

Korvaushoitopotilaiden psykiatrinen sairastavuus ja koettu psyykkinen terveys

Korvaushoitopotilaiden (n = 32) psykiatrasta sairastavuutta ja itse arvioitua psyykkistä oirehdintaa selvitettiin haastatteluilla avohoitopainotteisella korvaushoitoklinikalla. Samalla tarkasteltiin psykiatrisen sairastavuuden yhteyttä päihde- ja elämäntilannesidonnaisiin taustatekijöihin ja potilaiden kokemuksiin hoidon vaikuttavuudesta.

Korvaushoitopilaat olivat päihteiden käytön ja sosiaalisen syrjäytymisen näkökulmasta moniongelmaisia. Laaja-alaiset ongelmat olivat alkaneet jo nuoruusiällä. Psyykkinen oireilu oli hyvin yleistä, samoin olivat itsenäiset psykiatriset häiriöt. Vakavia itsetuhoajatuksia oli ollut lähes puolella ja itsemurhayrityksiä joka neljännellä. Itsetuhoisuus sekä ajatusten että käytöksen tasolla liittyi psyykkiseen sairastavuuteen. Tutkittavien oli vaikeaa erotella päihde-ehdoista oirehdintaa itsenäisiin psyykkisiin sairauksiin liittyvästä oireilusta, mikä korostaa järjestelmällisen psykiatrisen diagnostiikan tarpeellisuutta. Psyykkinen sairastavuus ei vaikuttanut tutkittavien kokemuksiin korvaushoidon tuomasta hyödystä millään kysytyistä elämäntilanteista.

JONNA LEVOLA, ANTTI HOLOPAINEN, TUULI PITKÄNEN

JOHDANTO

Suomessa opioidiriippuvuuden korvaushoidot ovat yleistyneet 90-luvulta lähtien. Aiemmin hoitojen tarpeen arviointi, aloitus ja toteutus ovat olleet keskitettyjä erityisyksiköihin. Vuonna 2010 voimaan tuullut korvaushoitoasetus painottaa kuitenkin hoidon porrastusta erityisyksiköiden ja perusterveydenhuollon välillä (Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä 2008). Lisäksi asetus edellyttää henkilökohtaisen hoitosuunnitelman laatimista yksilöllisine tavoitteineen. Potilaiden moniongelmaisuuden ja oheissairauksien arviointi mahdollistavat realistisen hoitosuunnitelman luomisen. Erityisesti potilaiden psykiatrinen oireilu on yhteydessä huonompaan terveydelliseen ja sosiaaliseen tilanteeseen ja oireilu vaikuttaa myös opioidiriippuvaisen ennusteeseen (Calsyn ym. 2000). Psyykkisiin voimavaroihin tulisi siis kiinnittää erityishuomiota ja yksi suomalaisen korvaushoitajajärjestelmän haasteista onkin tunnistaa korvaushoitopotilaiden joukosta

ne, joilla on itsenäinen, hoitoa vaativa psykiatrisen häiriö.

Eräessä keskisuudessa suomalaisessa kaupungissa, jossa oli väestönsä nähden hyvin pieni määrä korvaushoitopotilaita, käynnistettiin Sosiaali- ja terveysministeriön hankerahoituksen turvin vuosina 2007–2009 korvaushoitoklinikka, jonka toimintatavoissa pyrittiin noudattamaan uuden asetuksen henkeä. Tavoitteena oli joustava, polikliinisesti painottuva hoidon tarpeen arviointi ja aloitus buprenorfiini-naloksoni -yhdistelmävalmisteella, sekä potilaiden siirtyminen hoidon edetessä apteekkijakelun ja perusterveydenhuollon piiriin. Hankkeen yhteydessä toteutettiin arviointitutkimus, johon sisältyi korvaushoitopotilaiden elämäntilanteen ja -historian, sekä psyykkisen terveyden laaja arviointi.

Arviointitutkimuksen osana 1) selvitettiin standardoidulla menetelmällä korvaushoitoon tulevien psykiatrasta sairastavuutta ja sairastavuuden yhteyksiä yleisiin ja päihde-ehdoisiin taustatekijöihin, 2) verrattiin potilaiden ja omahoita-

jien arvioita potilaiden psyykkisestä terveydestä todennettuihin psykiatriisiin diagnooseihin sekä 3) arvioitiin hoidossa tapahtuvaa muutosta elämän eri osa-alueilla erityisesti suhteessa psykiatriisiin häiriöihin.

AINEISTO JA MENETELMÄT

Hankkeen aikana klinikkaan otettiin 36 potilasta. Potilaita informoitiin klinikan perustamisesta alkaen arviointitutkimuksesta. Osallistuminen tutkimushaastatteluihin oli vapaaehtoista ja potilaat saivat tiedon siitä, ettei mahdollinen haastatteluista kieltäytyminen vaikuttanut heidän hoitoonsa millään tavalla. Tämä artikkeli käsittelee 32 potilasta, jotka osallistuivat psykiatriisiin tutkimushaastatteluihin.

Psykiatrasta sairastavuutta arvioitiin puolistrukturoiduilla SCID I ja II -haastatteluilta (Structured Clinical Interview for DSM-IV) (First ym. 1997a, 1997b). DSM -diagnoosiluokituksen (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ajankohtaisesti käytössä oleva neljäs versio koostu viidestä akselistä. I akselille kuuluvat mm. psykoosi- ja mielialahäiriöt ja näitä arvioidaan SCID I -haastattelulla. Persoonallisuushäiriöt kuuluvat II akselille, jossa ne jaetaan kolmeen ryhmään (ns. klusterijako) kliinisesti tärkeimpien piirteidensä perusteella. A-klusteriin kuuluvat epäluuloinen, eristäytyvä ja psykoosi- piirteinen persoonallisuus, B-klusteriin huomionhakuinen, narsistinen, epävakaa ja antisosiaalinen persoonallisuus, sekä C-klusteriin riippuvainen, vaativa, passiivis-aggressiivinen ja depressiivinen persoonallisuus. Persoonallisuushäiriöitä arvioidaan SCID II-haastattelulla (DSM IV 1994).

SCID -haastattelut toteutti menetelmään koulutuksen saanut lääkäri (JL). SCID -haastatteluisa pyrittiin erottelemaan päihteiden käyttöön liittyvä ja päihteiden käytöstä itsenäisenä ilmenevä psyykinen oireisto. Mikäli päihteiden käytön merkitystä oireilulle ei voitu vakuuttavasti sulkea pois, tulkittiin oireilu päihteiden käyttöön liittyväksi. SCID I -haastattelussa arvioitiin tutkittavien elämänaikaista sairastavuutta. SCID II -haastattelussa arvioitiin menetelmän mukaisesti tutkittaville tyypillisiä ajattelu- ja toimintatapoja viimeisten viiden vuoden aikana.

SCID-haastattelut toteutettiin kahtena eri haastattelukertana. Ensimmäinen haastattelu (SCID II) tehtiin keskimäärin seitsemän ja toinen haastattelu (SCID I) keskimäärin kahdeksan kuukautta korvaushoidon alkamisesta. Potilaiden

kanssa oli keskusteltu siitä, että SCID-haastatteluisa saatavaa tietoa käytetään heidän hoitonsa yksilölliseen suunnitteluun sekä nimettömänä tutkimushankkeessa. Psykiatristen haastattelujen ulkopuolelle jääminen liittyi hoidon keskeytymiseen ennen haastattelujen toteutumisaikakohtaa.

Tutkittavien henkilö- ja päihdehistoriaa, elämäntilannetta, psyykkistä ja fyysistä terveydentilaa sekä hoitoa koskevia näkemyksiä kartoitettiin EuropASI:n pohjautuvalla puolistrukturoidulla haastattelulla (Kaskela 2011). Nämä haastattelut (n = 28) toteutettiin hieman yli vuosi hoitoon käynnistymisen jälkeen. Demografisia tietoja täydennettiin neljän potilaan osalta tutkimuksen alussa täytetystä EuropASI-päihdekartoituksesta. Näiden lisäksi hoitajat täyttivät potilaista (n = 32) tilannearviolomakkeen keskimäärin yhdeksän kuukautta hoidon alkamisesta.

Ryhmien välisiä eroja tarkasteltiin ristiintaulukoiden ja kahden ryhmän väliset erot testattiin Fisherin tarkkaa testiä käyttäen. Keskiarvojen vertailuissa käytettiin t-testiä ja yksisuuntaista varianssianalyysiä. Elämäntilanteessa raportoitujen muutosten keskiarvojen vertailussa käytettiin parittaista t-testiä.

KORVAUSHOITOPOTILAIEN ELÄMÄNTILANNE

Tutkittavien (n = 32) keski-ikä oli ensimmäisten haastattelujen aikaan hieman alle 30 vuotta. Suurin osa potilaista oli miehiä (n = 27).

Tutkittavilta kysyttiin heidän omaa arviotaan päihteistä, joiden käytön hallinnassa heillä oli elämänsä aikana ollut ongelmia. Kannabiksen ongelmakäyttöä raportoi 27 tutkittavaa, amfetamiiniin 26, buprenorfiiniin niinkään 26, heroiiniin 25, rauhoittavien lääkkeiden 24 ja alkoholin ongelmakäyttöä 18 tutkittavaa. Kahdella kolmesta tutkittavasta oli ollut yksi tai useampi huumausaineiden tai lääkkeiden käyttöön liittyvä yliannostus.

Tutkittavien alkoholin käytön aloitusikä vaihteli 6 ja 16 vuoden välillä, keskimäärin 12-vuotiaana (SD 2,0). Yli puolet tutkittavista käytti 15 ikävuoteen mennessä vähintään kahta päihdettä. Kannabiksen käyttö oli alkanut keskimäärin 14-vuotiaana (SD 1,8), amfetamiini käyttö hieman yli 17-vuotiaana (SD 3,1) ja lääkkeiden päihdekäyttö keskimäärin 17,5 vuoden isässä (SD 4,9). Suonensisäinen päihteiden käyttö oli alkanut keskimäärin hieman alle 19-vuotiaana (SD 3,9). Tutkittavien opioidien käytön aloitusikä vaihteli 15 ja 27 vuoden välillä, keskimäärin opioidien käyttö oli alkanut 20-vuotiaana (SD 3,8).

Pelkän peruskoulun oli suorittanut 11 tutkittavaa. Ammatillisia kursseja oli käynyt 11 tutkittavaa ja muita peruskoulun jälkeisiä opintoja oli kuudella, kolmelta oli jäänyt peruskoulu kesken. Toimeentulotuki oli pääasiallinen tulonlähde 20 tutkittavalla, työttömyyskorvaus viidellätoista ja rahallinen tuki läheisiltä kuudella – palkkatyö ei yhdelläkään. Velkoja oli neljällä viidestä. Vankilatuomioita oli yli puolella tutkittavista ja monilla heistä tuomioita oli takana useita. C-hepatiitti oli 23:lla tutkittavista. Muista kroonisista, elämää häiritsevistä sairauksista tai vammoista kerroti kärsivänsä yli puolet tutkittavista.

Tutkittavien oman arvion mukaan lähes puolella oli ainakin toisella vanhemmista ollut päihdeongelma ja joka kuudennen vanhemmalla psyykkisiä oireita. Tutkittavista kuusi oli asunut lastensuojelulaitoksessa. Tutkittavista kolmelta oli yksi lapsi ja neljällä useampia, mutta vain kuuden talouteen kuului lapsia. Tutkittavista yksitoista asui yhteisessä taloudessa puolison kanssa ja näistä puolisoista yli puolet oli myös korvaushoidossa.

PSYKIATRINEN SAIRASTAVUUS

Tutkittavista 17:llä todettiin itsenäinen I akselin ja 20:lla II akselin häiriö. Sekä I että II akselin diagnoosi voitiin asettaa 12:lle. Seitsemän tutkittavaa ei täyttänyt minkään psykiatrisen häiriön diagnostisia kriteerejä, päihdediagnooseja lukuun ottamatta. Tutkittavista yhdeksällä oli psykiatrisia sairaalahoitoja.

Elämänaikainen psyykinen oirehdinta oli SCID I -haastattelujen perusteella erittäin yleistä. Kaikilla tutkittavilla oli ollut kliinisesti merkittävää oirehdintaa joko primaariin mielenterveyden häiriöön tai päihteiden käyttöön liittyen. Tavallimpia olivat amfetamiinin käyttöön liittyvät psykoosioireet, joita oli esiintynyt kahdella kolmanneksella haastatelluista. Paniikkikohtauksia tai -oireita oli esiintynyt 17 tutkittavalla liittyen joko primaariin ahdistuneisuushäiriöön ja/tai päihteiden käyttöön. Kliinisesti merkittävä, toimintakykyyn vaikuttava mielialaoireisto oli jossakin vaiheessa elämää ollut puolella tutkittavista.

Itsenäisen, päihteistä riippumattoman ahdistuneisuushäiriön diagnoosi voitiin asettaa yli 13 tutkittavalle. Itsenäinen mielialahäiriödiagnoosi voitiin vahvistaa 12:lle. Posttraumaattisen stressioireyhtymän diagnostiset kriteerit täytyivät neljällä. Primaareja psykoottisia häiriöitä ei haastatteluissa tullut esiin.

SCID II -haastatteluissa todettiin yksi tai

useampi persoonallisuushäiriö 20 tutkittavalla. Kahden persoonallisuushäiriön kriteerit täytyivät 12:lla ja kolmen tai useamman kolmella. A-klusterin persoonallisuushäiriö todettiin viidellä tutkittavalla. Kaikilla viidellä oli kyseessä epäluuloinen persoonallisuushäiriö. Myös C-klusterin persoonallisuushäiriö todettiin viidellä tutkittavalla. Diagnooituja häiriötyyppejä olivat vaativa, estynyt ja passiivis-aggressiivinen persoonallisuus.

B-klusterin persoonallisuushäiriö oli yleinen ja se todettiin 18 tutkittavalla. Antisosiaalinen persoonallisuushäiriö todettiin 17:lla ja tunne-elämän epävakaas yhdellä tutkittavalla. Lähes kaikilla tunne-elämän epävakaudesta kärsivillä todettiin siis samanaikainen antisosiaalinen persoonallisuushäiriö. Antisosiaalisen persoonallisuushäiriön diagnoosi edellyttää nuoruusiän käyttöhäiriön kriteerien täyttymistä. Nuoruusiän käyttöhäiriö todettiin jopa kahdella kolmesta tutkittavasta.

Mainittakoon, että yhdellä tutkittavalla todettiin sekamuotoinen persoonallisuushäiriö ja viidellä tutkittavista oli useita persoonallisuushäiriöiden piirteitä, mutta minkään persoonallisuushäiriön diagnoosin kriteerit eivät täytyneet.

Tutkittavien elämäntilanne, päihdehistoria tai aikaisempi vankilassa olo, kuten myöskään vanhempien päihteiden käyttö tai psykiatrisen sairastavuus eivät olleet yhteydessä tutkittavien psykiatrisiin diagnooseihin. I akselin diagnoosi asetettiin useammin niille, joilla oli lapsi tai lapsia (Fisherin tarkka testi $p=0.012$). Persoonallisuushäiriöstä kärsivillä oli päihdekartoitusta edeltävän 6 kk aikana useammin suonensisäistä päihdekäyttöä verrattuna niihin, joilla ei ollut persoonallisuushäiriön diagnoosia (Fisher $p=0.024$).

MIELENTERVEYTTÄ KOSKEVIEN ARVIoidEN VASTAAVUUDET

Tutkittavien oma arvio heidän kokemistaan muista kuin päihteiden käytöstä johtuvista vakavista psyykkistä oireista vastasi melko huonosti SCID-haastattelujen perusteella asetettuja diagnooseja (tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä ei esiintynyt).

Tutkittavista 20 raportoi kokeneensa elämänsä aikana päihteistä riippumatonta vakavaa masennusta, mutta heistä vain kahdeksalla oli ollut diagnostiset kriteerit täyttävä mielialahäiriö. Kolme tutkittavaa, joilla elämänaikaisen mielialahäiriön diagnostiset kriteerit täytyivät, ei raportoinut itse kokeneensa masennusta. Tutkittavista 24

raportoi päihteistä riippumatonta vakavaa ahdistuneisuutta tai jännittyneisyyttä. Heistä 11:lla asetettiin jonkin ahdistuneisuushäiriön diagnoosi. Vain yksi tutkittava, jolla ahdistuneisuushäiriön diagnostiset kriteerit täyttyivät, ei raportoinut kokeneensa merkittävää ahdistusoireilua elämänsä aikana.

Tutkittavista 12 kertoi kärsineensä vaikeuksista hallita väkivaltaista käytöstään ja heistä kahdeksalla oli jokin persoonallisuushäiriö. Kuitenkin 10 tutkittavaa, jotka täyttivät persoonallisuushäiriön diagnostiset kriteerit, ei raportoinut väkivaltaista käyttäytymistä. Vain seitsemän tutkittavaa raportoi itse kokeneensa hallusinaatioita, vaikka SCID-haastattelujen perusteella psykoottisia oireita (useimmiten amfetamiinin käyttöön liittyen) oli ollut 22:lla. Kaikilla seitsemällä, jotka itse raportoivat hallusinaatioita, oli ollut amfetamiinin käyttöön liittyvä psykoosioireisto.

Taulukossa 1 on kuvattu tutkittavien kertomaan perustuen itsetuhoisuuden elämänaikaista esiintymistä eri psykiatristen sairausryhmien yhteydessä. Kaikki tutkittavat, joilla oli itsemurharivetyksiä, täyttivät jonkin itsenäisen psykiatrisen häiriön diagnostiset kriteerit.

Omahoitajan arvion perusteella tutkittavien psyykkinen tasapaino oli hyvä ja/tai psyykkiset oireet olivat hallinnassa neljällä viidestä tutkittavasta. Kaikilla niistä, joilla oli omahoitajan arvion mukaan huolestuttavaa ajankohtaista psyykkistä oireilua oli myös asetettu SCID I -diagnoosi (Fisher $p = 0.019$).

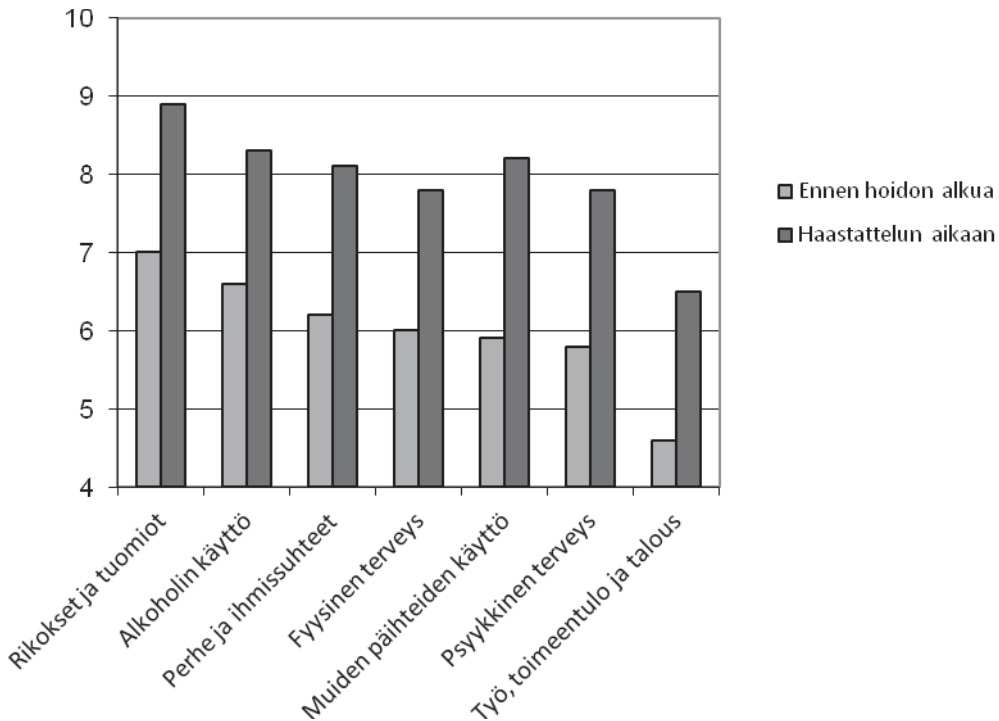
TUTKITTAVIEN KOKEMUS HOIDOSTA

Yli puolet tutkittavista arvioi korvaushoidon vastanneen heidän odotuksiaan erittäin hyvin. Yksikään tutkittavista ei katsonut korvaushoidon vastanneen omia ennako-odotuksia vain vähän tai ei lainkaan. Psykiatrisilla diagnooseilla ei ollut yhteyttä siihen miten korvaushoito oli tutkittavien oman käsityksen mukaan vastannut hoitoon liittyneitä odotuksia.

Tutkittavien omaa arviota elämäntilanteestaan korvaushoidon myötä verrattiin heidän retrospektiiviseen arvioonsa elämäntilanteesta ennen hoidon alkua. Muutosta parempaan oli tapahtunut kaikilla kysytyillä elämän osa-alueilla (Kuvio 1). Parittaisella t-testillä arvioituna muutokset olivat merkitseviä vähintään tasolla $p < 0.006$. Psyykkinen terveys oli arvioitu varsin heikoksi

Kuvio 1.

Tuleeko kuvioteksti????????????????????????????????????



ennen hoidon alkua (kouluarvosanojen keskiarvo 5,8), mutta hoidon myötä tilanteen koettiin parantuneen (keskiarvo 7,8; $p = 0.001$). Tutkittavajoilla oli ollut itsetuhoisia ajatuksia, raportoivat hoidon alussa psyykkisen terveytensä keskimäärin heikommaksi (kouluarvosanojen keskiarvo 5,1) kuin ne, joilla itsetuhoisia ajatuksia ei ollut koskaan ollut [keskiarvo 6,4; $6 p = 0.018$]. Hoidon kuluessa tämä ero hävisi. Mielialahäiriödiagnoosin saaneet raportoivat hoidon alussa enemmän ongelmia alkoholin käytössä (kouluarvosanojen keskiarvo 5,5) kuin he, joilla mielialahäiriötä ei ollut [keskiarvo 7,4; $p = 0.018$], mutta myös tämä ero hävisi hoidon kuluessa.

POHDINTA

Psyykkiset häiriöt olivat näillä varsin moniongelmaisilla tutkittavilla yleisiä. Jokin elämänaikainen I akselin häiriö oli yli puolella ja persoonallisuushäiriö lähes kahdella kolmesta tutkittavasta. Tutkittavat myös itse raportoivat hyvin usein vakaviksi koettuja psyykkisiä oireita elämänsä varrelta. Tutkittavien omat arviot psykiatrisesta oirehinnasta vastasivat kuitenkin melko huonosti itsenäisten psykiatristen häiriöiden diagnooseja. Erityisen huonosti tutkittavat vaikuttivat itse tunnistavan psykoottisia oireita. Vakavia itsetuhoajatuksia oli ollut lähes puolella ja itsemurhayrityksiä joka neljännellä. Itsetuhoisuus liittyi sekä objektiivisesti todettuun psyykkiseen sairastavuuteen että subjektiiviseen kokemukseen psyykkisestä terveydestä. Laaja-alaiset ongelmat olivat alkaneet jo nuoruusiällä, mikä näkyi päihteen käytön aloitusiässä ja nuoruusiän käytöshäiriöisyyden yleisyytenä.

Psykiatristen häiriöiden yleisyys tutkituilla korvaushoitopotilailla ei ole ristiriidassa aiemman kansainvälisen kirjallisuuden kanssa. On kuitenkin huomioitava, että kirjallisuudessa erityisesti arviot mm. persoonallisuushäiriöiden esiintymisluvuista opioidiriippuvaisilla vaihtelevat huomattavasti (Strain 2002). Suomalaisten opioidiriippuvaisten psyykkistä oheissairastavuutta on arvioitu 2000-luvulla: Vorman ym. ovat tutkineet pääkaupunkiseudun korvaushoitopotilaita 2000-luvulla ja todenneet kahdella kolmasosalla jonkin psykiatristen häiriön. Mielialahäiriötä Vorman ym. mukaan esiintyi n. 20 %:lla, samoin ahdistuneisuushäiriötä. Persoonallisuushäiriöiden esiintyvyydeksi Vorman ym. totesivat 51–86 %. (mm. Vorman ym. 2005, Vorman ym. 2009). Mikkonen ym. (2008) raportoivat kolmanneksella varsinais-suomalaisista korvaushoitopotilaista olevan hoi-

toa vaativan I akselin ja kahdella kolmanneksella II akselin häiriön.

Tässä tutkimuksessa tutkittavien itse raportoimat psyykkiset oireet olivat hyvin yleisiä. Kuitenkin vain osalla heistä oli toettavissa diagnostiset kriteerit täyttävä psykiatrinen häiriö. Arvioitaessa psykiatristen häiriöiden yleisyyttä opioidiriippuvaisilla ja päihderiippuvuudesta kärsivillä yleensä onkin tiedostettava, että päihdehäiriöön liittyvä oirehdinta voi joskus muistuttaa ilmiänsä psykiatrisia häiriöitä (Alterman ja Cacciola 1991). Näin on erityisesti mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöiden osalta, mutta myös tiettyjen persoonallisuushäiriöiden osalta.

Huomattavaa oli, että erityisesti persoonallisuushäiriötä arvioitaessa tutkittavat kokivat vaikeaksi määritellä vastauksiaan viiden viime vuoden ajalta. He jaottelivat usein käyttöksensä ja ajattelunsa aikaan ”ennen ja jälkeen korvaushoidon alkamisen”. Erityisesti antisosiaalisten ja epäluuloisten piirteiden korostuminen voisi osin selittyä pitkään jatkuneesta päihdemaailman vaikutuksesta tutkittavien ajattelu- ja käytösmalleihin.

Kirjallisuuden mukaan psyykkisesti oireilevien korvaushoitopotilaiden terveydellinen ja sosiaalinen kokonaistilanne on lähtökohtaisesti huonompi kuin niillä, joilla psyykkistä oireilua ei ole (Calsyn ym. 2000). Tässä tutkimuksessa ei havaittu merkittäviä terveydellisiä tai sosiaalisia eroja psykiatristen diagnoosin mukaan. Tähän vaikuttanee osaltaan aineiston pieni koko ja sen asettamat rajoitukset. Persoonallisuushäiriöistä kärsivillä todettiin kuitenkin enemmän viimeaikaista riskikäyttäytymistä (suonensisäistä päihdekäyttöä).

Hankkeen tavoitteena oli saada korvaushoidon piiriin 60 potilasta perustuen kaupungin matalan kynnyksen yksikön selvitykseen, jossa arvioitiin korvaushoitoa mahdollisesti tarvitsevien opioidiriippuvaisten määrää. Potilastavoitteeseen ei päästy, sillä potilaiden siirtyminen klinikalta jatkohoittoon perusterveydenhuoltoon oli odotettua hitaampaa. Psykiatrinen oirehdinta ja toisaalta moniongelmaisuus päihdehistorian ja sosiaalisen syrjäytyneisyyden osalta on voinut vaikuttaa suunnitellun jatkohoidon heikkoon toteutumiseen. Moniongelmaisuuden haasteista huolimatta polikliinisesti painottuva korvaushoito vastasi kuitenkin hyvin potilaiden omia odotuksia ja heidän elämässään oli noin vuoden aikana korvaushoidon alkamisesta tapahtunut useilla osa-alueilla merkittävää parantumista.

Tämän tutkimuksen tulosten tulkinnessa on huomioitava joitain rajoitteita. Aineisto oli varsin pieni ja se edustaa lähinnä urbaanin suomalaisen kaupunkialueen korvaushoitopotilaita. Kuitenkin aiemmat tutkimukset (mm. Vormo ym. 2005 ja 2009, Tanhua ym. 2011) ja kliininen kokemus ovat osoittaneen suomalaisten korvaushoitopotilaiden olevan kuvatun tutkimusaineiston tavoin varsin moniongelmaisia päihteiden käytön, psyykkisen sairastavuuden ja sosiaalisen elämässä osalta. Naisia oli tässä aineistossa niukasti ja sukupuolten välisiä eroja ei voitu vertailla. Mainittakoon kuitenkin, että haastatteluihin osallistuneet naiset olivat yleisesti ottaen varsin moniongelmaisia.

Myös menetelmälliset rajoitteet käytettyjen psykiatristen haastatteluiden osalta on hyvä huomioida. SCID I -haastattelu ei käsittele aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriöitä. Joidenkin tutkimusten mukaan näiden häiriöiden esiintyvyys päihdeongelmaisilla olisi selkeästi korkeampi

normaaliväestöön nähden (van Emmerik-van Oortmerssen 2011). SCID I -haastattelussa on myös varsin niukka syömishäiriöitä ja ruumiin kuvan häiriöitä käsittelevä osuus. SCID -haastatteluiden soveltuvuus päihdeongelmaisten psykiatriseen häiriöisyyden arvioinnissa on myös asetettu kyseenalaiseksi (Levola ym. 2012, Hesse ja Thylstrup 2008, Messina ym. 2004).

LOPUKSI

Psykiatrisen oheissairastavuuden järjestelmällinen arviointi on tärkeää korvaushoitopotilailla, sillä psykiatrinen oirehdinta on hyvin yleistä ja potilaat eivät itse useinkaan pysty erottelemaan päihteiden osuutta psyykkisessä oireilussaan. Psykiatriseen oheishäiriöisyyteen voi liittyä kohonnut itsetuhoisuuden riski ja oirehdinta voi vaikuttaa jatkohoidon toteutumiseen. Kuitenkin myös moniongelmaisilla potilailla on mahdollisuus hyötyä korvaushoidosta useilla elämänalueilla.

Levola J, Holopainen A, Pitkänen T. The objective and subjective psychiatric health of patients in opioid substitution treatment
Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti – Journal of Social Medicine 2012;49:350–356

The psychiatric symptomatology and diagnoses of 32 patients in an out-patient based opioid substitution programme were evaluated via interview. Psychiatric co-morbidity was assessed against background information and history of substance use as well as subjective evaluations of treatment benefits in different areas of life.

The patients had a wide range of social problems and a history of problematic use of multiple substances. The problems had begun quite early in youth as could be determined by ages of onset of different substance use and the high rate of youth conduct disorder. Psychiatric symptoms were very common as were

independent psychiatric illnesses. Almost half of the patients had had severe suicidal ideation in their lifetime and one in four had attempted suicide. All patients with a history of suicidality had an independent psychiatric diagnosis. The patients were not able to distinguish between substance-induced and symptoms due of independent psychiatric disorders, which highlights the need for systematic diagnostic evaluation of psychiatric illness. Despite high rates of psychiatric co-morbidity, the patients' self-evaluations showed an improvement in all measured aspects of life due to the substitution treatment programme.

KIRJALLISUUS

- Alterman AI, Cacciola JS. The antisocial personality disorder diagnosis in substance abusers: problems and issues. *J Nerv Ment Dis* 1991;179:401–9.
- 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.
- DSM IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID). Washington DC: American Psychiatric Press 1997a.
- 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 1997b.
- Hesse M, Thylstrup B. Inter-rater agreement of comorbid DSM-IV personality disorders in substance abusers. *BMC Psychiatry* 2008;8:37.
- Kaskela, Teemu. Haaveena normaali elämä. Tutkielma opioidikorvaushoitopotilaiden hoitoa koskevista mielipiteistä, hoidon tavoitteista ja psykososiaalisesta tilanteesta. Itä-Suomen yliopisto, yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Yhteiskuntapolitiikan pro gradu -tutkielma, elokuu 2011. <http://urn.fi/urn:nbn:fi:uef-20110359>. [Luettu 30.3.2012]
- Levola J, Pitkänen T, Tourunen J, Holmberg N, Holopainen A. Opioidiriippuvaisen persoonallisuushäiriö – katsaus diagnostiikan ja hoidon haasteisiin. *Sosiaalilääk Aikak* 2012 (painossa).
- 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.
- Sosiaali- ja terveysministeriön asetus opioidiriippuvaisten vieroitus- ja korvaushoidosta eräillä lääkkeillä [verkkodokumentti]. Helsinki: 2008. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2008/20080033>. [Luettu 30.3.2012]
- 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. Huumetilanne Suomessa 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 62/2011. Helsinki 2011. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/7b3a668f-2958-4d9d-bd6f-a57a176cb0ec>. [Luettu 30.3.2012]
- van Emmerik-van Oortmerssen K, van de Glind G, van den Brink W, Smit F, Crunelle CL, Swets M, Schoevers RA. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: A meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug Alcohol Depend* 2012;122:11–9.
- Vorma H, Sokero P, Turtiainen S, Katila H. Opioidikorvaushoito tehoaa: korvaushoito KYKS:n päihdepsykiatrian yksikössä 2000–2002. *Suomen Lääkäril* 2005;60:1013–6.
- Vorma H, Sokero P, Turtiainen S, Katila H. Opioidiriippuvuuden korvaushoito HYKS:n päihdepsykiatrian yksikössä 2003–2005. *Suomen Lääkäril* 2009;64:1853–7.

JONNA LEVOLA

LL tutkija, päihdelääket. erityispätevyys
A-klinikkasäätien tutkimusyksikkö

ANTTI HOLOPAINEN

LL, yleislääket. el, päihdelääket. erityispätevyys,
ylilääkäri (emer)
Järvenpään sosiaalisairaala

TUULI PITKÄNEN

FT, vanhempi tutkija
A-klinikkasäätien tutkimusyksikkö