

Nuorten päihdehäiriöiden hoito

Jaana Lepistö, LL, päihdelääketieteen erityispätevyys, tutkija

Bettina von der Pahlen, psykologi, FT, tutkija

Mauri Marttunen, LT, tutkimusprofessori

**Kansanterveyslaitos,
Mielen terveyden ja
alkoholitutkimuksen osasto,
Nuorten mielen terveysyksikkö**

**HYKS,
Peijaksen sairaala,
Psykiatrian tulosyksikkö,
Nuorisopsykiatrian
vastuualue**

Nuorten päihdehäiriöiden hoito

Jaana Lepistö, Bettina von der Pahlen, Mauri Marttunen

JOHDANTO

Nuoruusikä (12-22 v.) on noin kymmenen vuotta kestävä elämänvaihe, jonka kehitystehtävänä on kasvaa itsenäiseksi aikuiseksi. Kliinisessä työssä nuoruusikä voidaan jakaa vaiheisiin, joissa nuori kohtaa erilaisia kehityshaasteita ja joissa häntä myös uhkaavat erilaiset kehityksen riskit. Yleensä nuoruuskehityksen ajatellaan muodostuvan varhaisnuoruudesta (noin 12-14 v), varsinaisesta nuoruudesta (noin 15-17 v) ja myöhäisnuoruudesta (noin 18-21/22 v). Nuoren ajautuminen päihdekierteeseen voi vaarantaa hänen nuoruusiän kehityksensä. Päihteiden käyttö on Suomessa kuten muuallakin maailmassa lisääntynyt ja kulttuurimme on muuttunut yhä päihdemyönteisemmäksi. Päihdekokeilut liittyvät usein nuoruusikään, mutta ongelmaksi on muodostunut paitsi kokeilujen yleistyminen, myös niiden ajoittuminen yhä nuorempaan ikään. Mitä varhemmin päihteiden käyttö alkaa, sitä todennäköisemmin se johtaa ongelmiin. Esimerkiksi säännöllinen alkoholin käyttö ennen 14 vuoden ikää aiheuttaa kolminkertaisen riskin alkoholiriippuvuuden syntymiseen aikuisuuden kynnyksellä aloittaneisiin verrattuna. Diagnoitavia päihdehäiriöitä, joita ovat haitallinen käyttö tai riippuvuus, on nuoruusikäisistä noin 5-10 %:lla. Heistä ainakin 80 %:lla on myös muita samanaikaisia (komorbideja) mielenterveyshäiriöitä. Näistä yleisimpiä ovat käytös- ja tarkkaavaisuushäiriöt sekä mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt. Päihdehäiriöt ovat luonteeltaan sekä pitkäkestoisia että toistuvia ja ne aiheuttavat merkittävää psyykkistä ja sosiaalista haittaa paitsi nuoruudessa myös myöhemmin aikuisuudessa. Nuoruudessa opittu päihdehakuinen käyttäytyminen jatkuu helposti aikuisuudessa, paitsi nuoruusiän kehityksen

vaarantumisen kautta, myös koska aivojen palkitsemis- ja mielihyväjärjestelmät ovat herkistyneet riippuvuutta aiheuttaville aineille.

Tällä aineistolla pyritään antamaan nuorten kanssa työskenteleville aikuisille ajankohtaista tietoa nuorten päihdehäiriöiden hoidosta. Hoidon nykysuuntauksena on avohoitopainotteisuus, laaja-alaisuus, räätälöitävyys kunkin nuoren erityistarpeiden mukaan sekä nuoren kehityksellisen vaiheen huomioiminen. Nuoren elämäntilanteen kokonaisvaltainen arviointi on hoidon kulmakivi, sillä päihdehäiriöstä kärsivällä nuorella on useimmiten monia muita samanaikaisia ongelmia eri elämänalueilla. Aineistossa pyritään valottamaan pääsääntöisesti niitä erilaisia psykososiaalisia hoitomuotoja, joista on paras tutkimuksellinen näyttö (tutkimukset on pääasiassa tehty Yhdysvalloissa).

1 Nuorten päihdehäiriöiden altistavat ja suojaavat tekijät

Tutkimuksissa on tunnistettu useita tekijöitä, jotka voivat joko altistaa nuorta päihdehäiriöiden kehittymiselle tai suojata häntä siltä. Näiden riskitekijöiden ja suojaavien tekijöiden tunnistamisella on paitsi ennaltaehkäisevien toimien kohdentamisen, myös hoidon kannalta tärkeä merkitys: hoidon aikana voidaan pyrkiä vahvistamaan havaittujen suojaavien tekijöiden vaikutusta ja vähentämään riskitekijöiden vaikutusta.

Riskitekijät voivat olla geneettisiä, nuoren persoonallisuuteen kuuluvia ominaisuuksia, lapsuuden perheeseen ja sen toimintakykyyn liittyviä tai erilaisia muita ympäristötekijöitä. Nuoren ominaisuuksia, jotka saattavat lisätä riskiä päihdehäiriöön, ovat mm. tarkkaavaisuushäiriöt, uhmakkuus- ja käytöshäiriöt tai muuten ilmenevä vaikeasti hallittava

temperamentti, aggressiivisuus ja impulsiivisuus. Kovin nuorena aloitetut päihdekokeilut sekä muu riskikäyttäytyminen, traumaattiset elämäntapahtumat ja oppimisvaikeudet altistavat nuorta päihdehäiriöihin. Nuorella voi olla myös erityinen tarve hakea jatkuvasti uusia elämyksiä, joihin voi lukeutua päihtymisen toistuva kokemus. Nuoren perheeseen liittyviä riskitekijöitä ovat mm. vanhempien oma päihteiden väärinkäyttö ja vakavat mielenterveyshäiriöt. Lisäksi vanhempien sallivuus nuoren päihteiden käytölle, puutteellinen vanhemmuus sekä riitaisa kodin ilmapiiri voivat vaikuttaa siihen, miten helposti nuori ajautuu ongelmiin päihteiden kanssa. Ympäristötekijöistä tärkeimmät ovat kavereiden ihannoiva suhtautuminen päihteisiin, kaveripiirissä ilmenevä epäsosiaalinen käytös ja runsas päihteiden käyttö. Yhteiskunnassa vallitseva päihdemyönteinen kulttuuri ja päihteiden helppo saatavuus sekä alhainen hinta voivat edistää nuoren päihteiden käyttöä. Uusimman tutkimustiedon mukaan ympäristöön liittyvät tekijät vaikuttavat voimakkaasti nuorten päihdekokeiluihin, kun taas geneettisten tekijöiden merkitys on huomattava päihderiippuvuuden kehittämisessä.

Suojaavina tekijöinä pidetään ennen muuta tiettyjä perhetekijöitä, joista riittävän vahva vanhemmuus lienee tärkein. Myös lasten ja vanhempien läheiset suhteet, toimiva keskusteluyhteys perheenjäsenten välillä sekä järkevä suhtautuminen päihteiden käyttöön vähentävät nuoren riskiä ajautua päihteiden hallitsemattomaan käyttöön. Hoidossa erityisesti näiden tekijöiden vahvistamisella on keskeinen merkitys. Nuoren hyvä koulumenestys saattaa myös suojata häntä ongelmilta tarjoamalla onnistumisen kokemuksia, mikäli menestyksen taustalla eivät ole vanhempien ylimitoitettut toiveet ja niistä syntyvä suoriutumispakko.

Altistavia ja suojaavia tekijöitä arvioitaessa on muistettava, että kyseisten tekijöiden syy-seuraussuhteet eivät ole yksiselitteisiä. Ne vaikuttavat usein moniin eri asioihin yhtä aikaa ja niillä on nuorelle erilainen merkitys eri ikä- ja kehitysvaiheissa. Nuorten päihdehäiriöiden hoidossa korostetaan nykyään jatkuvaa arviointia ja hoitoa pyritään aktiivisesti suunnittelemaan siten että suojaavat tekijät vahvistuisivat ja altistavien tekijöiden vaikutus lievenisi.

2 Päihdehäiriöiden arviointi

Päihdehäiriöstä kärsivällä nuorella on lähes aina muitakin ongelmia, jotka kaipaavat huomiota. Sen lisäksi, että nuoren päihdehäiriö diagnosoidaan ja sen vaikeusaste arvioidaan, täytyy myös kartoittaa muut tukea tai hoitoa vaativat ongelmat. Haastattelu voidaan tehdä vapaamuotoisesti tai käyttää apuna joko itse täytettäviä arviointilomakkeita tai haastattelumenetelmiä. Oleellista on, että nuori kokee tulevansa ymmärretyksi kokonaisuutena. Seuraavat nuoren elämänalueet tulisi kartoittaa: psyykinen terveys, fyysinen terveys, koulu- ja/tai työtilanne, perhesuhteet, ikätoverisuhteet, vapaa-ajanvietto, mahdollinen rikollisuus sekä tietysti päihteiden käyttö. Suomessa on otettu käyttöön puolistrukturoitu haastattelumenetelmä EuroADAD, joka vastaa aikuisille tarkoitettua EuropASIA. Kyseisen haastattelumenetelmän avulla saadaan laaja-alaista tietoa nuoren pärjäämisestä ja sitä voidaan käyttää hoidon suunnittelun tukena sekä joiltain osin myös hoidon seurannassa. EuroADADin käyttö edellyttää osallistumista haastattelukoulutukseen (tiedustelut: Tampereen yliopistollinen sairaala, Nuorisopsykiatria, EVA-yksikkö). Myös varhaistunnistamisessa käytettävistä lyhyistä kyselyistä AUDIT ja CRAFT (katso tarkemmin Kansanterveyslaitoksen ja Terveystieteiden tutkimuskeskuksen aiemmasta

julkaisusta Nuorten päihdehäiriöiden varhaistunnistaminen) on muun haastattelun ohella hyötyä kartoitettaessa nuoren päihteiden käyttöä.

3 Psykososiaaliset hoidot

Nuorten päihdehäiriöiden hoitotutkimuksessa näyttöä on kertynyt ennen kaikkea erilaisten psykososiaalisten hoitomuotojen tehosta avohoidossa. Psykososiaaliset hoidot voidaan jakaa seuraaviin kolmeen ryhmään: 1) yksilökeskeiset joko yksilö- tai ryhmätapaamisina toteutetut hoidot, joissa kohteena on yksilön sisäinen muutos, 2) perhekeskeiset hoidot, joissa hoitotoimet kohdistuvat pääasiassa perheen sisäiseen systeemiin, sekä 3) erilaiset edellisten ryhmien teoriataustaa ja/tai hoitomenetelmiä yhdistelevät integroidut hoitomallit.

3.1 Yksilökeskeiset hoidot

Yksilön sisäiseen muutokseen kohdentuvia hoitomuotoja on useita. Näistä mm. kognitiivisbehavioraalisia hoitomalleja, yhteisövahvistusohjelmia, motivaatiota vahvistavia hoitomalleja, terapeutista yhteisöhoitoa ja 12 askeleen ohjelmia on tutkittu nuorilla.

Kognitiivisbehavioraaliset hoitomallit pohjautuvat sosiaalisen oppimisen teoriaan. Päihteiden käyttö nähdään addiktiivisena käyttäytymisenä, joka on opittu tapa ja jota voidaan analysoida ja muuttaa muiden käyttäytymistapojen tavoin. Suomessa yläkäsitteenä käytetään kognitiivista psykoterapiaa, jonka yhtä muotoa kognitiivisbehavioraalinen terapia (CBT) eli kognitiivinen käyttäytymisterapia edustaa. Nimenomaan

käyttäytymisterapeuttisten tekniikoiden hyödyllisyydestä nuorten päihdehäiriöiden hoidossa on tutkimuksissa saatu hyviä tuloksia. Kognitiivista käyttäytymisterapiaa käytetään sekä laitos- että avohoidossa eikä kyseisten tekniikoiden käyttämiseen vaadita erityistä psykoterapiakoulutusta.

Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa pidetään tärkeänä uskomusten ja tulkintojen käsittelyä, koska niillä on todettu olevan voimakas yhteys nuoren selviytymismahdollisuuksiin. Päihteitä käyttävä nuori saattaa esimerkiksi ajatella, että jos hän lopettaisi käytön, kaverit pitäisivät häntä tylsänä ja seuraan hakeutuminen olisi vaikeampaa. Nuori ei näin ollen halua lopettaa käyttöönsä, vaikka muutoin olisikin siihen valmis. Huomion kiinnittäminen kyseiseen uskomukseen voi saada nuoren testaamaan, voisiko hän sittenkin tulla muiden hyväksymäksi ilman päihteitä. Lisäksi tämän terapiamuodon tavoitteena on tunnistaa ympäristöön liittyviä vihjeitä (voivat liittyä aikaan, paikkaan, mielialaan, ihmisiin jne.), jotka ovat päihteiden käyttötilanteisiin ehdollistuneita mielihaluja laukaisevia tekijöitä. Esimerkiksi jos ahdistuneisuushäiriöstä kärsivä nuori on tottunut saamaan helpotusta oloonsa kannabiksen poltosta, hän kokee mielihalua polttaa aina kun ahdistusoireet pahenevat.

Päihdekäyttäytymistä ohjaavat suuressa määrin päihtymisen lyhytaikaiset, yksilön positiivisena kokemat seuraukset kuten itsevarmuus ja seurallisuus. Kielteiset seuraukset ovat pääasiassa pitkän tähtäimen seurauksia (vaikutukset terveyteen), joilla ei etenkin nuorille ole samaa vaikutusta käyttäytymiseen kuin välittömällä seurauksilla. Nuoren kohdalla kielteisinä seurauksina toimivat useimmiten perheen tai koulun suunnalta tulevat rajoitukset, jotka voivat toimia käyttäytymisen muutokseen motivoivina tekijöinä. Ongelmia ylläpitävät tekijät ovat aina nykyhetkessä, vaikka ongelman uskomukselliset

juuret ovatkin lapsuudessa. Kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa kiinnitetään päähuomio nykyhetken tekijöihin.

Kognitiivinen käyttäytymisterapia aloitetaan yleensä käyttäytymisanalyysilla, jossa tutkitaan nuoren vuorovaikutusta ympäristönsä kanssa. Yhteistyötä korostetaan alusta asti: nuori osallistuu aktiivisesti tavoitteiden ja toimenpiteiden suunnitteluun. Nuoren kanssa tehdään hoitosopimus, johon on kirjattu paitsi hoidon varsinaiset tavoitteet myös viikoittaiset välitavoitteet sekä positiiviset tai negatiiviset käyttäytymisen seuraukset. Tavoitteiden saavuttamisen yhteydessä nuorelle annetaan myönteistä palautetta, jotta toivottu käyttäytyminen vahvistuisi. Nuoren uskomusjärjestelmiä pyritään muuttamaan mm. käyttämällä apuna monitorointia (nuori pitää ongelmakäyttäytymisestään päiväkirjaa), selvittämällä mitkä ovat käyttöä laukaisevia ulkoisia ja sisäisiä vihjeitä sekä tunnistamalla niihin liittyviä riskitilanteita. Käyttäytymisen muuttamiseksi harjoitellaan vaihtoehtoisia sosiaalisia taitoja rooliharjoitusten avulla.

Harjoiteltavista uusista taidoista annetaan nuoren elämään liittyviä havainnollisia esimerkkejä, jotta nuori sitoutuu paremmin hoitoon ja vakuuttuu uusien taitojen hyödyllisyydestä käytännössä. Näitä taitoja ovat esim. erilaiset jämyyteen liittyvät taidot, kuten alkoholista tai huumeista kieltäytyminen itseä ja muita kunnioittavalla tavalla (nuorilla ikätovereiden taholta tuleva päihteiden käyttöön kannustava paine saattaa olla valtava), ongelmanratkaisutaidot, keskustelun käynnistäminen vieraan ihmisen kanssa, sellaisen kehon kielen käyttö joka ei ärsytä tai pelota muita, kielteisten tunteiden (pettymyksen, suuttumuksen) hallinta, rentoutumisharjoitukset sekä vapaa-ajan hallinta. Uusia käyttäytymismalleja harjoitellaan aluksi riskittömissä tilanteissa, lopulta haasteellisemmissä tosielämän tilanteissa. Kognitiivinen käyttäytymisterapia on

osoittautunut yhtä tehokkaaksi sekä ryhmäistunnoissa toteutettuna että kahdenkeskisissä tapaamisissa työntekijän kanssa.

Käyttäytymisterapeuttisia tekniikoita käytetään myös yhteisövahvistusohjelmissa, joissa tavoitteena on auttaa nuorta löytämään omasta lähiyhteisöstään päihteettömänä pysymistä tukevia voimavaroja ja aktiviteetteja. Näissä hoitomuodoissa käytetään usein nuoren toivottua käyttäytymistä vahvistavia konkreettisia palkintoja, kuten vapaalippuja elokuviin, liikuntatiloihin tms., kun tavoitteiden saavuttamisesta on objektiivista näyttöä esimerkiksi negatiivisten huumesulojen muodossa.

Uudempaa ajattelua edustavat myös erilaiset muutosmotivaation vahvistamiseen tähtäävät hoitosuuntaukset. Niissä poiketaan aiemmin vallinneesta sairauskeskeisestä ja täydellistä päihteettömyyttä vaativasta ideologiasta: niiden mukaan nuoruusikään kuuluvan henkilökohtaisen itsemääräämisoikeuden ja itsenäistymisen tarpeen huomioon ottava lähestymistapa tavoittaa nuoria paremmin. ”Tule sellaisena kuin olet” -periaate antaa nuorelle mahdollisuuden hakea apua jo silloin, kun hän ei vielä ole valmis kokonaan luopumaan päihteiden käytöstä. Näitä haittojen vähentämistä peruseriaatteenaan pitäviä hoitomalleja on viime vuosina tarjottu pääasiassa päivystyspisteisiin alkoholin käyttöön liittyvien tapaturmien vuoksi toimitetuille nuorille. Haittojen vähentämisajattelun soveltaminen myös nuoriin perustuu tutkimustietoon siitä, että useimmat nuoret lopettavat runsaan alkoholin käytön aikuistuttuaan, kun taas joillakin on riski kehittyä riippuvaisiksi. Tämän vuoksi pidetään tärkeänä tarjota lyhyitä interventioita koko ryhmälle, jolloin pystytään paitsi vähentämään juomiseen liittyviä haittoja kaikilla, myös tavoittamaan ajoissa riippuvuusriskissä olevat. Interventiot ovat periaatteessa vastaavanlaisia kuin aikuisilla tutkitusti hyvin toimivat mini-interventiomallit. Nuorille suunnattujen mini-

interventioiden vaikuttavuudesta alkoholin käyttöön liittyvien haittojen vähentämisessä on kertynyt tutkimusnäyttöä etenkin niiden nuorten kohdalla, jotka ovat intervention aikaan kiistäneet alkoholin käyttöönsä liittyvän minkäänlaisia ongelmia.

Motivoiva haastattelu on näissä hoitomalleissa muutoksen edistämisen keskeinen työkalu. Kun motivaatio ymmärrettiin aiemmin selittävänä muuttujana ("hoito ei onnistu koska nuori ei ole motivoitunut"), nykyään se ymmärretään selitettävänä muuttujana, johon voidaan vaikuttaa terapeuttisin menetelmin. Motivoivan haastattelun aikana työntekijä pyrkii arvioimaan, missä muutoksen vaiheessa nuori on. Yleensä ensikontaktin aikana nuori on joko esiharkinta- tai harkintavaiheessa (nuori joko ei tunnista omaa ongelmaansa tai tiedostaa muutoksen tarpeellisuuden, mutta päihteiden käytön lyhyen tähtäimen edut merkitsevät paljon). Työntekijä voi auttaa nuorta tiedostamaan mahdollisen ambivalenssinsa olemalla vahvistamatta nuoressa helposti heräävää vastarintaa. Keskustelun tulee olla luonteeltaan asiallista, oikeaa tietoa antavaa ja nuorta puhumaan rohkaisevaa. Oleellista on, ettei työntekijä valitse tavoitteita oman arvionsa mukaan, vaan antaa nuoren itse valita itselleen sopivimmat useiden mahdollisuuksien joukosta.

Terapeuttinen yhteisöhoito on alun perin kehitetty vaikeasti huumeriippuvaisten aikuisten hoitoon. Siinä päihteiden käyttö nähdään henkilön koko persoonallisuutta koskevana häiriötilana ja siksi sen hoito on pitkäkestoista (useita vuosia), kokonaisvaltaista, hyvin strukturoitua, rajoitetuissa olosuhteissa (laitoksessa) tapahtuvaa ja useimmiten lääkkeetöntä. Henkilökunta koostuu osin toipuvista entisistä käyttäjistä, osin ammattilaisista. Nuorille on muokattu paremmin heidän tarpeisiinsa soveltuvia yhteisöhoitomalleja, joissa nuoren kehityksellinen vaihe otetaan huomioon ja joissa nuoren perheellä usein on merkittävä osa terapeuttisessa prosessissa. Nuorille suositellaan myös

lyhyempiä hoitajaksoja kuin aikuisille, kuitenkin vähintään puolen vuoden kestoisia. Hoitoon kuuluu tiivis päiväohjelma ryhmäterapiaistuntoineen ja yksilökeskusteluineen; lisäksi kullekin nuorelle on määritelty päivittäiset vastuutehtävät. Yhteisöllisen vastuun kantamisen katsotaan olevan avain nuoren päihteiden käyttötapojen muutokseen. Terapeuttinen yhteisöhoito soveltuu lähinnä sellaisille vaikeasti päihdehäiriöisille nuorille, joille päihdekierre on ennättänyt aiheuttaa vakavia ongelmia useilla elämänalueilla ja joiden toimintakyky on oleellisesti heikentynyt. Terapeuttisen yhteisöhoidon ongelmana on se, että keskimäärin 75 % nuorista keskeyttää hoidon sen vaativuuden vuoksi.

Yhdysvalloissa, jossa nuorten päihdehäiriöiden tutkimusta on pääasiassa tehty, käytetään edelleen eniten ns. 12 askeleen ohjelmia, vaikka niitä koskeva tutkimusnäyttö on vähäistä. Näissä ohjelmissa päihderiippuvuus nähdään kroonisena etenevänä sairautena myös nuoruusikäisillä. Lähtökohtana on, että nuori tunnustaa voimattomuutensa päihteiden suhteen ja hyväksyy ajatuksen, ettei enää koskaan voi pyrkiä hallitusti käyttämään mitään päihteitä. Lääkityksiä ei näissä hoidoissa hyväksytä eikä psykiatrista arviointia katsota tarpeelliseksi. Suomessa tämäntyyppinen lähestymistapa nuorten hoidossa on vähäistä, mikä onkin nuoruuskehityksen näkökulmasta perusteltua.

3.2 Perhekeskeiset hoidot

Nuorten päihdehäiriöiden hoidoista eniten on tutkittu perheessä tapahtuvaan muutokseen fokusoivia hoitomalleja, joissa perhesuhteiden ja perheympäristön merkitystä nuorten päihdehäiriöiden synnylle pidetään huomattavana. Nykyään perheterapiassa pyritään

kohdentamaan erilaisia yksityiskohtaisesti kuvattuja interventiota perheen ongelmia ylläpitäviin käyttäytymismalleihin.

Eniten on keskitytty systeemiteoriaan pohjautuviin malleihin. Systeemiteorian mukaan jonkin perheenjäsenen ongelmakäyttäytyminen on mielekästä nähdä koko perhesysteemin toiminnan valossa. Nuoren päihteiden käyttö, riippumatta siitä miltä pohjalta se on syntynyt, saattaa palvella jotain perheen koossapysymiselle tärkeää tehtävää, esimerkiksi vanhempien uhkaavaa avioeroa. Keskittymällä nuoren ongelmiin vanhemmat välttyvät kohtaamasta oman parisuhteensa ongelmia ja näin perhesysteemi pysyy koossa, joskin kriisiytyneenä. Systeemisen perheterapian suuntauksista tutkituimpia nuorten hoidossa ovat strukturaaliset ja strategiset perheterapiamallit. Strukturaalisessa perheterapiassa keskeisessä asemassa ovat perheen rakenteelliset vääristymät: päälaelleen kääntynyt hierarkia ja vanhempien liiallinen tai liian vähäinen puuttuminen nuoren elämään. Strategisessa perheterapiassa päähuomio kiinnitetään vuorovaikutuksen vääristymiin, esim. jompikumpi vanhemmista on liittoutunut lapsen kanssa toista vanhempaa vastaan (triangulaatio). Useimmiten nuorten päihdehäiriöiden perheterapeuttisessa hoidossa on käytetty näiden mallien yhdistelmää. Systeemisessä perheterapiassa perheterapeutin rooli on aktiivisesti muutokseen ohjaava.

Toinen paljon nuorilla tutkittu perhekeskeinen hoitomalli on behavioraalinen perheterapia. Siinä käytetään paljolti samankaltaisia menetelmiä kuin aiemmin kuvatussa yksilökeskeisessä kognitiivisessa käyttäytymisterapiassa. Perheterapiassa korostetaan kuitenkin perheen sisäisiä vihjeitä sekä vahvistussuhteita. Nuoren päihteiden käyttö voi suoraan johtua perheestä tulevasta päihteiden käytön mallista tai epäsuorasti nuoren päihteiden käyttöön sallivasti suhtautuvasta perheen ilmapiiristä. Perheen sisäiset ristiriidat

saattavat altistaa nuorta etsimään lohtua päihteistä ja toistuessaan riitatilanteet voivat ruveta toimimaan vihjeinä nuoren päihteiden käytölle. Perheeseen saattaa muodostua kielteisiä vahvistussuhteita, esim. nuori reagoi vanhempien riitelystä olemalla välittämättä kotiintuloajoista. Tämä vuorostaan vahvistaa perheen riitaista ilmapiiriä. Behavioraalisessa perheterapiassa pyritään työskentelemään positiivisten vahvistussuhteiden luomiseksi. Menetelminä käytetään mm. erilaisten sopimusten tekoa (vanhemmat tekevät nuoren kanssa sopimuksen, jonka mukaan nuori lupautuu omalta osaltaan huolehtimaan velvollisuuksistaan, kun vanhemmat vastavuoroisesti huolehtivat siitä että nuori saa riittävästi tukea vanhemmiltaan) ja toimivien kommunikaatiotaitojen harjoittelua.

Edellä kuvattujen perinteisten perhekeskeisten hoitomallien rajoitteena on se, että koska niissä pidetään perhettä muutoksen kohteena, nuoren yksilölliset tai muuhun sosiaaliseen ympäristöön kuin perheeseen liittyvät päihteiden käytön riskitekijät tai suojaavat tekijät samoin kuin nuoren kehityksellinen vaihe saattavat jäädä vähemmälle huomiolle. Mitä varhaisemmassa kehitysvaiheessa nuori on, sitä parempia hoitotuloksia perheterapialla on saatu.

3.3 Yhdistelmähoidot

Yhdistelmähoitoja eli ns. integroituja hoitomalleja on alettu kehittää, kun on havaittu että lukuisat sekä yhdessä että erikseen vaikuttavat riskitekijät voivat johtaa nuoren kehityksen vääristymiin, esim. päihteiden väärinkäyttöön. Näissä hoitomalleissa sovelletaan toimivimpia puolia sekä yksilö- että perhekeskeisistä lähestymistavoista ja lähestytään nuoren päihdekäyttöä vielä näitäkin laajemmasta näkökulmasta. Nämä uusimmat

hoitomallit ovat lähtökohdiltaan perhekeskeisiä terapioidia, joiden teoreettisena taustana on klassisen perhesysteemiteorian lisäksi sosiaaliekologinen teoria. Jälkimmäisen mukaan nuoren käyttäytymiseen vaikuttavat paitsi perheen vuorovaikutus, myös kouluun, ikätovereihin, muuhun yhteisöön sekä kulttuuriin liittyvät systeemit. Samoin katsotaan nuoren käyttäytymisen vastavuoroisesti vaikuttavan näihin systeemeihin. Yhdistelmähoidot laajentavat perinteisten perhekeskeisten hoitomallien näkökulmaa ottamalla käyttöön muitakin kuin perheterapeuttisia interventioita. Lisäksi niissä pyritään ottamaan huomioon nuoren kehitysvaihe. Nämä ns. sosiaaliekologiset (engl. social ecological) perhekeskeiset terapiamallit edustavat nuorten päihdehäiriöiden hoidon uutta sukupolvea.

Eniten näistä hoitomalleista on tutkittu multisysteemistä terapiaa (MST = multisystemic therapy). Multisysteeminen terapia kehitettiin alun perin rikoskierteessä olevien nuorten hoitoon ja sen ensisijaisena tavoitteena oli laitossijoitusten välttäminen. Hoitomallin todettiin vähentävän näiden huonosti hoitoon sitoutuvien nuorten rikollisuutta. Sittemmin samat tutkijat tietoisina sekä käytöshäiriöiden ja päihdehäiriöiden suuresta komorbiditeetista että niiden yhteisistä riskitekijöistä kiinnostuivat selvittämään hoitomallin käyttökelpoisuutta myös päihteiden käytön vähentämisessä. Tutkimusten kohderyhmänä on pääsääntöisesti ollut päihdeongelmaisia nuorisorikollisia. Selkeää tieteellistä näyttöä tämän terapian vaikuttavuudesta päihdehäiriöiden hoidossa on kertynyt, joskin mallin siirtämisessä muiden kuin kehittäjiensä käsiin on ollut hankaluuksia. Multisysteemistä terapiaa pyritään nykyään kehittämään entistä tehokkaammaksi hoitomuodoksi nuorille päihteiden ongelmakäyttäjille yhdistämällä siihen motivaatiota vahvistavia elementtejä, lähinnä konkreettisten palkintojen tarjoamista nuorelle onnistumisiin (päihteiden käytön vähenemiseen/loppumiseen) liittyen.

Multisysteeminen terapia edellyttää jatkuvaa ja yksityiskohtaista eri systeemeihin liittyvien riskitekijöiden ja suojaavien tekijöiden arvioimista. Istunnot pidetään pääasiassa muualla kuin terapeutin vastaanotolla, lähinnä perheen kotona. Tapaamisia on aluksi useita kertoja viikossa, lisäksi ollaan puhelinkontaktissa ainakin kerran päivässä. Tapaamisiin osallistuvat vaihtelevasti nuori yksin, perheenjäsenet eri kokoonpanoissa sekä tarvittaessa nuoren kaverit ja muut verkoston jäsenet. Viranomaisverkoston edustajina voi olla opettaja, ehdonalaisvalvoja, nuorisotyöntekijä, seurakunnan edustaja tms. Kaksi tai kolme työntekijää vastaa yhden nuoren sekä hänen perheensä hoidosta ja heistä vähintään yksi on myös päivystysluonteisesti tavoitettavissa ainakin hoidon alkuvaiheessa. Hoidon intensiivisen luonteen vuoksi kullakin työntekijällä voi olla kolmesta kuuteen perhettä kerrallaan hoidossa. Hoito kestää yleensä noin 3-5 kuukautta.

Multisysteemisen terapian kulmakivi on, että terapeuteilla on kokonaisvastuu nuoresta ja hänen perheestään sekä siitä että hoidolla saavutetaan toivottuja tuloksia. Terapeuteilla on tukenaan nimetty ohjaaja, jonka vastuulla on kehittää terapeuttien ammattitaitoa niin, että he pystyvät tehtäväänsä sitoutumaan. Viikoittaisissa seurantaneuvotteluissa terapeutit käyvät ohjaajansa kanssa läpi siihenastisia tuloksia kunkin nuoren ja perheen hoidossa. Ohjaajat taas saavat ohjausta konsulteilta, joilla on pitkäaikainen vankka kokemus multisysteemisestä terapiasta. Lisäksi hoitomalliin kuuluu jatkuva palautteen anto alhaalta ylöspäin, lähtien perheen antamasta palautteesta koskien terapeuttien työskentelyä. Ottaen huomioon miten laajasti eri toimijoita saattaa olla mukana yhden nuoren hoidossa, tällainen järjestely on välttämätön. Myös se, että multisysteemisessä terapiassa korostetaan terapeuttien luovuutta ja kekseliäisyyttä ennalta tarkoin määrätyn ohjelman noudattamisen sijasta, edellyttää vahvaa asiantuntijuutta hoidon seurannassa.

Terapeutit pyrkivät aluksi yhdessä perheenjäsenten kanssa tunnistamaan nuoren itsensä, hänen perheensä sekä muiden nuoren elämän kannalta oleellisten systeemien - koulu, kaveripiiri, muu yhteisö - vahvuudet ja heikkoudet. Alkuarvioinnissa tärkeää on ymmärtää, miten nuoren päihdeongelma liittyy näihin systeemeihin. Todettuja vahvuuksia käytetään keinoina muutokseen. Arvioinnin jälkeen valitaan (edelleen yhteistyössä nuoren ja hänen perheensä kanssa) tarkoitukseen parhaiten sopivat hoitomuodot, joita voivat olla yksilö-, perhe- ja/tai pariterapia, nuoren ikätoverisuhteisiin kohdistuvat interventiot sekä tarvittaessa lääkehoito. Interventiot keskittyvät nykyiseen elämäntilanteeseen ja kohdistuvat selkeästi määriteltyihin ongelmiin. Interventioilla pyritään edistämään vastuullista käyttäytymistä perheen sisällä ja ne edellyttävät päivittäistä tai viikoittaista vaivannäköä perheenjäseniltä. Nuoren muiden psykiatristen ongelmien hoitaminen on oleellisen tärkeä osa hoitoa. Lisäksi perheelle tarjotaan tarvittaessa muuta apua, jolla pyritään poistamaan esteitä hoidon tavoitteiden saavuttamisen tieltä (esim. vanhempien psykiatrisen tai päihdehoidon ja sosiaalisten tukimenetelmien järjestäminen).

Integroituihin hoitoihin voidaan katsoa kuuluvan myös niiden mallien, joissa käytetään samanaikaisesti kahta eri hoitomenetelmää, esim. perheterapiaa ja yksilöllistä tai ryhmässä toteutettavaa kognitiivista käyttäytymisterapiaa.

4 Lääkehoidot

Aikuisten päihderiippuvaisten potilaiden lääkehoitoa on tutkittu paljon, mutta nuorten osalta tutkimustietoa lääkehoitojen vaikuttavuudesta päihdehäiriöiden hoidossa on kertynyt äärimmäisen vähän. Syynä tähän lienee se, että nuorten kohdalla lääkehoidon käytössä

noudatetaan muutenkin suurta varovaisuutta nuoren psyykkisen ja fyysisen kehityksen suojelemiseksi. Päihdehäiriöstä kärsivien nuorten osalta erityinen huoli on siitä, että nuoret käyttäisivät väärin myös heille määrättyä lääkitystä. Nuorten päihdehäiriöiden hoitoon mahdollisesti kyseeseen tulevat lääkkeet voidaan jakaa neljään ryhmään: 1) aversiolääkkeet (tehdään päihteen käytöstä lääkityksen aikana epämiellyttävää), 2) korvaushoitolääkkeet (korvataan väärinkäytetty aine lääkityksellä), 3) päihteen käytön himoa vähentävät lääkkeet (esim. estetään päihteen käytöstä haettava mielihyvä tukkimalla tietyt hermosolujen vaikutuskohdat lääkkeellä) ja 4) vieroituslääkkeet. Lisäksi viidentenä ryhmänä voidaan pitää komorbidien psykiatristen häiriöiden spesifistä lääkehoitoa.

Aversiolääkkeistä disulfiraamia (Antabus®) on aiemmin käytetty laajalti aikuisten alkoholistien hoidossa. Nuorille sitä ei kuitenkaan suositella heidän alkoholin käyttöönsä usein liittyvän impulsiivisuuden vuoksi. Opiattikorvaushoitoa ei alle 18-vuotiaille lain perusteella voi antaa, eikä täysi-ikäisyyden saavuttaneillekaan ennen kuin on riittävässä määrin kokeiltu vieroitushoitoja. Korvaushoitolääkkeenä käytettyjä valmisteita, etenkin buprenorfiinia, on kuitenkin alettu tutkia nuorilla vieroitushoitolääkkeenä. Käytännössä tämä tarkoittaa, että lääkehoidon kesto saa maksimissaan olla yksi kuukausi. Erilaisten serotoniiniaineenvaihduntaan vaikuttavien lääkkeiden ja naltreksonin tehoa alkoholiriippuvuuden hoidossa on myös tutkittu pienillä nuoruusikäisten aineistoilla lupaavin tuloksin.

Lääkehoitojen vaikuttavuutta nuorten päihdehäiriöiden hoidossa suositellaan nykyään tutkittavaksi, sillä vaikeasti päihderiippuvaisen nuoren tulevaisuus on siinä määrin uhattuna, että kaikkien keinojen tulisi olla käytettävissä.

5 Milloin tarvitaan laitoshoidoa?

Edellä kuvatuissa hoitomalleissa pääperiaatteena on hoidon toteuttaminen avohoidossa, lukuunottamatta terapeutista yhteisöhoitoa. Avohoito soveltuu yleensä nuorelle, joka on valmis tekemään hoitosopimuksen, jonka elinympäristö tarjoaa tukea hoidolle ja jonka päihdehäiriön vakavuus sinänsä ei edellytä laitoshoidoa. Myös kokemus aiemmin onnistuneesta avohoidosta tukee tätä ratkaisua. Merkittäviä tekijöitä avohoidon valinnan kannalta ovat myös perheen toiveet, hoitojärjestelmän mahdollisuudet sekä nuoren somaattinen ja psyykkinen tila.

Laitoshoidoa on syytä harkita silloin, kun nuori ei ole kyennyt avohoidossa lopettamaan huumeiden käyttöön tai muuta vakavaa päihdekierrättään. Tällaisissa tilanteissa nuori saattaa tarvita myös lääkkeellistä apua vieroitusoireisiinsa. Suomessa kyseeseen tulevat lähinnä erilaiset sosiaalitoimen alaiset nuorille tarkoitetut yksiköt, joilla on mahdollisuus lastensuojelulain nojalla (18 ikävuoteen saakka) tarjota riittävän turvalliset puitteet vieroitusvaiheesta selviytymiseen sekä mahdollisesti pidempäänkin, yli kuukauden kestoiseen laitosjaksoon. Ongelmana suomalaisessa hoitojärjestelmässä on se, että sosiaalitoimen alaisissa yksiköissä ei aina ole käytettävissä lääketieteellistä asiantuntemusta tarpeenmukaisen lääkehoidon toteuttamiseen. Toisaalta myös nuorisopsykiatrian konsultaatiomahdollisuudet ovat usein rajalliset ja tällöin nuoren muut mielenterveyden häiriöt voivat jäädä diagnosoimatta ja hoitamatta.

Nykyään pidetään riittävänä syynä ottaa nuori myös mielenterveyslain nojalla toteutettavaan tahdosta riippumattomaan nuorisopsykiatriseen osastohoitoon, mikäli hänen

päihdekierteensä on hyvin vakava (lähinnä pistettävien huumeiden käyttö), jolloin päihdehäiriön katsotaan sellaisenaan täyttävän vakavan mielenterveyden häiriön kriteerit. Toistaiseksi tätä mahdollisuutta ei Suomessa ole juurikaan käytetty erikoissairaanhoidon resurssien vähäisyyden sekä vaihtelevan päihdeosaamisen tason vuoksi. Päihdeongelmaisen nuoren nuorisopsykiatrinen tahdosta riippumaton hoito toteutuu lähinnä silloin, kun nuorella on päihdehäiriön lisäksi muu vakava mielenterveyden häiriö tai hän on vakavasti itsetuhoinen.

Tärkeä periaate avohoidon ja laitoshoidon välillä valittaessa on se, että nuoren hoidon tulee tapahtua riittävän turvallisessa ja vaikuttavassa mutta toisaalta ei liian rajoittavassa ympäristössä. Laitoshoito on kallista ja siksi sen kesto ei aina määräydy puhtaasti nuoren tarpeista käsin vaan on myös resurssikysymys. Ongelmana laitoshoidon jälkeen on Suomessa usein se, että nuoren paluu avohoitoon tapahtuu ”portaattomasti”, ilman mahdollisuuksia asteittaiseen avohoitoon siirtymiseen laitos- ja avohoidon välimaastoon sijoittuvien päiväsaairaalatyypisten palveluiden kautta. Tämän vuoksi erittäin tärkeä hoitoon panostuksen kohde on siirtymävaihe laitoshoidosta kotiin tai sijoitusyksikköön. Tässä vaiheessa avohoidon tulisi olla erityisen tiivistä ja intervallijaksoja tulisi voida tarpeen mukaan sopia laitospäiväyksikön kanssa. Päiväsaairaalatoimintaa tulisi myös kehittää.

6 Monihäiriöisyyden eli komorbiditeetin huomioiminen hoidossa

Mikäli nuorella on diagnosoitava päihdehäiriö, hänellä on ainakin 80 % todennäköisyydellä myös jokin muu psykiatrinen häiriö. Komorbiditeetin lisäksi puhutaan myös kaksoisdiagnoosista, jolla tarkoitetaan samaa asiaa. Tavallisimpia tällaisia yhtäaikaaisesti

esiintyviä häiriöitä ovat mieliala-, ahdistuneisuus-, käytös- ja tarkkaavaisuushäiriöt. Päihdehäiriö yhdessä muun mielenterveysdenhäiriön kanssa lisää itsemurhariskiä huomattavasti. Komorbiditeetista on saatavilla lisätietoa Kansanterveyslaitoksen aiemmin julkaisemasta ”Nuorten päihdehäiriöt ja muut mielenterveyden häiriöt” –aineistosta.

Monihäiriöisyys on merkittävä tekijä nuoren päihdehäiriön arvioimisessa, hoidon suunnittelussa ja sen toteuttamisessa. Päihteiden käytöllä oirehtiva nuori tulisi mahdollisimman varhain arvioida nuorisopsykiatrisesti. Päihdehäiriön hoidon ohella muiden psykiatristen häiriöiden samanaikainen asianmukainen psykososiaalinen ja tarvittaessa lääkkeellinen hoito on järjestettävä, jotta nuori saa todellisen mahdollisuuden kuntoutumiseen.

7 Yhteenveto

Nuorten päihdehäiriöiden hoidon tutkimus on viime vuosina kokenut varsinaisen renessanssin Yhdysvalloissa. Suomessa vastaavaa tutkimusta ei toistaiseksi ole tehty, vaikka sille alkaa olla selkeä tilaus. Amerikkalaisten tutkimusten mukaan kognitiivisbehavioraaliset hoitomallit ja perhekeskeiset yhdistelmähoidot näyttävät lupaavimmilta hoitomuodoilta nuorille alkoholin ja/tai huumeiden väärinkäyttäjille.

Tässä aineistossa on esitelty multisysteemistä terapiaa laajasti, koska sitä on sekä tutkittu paljon että siitä on kertynyt käyttökokemusta myös muualla kuin Yhdysvalloissa. Suomen oloissa multisysteemisen terapian periaatteiden soveltaminen nuorten verkostokeskeisessä hoidossa edellyttäisi paitsi joustavaa yhteistyötä eri toimijoiden välillä, myös terapeuttien

todellista päätösvaltaa hoitoon liittyvissä kysymyksissä, jotta multisysteemisen terapian keskeinen elementti, toiminnan vastuullisuus voisi toteutua. Pohdittavaksi tuleekin, miten sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyökysymykset ratkaistaan nuorten hoidon osalta (Suomen päihdehoitojärjestelmästä ja eri alueiden hoitopaikoista saat lisätietoa Stakesin linkistä). Lisäksi nuorten päihdehäiriöihin liittyvä muiden samanaikaisten mielenterveysongelmien runsas esiintyvyys haastaa hoitojärjestelmän yhdistämään päihdelääketieteen, nuorisopsykiatrian, lastensuojelun ja kouluterveydenhuollon asiantuntemusta, jotta nuorten kokonaisvaltainen hoito voisi toteutua.

8 Kirjallisuutta

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 1997;36(Suppl.10):140S-156S.

Crome IB. Treatment interventions – looking towards the millennium. *Drug and Alcohol Dependence* 1999;55:247-263.

Dawes MA, Johnson BA. Pharmacotherapeutic trials in adolescent alcohol use disorders: opportunities and challenges. *Alcohol and Alcoholism* 2004;39:166-177.

Dennis M, Godley SH, Diamond G, Tims FM, Babor T, Donaldson J, Liddle H, Titus JC, Kaminer Y, Webb C, Hamilton N, Funk R. The Cannabis Youth Treatment (CYT) Study:

Main findings from two randomized trials. *Journal of Substance Abuse Treatment* 2004;27:197-213.

Friedman AS, Utada A. A method for diagnosing and planning the treatment of adolescent drug abusers (the Adolescent Drug Abuse Diagnosis [ADAD] instrument). *Journal of Drug Education* 1989;19:285-312.

Henggeler SW, Schoenwald SK, Borduin CM, Rowland MD, Cunningham PB. *Multisystemic treatment of antisocial behavior in children and adolescents*. New York: The Guilford Press, 1998.

Kähkönen S, Karila I, Holmberg N, toim. *Kognitiivinen psykoterapia*. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim, 2001, ss. 225-244.

Liddle HA. Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use: research contributions and future research needs. *Addiction* 2004;99(Suppl.2):76-92.

Lönnqvist J, Marttunen M. Nuorten päihdeongelmien hoito. *Duodecim* 2001;117:1585-90.

Marttunen M, Lönnqvist J. Nuorten päihdehäiriöiden luonne ja kulku. *Duodecim* 2001;117:1579-84.

Pirkola S, Marttunen M. Päihteitä käyttävän nuoren tahdosta riippumattoman hoidon edellytykset. *Duodecim* 2001;117:1591-97.

Salaspuro M, Kiianmaa K, Seppä K, toim. Päihdelääketiede. 2. painos. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim, 2003, s. 100-106.

Vaughn MG, Howard MA. Adolescent substance abuse treatment: A synthesis of controlled evaluations. *Research on Social Work Practice* 2004;14:325-335.

Wagner EF, Brown SA, Monti PM, Myers MG, Waldron HB. Innovations in adolescent substance abuse intervention. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 1999;23:236-249.

Waldron HB, Kaminer Y. On the learning curve: the emerging evidence supporting cognitive-behavioral therapies for adolescent substance abuse. *Addiction* 2004;99(Suppl.2):93-105.

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

Nuorten depressio: tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille.

Nuorten itsetuhokäyttäytyminen: tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille.

Nuorten päihdehäiriöiden varhaistunnistaminen: tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille.

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

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

<http://www.chestnut.org/LI>