien yhdistäminen voisivat edelleen parantaa diagnostiikan osuvuutta.

Kiitokset

Kirjoittajat haluavat kiittää LT Pertti Saloheimoa hänen arvokkaista kommentistaan käsikirjoituksen työstämisen yhteydessä.

Levola J, Pitkänen T, Tourunen J, Holmberg N, Holopainen A. Personality disorders and opioid dependence

– diagnostic and treatment challenges

Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2012;49:342–349

Personality disorders (PDs) are highly prevalent in opioid dependent patients as compared to the general population according to literature. The most common individual PD among opioid dependent patients is antisocial PD. While recognition of PDs is essential for treatment purposes, it is to be noted, that PDs are still

highly stigmatizing. The importance of systematic and accurate diagnostic evaluation and differentiation between addictive behaviour and direct consequences of substance use from independent psychiatric symptoms is highlighted.

KIRJALLISUUS

- Aalto M. Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielen terveyden häiriö – kaksois-diagnoosin hoidollinen haaste. *Duodecim* 2007;123:1293–8.
- Alterman AI, Cacciola JS. The antisocial personality disorder diagnosis in substance abusers: problems and issues. *J Nerv Ment Dis* 1991;179:401–9.
- American Psychiatric Association. DSM IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV. Washington DC, 1994.
- American Psychiatric Association. DSM-5 Development. Personality Disorders, updated 2012. <http://www.dsm5.org>, javascript: PopUpMenu2_Set(Menu1869868).
- Bandelow B, Krause J, Wedekind D, Broocks A, Hajak G, Rütger E. Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with borderline personality disorder and healthy controls. *Psychiatry Res* 2005 Apr 15;134(2):169–79.
- Bornoalova MA, Lejuez CW, Daughters SB, Zachary Rosenthal M, Lynch TR. Impulsivity as a common process across borderline personality and substance use disorders. *Clin Psychol Rev* 2005;25:790–812.
- Calsyn DA, Wells EA, Fleming C, Saxon AJ. Changes in Millon Clinical Multiaxial Inventory scores among opiate addicts as a function of retention in methadone maintenance treatment and recent drug use. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2000;26:297–309.
- Caspi A, McClay J, Moffitt TE, ym. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*. 2002;297:851–4.
- Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A, Ullrich S. Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *Br J Psychiatry* 2006;188:423–31.
- Craig RJ, Olson R. Stability of the MCMI-III in a substance-abusing inpatient sample. *Psychol Rep* 1998;83:1273–4.
- Craig RJ. Testimony based on the Millon Clinical Multiaxial Inventory: Review, commentary, and guidelines. *J Pers Assess* 1999;73:290–304.
- Dimeff L, Rizvi SL, Brown M. ym. A Dialectical behavior therapy for substance abuse: a pilot application to metamphetamine-dependant women with borderline personality disorder. *Cog Behav Practice* 2000;7:457–68.
- Dixon-Gordon KL, Turner BJ, Chapman AL. Psychotherapy for personality disorders. *Int Rev Psychiatry* 2011;23:282–302.
- Dole VP, Nyswander M. A Medical Treatment for Diacetylmorphine (Heroin) Addiction. *JAMA* 1965;300:2303–5.
- Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Lemma P. Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 3. Art. No.: CD002208.
- First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JB, Benjamin L. Structured clinical interview for DSM-IV personality disorders (SCID-II): Interview and questionnaire. Washington DC: American Psychiatric Press 1997.
- Gerstley LJ, Alterman AI, McLellan AT, Woody GE. Antisocial personality disorder in patients with substance abuse disorders: a problematic diagnosis? *Am J Psychiatry*. 1990;147:173–8.
- Gibbon S, Duggan C, Stoffers J, ym. Psychological interventions for antisocial personality disorder. *Cochrane Database Systematic Review* 2010, Issue 6 [päivitetty 3.9.2010]. Art. No.: 007668.
- Goodman M, New A, Siever L. Trauma, genes, and the neurobiology of personality disorders. *Ann N Y Acad Sci* 2004;1032:104–16.
- Grella CE, Karno MP, Warda US, Niv N, Moore AA. Gender and comorbidity among individuals with opioid use disorders in the NESARC Study. *Addict Behav* 2009;34:498–504.
- Hasin D, Samet S, Nunes E, Meydan J, Matseoane K, Waxman R. Diagnosis of comorbid psychiatric disorders in substance users assessed with the Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders for DSM-IV. *Am J Psychiatry* 2006;163:689–96.
- Hesse M, Thylstrup B. Inter-rater agreement of comorbid DSM-IV personality disorders in substance abusers. *BMC Psychiatry* 2008;8:37.
- Holmberg N, Kähkönen S. Hyväksymisestä muutokseen. Dialektinen käyttäytymisterapia epävakaaan persoonallisuuden hoidossa. *Duodecim* 2007;5:551–8.
- Holopainen A, Fabritius C, Salaspuro M. Opiiaattiriippuvuus. Teoksessa Salaspuro M, Kiianmaa K, Seppä K. (toim). Päihdelääketiede. Kustannus Oy Duodecim, 2. uudistettu painos, Helsinki 2003, 468–82.
- Huumeongelmanen hoito [verkkodokumentti]. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, Helsinki 2006. <http://www.kaypahoito.fi>
- Kaye S, Darke S, Finlay-Jones R. The onset of heroin-use and criminal behaviour: does order make a difference? *Drug Alcohol Depend* 1998;53:79–86.
- Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M, Breen R. Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 2 [päivitetty 24.2.2003]. Art. No.: CD002209. DOI: 10.1002/14651858.CD002209.
- Mattick RP, Kimber J, Breen C, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 2 [päivitetty 6.12.2007]. Art. No.: CD002207.
- Messina N, Wish E, Hoffman J, Nemes S. Diagnosing antisocial personality disorder among substance abusers: the SCID versus the MCMI-II. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2001;27:699–717.

- Mikkonen A, Niemelä S, Koivumäki V, Heinisuo AM, Salokangas RKR. Joustava opioidikorvaushoito vastaa lisääntyvään hoidon tarpeeseen. *Suom Lääkäril* 2008;63:2161–5.
- Niemelä S. Predictors and correlates of substance use among young men. The longitudinal "From a Boy to a Man" birth cohort study". (Nuorten miesten päihdekäytön ennustekijät ja korrelaatit. "Pojasta mieheksi" -seurantatutkimus.) Väitöskirja. Ann. Univ. Turkuensis D 803, Turun Yliopisto 2008.
- Partanen P, Hakkarainen P, Hankilanoja A, ym. Amfetamiinin ja opiaattien ongelmakäytön yleisyys Suomessa 2005. *Yhteiskuntapolitiikka* 2007;72:553–61.
- Pirkola S, Heikman P, Vorma H, Turtiainen S. Opioidikorvaushoito päihdepsykiatriassa. *Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim* 2007;123:1973–81.
- Salaspuro M, Tiihonen J, Hermansson T, Holopainen A, Myllynpää A. Opioidiriippuvaisten lääkkeellisiä hoitoja kehittäneen työryhmän muistio Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriölle. Työryhmämuistioita 2001:21. [pre20031103.stm.fi/suomi/pao\(julkaisut/opioidi_trm/muistio1.htm](http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao(julkaisut/opioidi_trm/muistio1.htm)
- Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä [verkkodokumentti]. Helsinki: 2008. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2008/20080033>
- Strain EC. Assessment and treatment of comorbid psychiatric disorders in opioid-dependent patients. *Clin J Pain* 2002;18 4 Suppl:S14–27.
- Tanhua H, Virtanen A, Knuuti U, Leppo A, Kotovirta E. Huuometilanne Suomessa 2011. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 62/2011. Helsinki 2011. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/7b3a668f-2958-4d9d-bd6f-a57a176cb0ec>
- Tourunen, J, Pitkänen T, Harju-Koskelin O, Häkkinen A, Holopainen, A. Korvaushoitopotilaiden kuntoutuminen on pitkä ja haasteellinen prosessi. K- ja vieroituslaitosten poliklinikoilla vuosina 2002–2003 hoitonsa aloittaneiden opioidiriippuvaisten potilaiden korvaushoidon seuranta. *Yhteiskuntapolitiikka* 2009;4: 421–428
- Trull TJ, Sher KJ, Minks-Brown C, Durbin J, Burr R. Borderline personality disorder and substance use disorders: a review and integration. *Clin Psychol Rev.* 2000;20:235–53.
- Vorma H, Sokero P, Turtiainen S, Katila H. Opioidikorvaushoito tehoa: korvaushoito HYKS:n päihdepsykiatrian yksikössä 2000–2002. *Suom Lääkäril* 2005;60:1013–6.
- Vorma H, Sokero P, Turtiainen S, Katila H. Opioidiriippuvuuden korvaushoito HYKS:n päihdepsykiatrian yksikössä 2003–2005. *Suom Lääkäril* 2009;64:1853–7.
- Williams LM, Sidis A, Gordon E, Meares RA. "Missing links" in borderline personality disorder: loss of neural synchrony relates to lack of emotion regulation and impulse control. *J Psychiatry Neurosci* 2006;31:181–8.
- Zimmerman M. Diagnosing personality disorders. A review of issues and research methods. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:225–45.
- JONNA LEVOLA**
LL päihdelääket. erityispätevyys, osastonlääkäri
Järvenpään sosiaalisairaala
- TUULI PITKÄNEN**
FT vanhempi tutkija
Järvenpään sosiaalisairaala
- JOUNI TOURUNEN**
YTT tutkimuspäällikkö
Järvenpään sosiaalisairaala
- NILS HOLMBERG**
VTT, psykologi
Järvenpään sosiaalisairaala
- ANTTI HOLOPAINEN**
LL yleislääket. el, päihdelääket. erityispätevyys,
ylilääkäri (emer)
Järvenpään sosiaalisairaala