

NUORTEN PÄIHDEHÄIRIÖT JA MUUT
MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖT:
tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille

LT Terhi Aalto-Setälä
Ma prof. Mauri Marttunen
Dos. Mirjami Pelkonen

Kansanterveyslaitos, Mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto
HYKS, Peijaksen sairaala, psykiatrian tulostyksikkö
Nuorisopsykiatrian vastuualue

2003

Sarjassa aiemmin ilmestyneet oppaat:

NUORTEN DEPRESSIO: tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille

NUORTEN MASENNUS: tietoa nuorille ja heidän perheilleen

NUORTEN ITSETUHO-KÄYTTÄYTYMISEN TUNNISTAMINEN JA ARVIOINTI: tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille

NUORTEN PÄIHDEONGELMAT: tietoa nuorten kanssa työskenteleville aikuisille

Julkaisut löytyvät osoitteesta <http://www.ktl.fi/>

SISÄLLYSLUETTELO

JOHDANTO

1. NUORUUSIÄN MIELENTERVEYSHÄIRIÖIDEN EPIDEMIOLOGIAA

- 1.1 Päihdehäiriöiden esiintyvyys
- 1.2 Päihdehäiriöiden riskitekijöistä

2. PÄIHDEKOMORBIDITEETIN EPIDEMIOLOGIAA

3. KOMORBIDITEETIN MEKANISMEISTA: KUMPI HÄIRIÖ ENSIN?

4. KÄYTÖSHÄIRIÖ JA PÄIHDEHÄIRIÖ

- 4.1 Käytöshäiriöiden epidemiologiaa
- 4.2 Käytös- ja tarkkaavaisuushäiriöiden suhde päihdehäiriöihin

5. MASENNUS JA PÄIHDEHÄIRIÖ

- 5.1 Masennuksen epidemiologiaa
- 5.2 Masennuksen suhde päihdehäiriöihin

6. AHDISTUNEISUUS JA PÄIHDEHÄIRIÖT

- 6.1 Ahdistuneisuushäiriöiden epidemiologiaa
- 6.2 Ahdistuneisuushäiriöiden suhde päihdehäiriöihin

7. SYÖMISHÄIRIÖT JA PÄIHDEHÄIRIÖT

- 7.1 Syömishäiriöiden epidemiologiaa
- 7.2 Syömishäiriö ja päihdehäiriö

8. HUUMEET JA PSYKIATRINEN KOMORBIDITEETTI

9. PÄIHDEHÄIRIÖIDEN TUTKIMISEN SUUNTAVIIVOJA

10. PÄIHDEKOMORBIDITEETIN MERKITYS KÄYTÄNNÖN TYÖSSÄ

11. KIRJALLISUUTTA

Liite 1: MONIONGELMAISEN NUOREN ARVIOINTI

PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA

Liite 2: NUOREN PSYKOSOSIAALISEN TAUSTAN SELVITTELY

Liite 3: KESKEISIMPIEN NUORTEN MIELENTERVEYDEN HÄIRIÖIDEN

KUVAUKSIA ICD-LUOKITUKSEN MUKAAN

JOHDANTO

Nuorten päihteiden käyttö alkaa keskimäärin 12-13 vuoden iässä, ja varsinaisten päihdehäiriöiden alkamisikä on tutkimusten mukaan noin 14-15 vuotta. Häiriöt ovat tyypillisesti pitkäkestoisia, vaikeahoitoisia ja helposti uusiutuvia. On tavallista että päihdehäiriöstä kärsivä nuori käyttää samanaikaisesti useaa päihdettä (tupakka, alkoholi, huumeet, lääkkeet). Päihteiden käyttö vaarantaa monella tavalla nuoren suotuisaa ikätasoista kehitystä mm. vaikeuttamalla nuoren kognitiivista, emotionaalista ja sosiaalista kehitystä. Päihteiden käyttöön saattaa liittyä erilaisia vakavia riskikäyttäytymisen muotoja ja uhkia kuten kohonnut tapaturmariski, varomatonta seksuaalista käyttäytymistä tai hyväksikäyttöä, rikolliseen alakulttuuriin ajautumista sekä erilaisia suonensisäiseen käyttöön liittyviä ongelmia, mm. suurentunut AIDSin, B- ja C-hepatiitin ja erilaisten tulehdusten riski. Nuoruusiällä päihdehäiriöstä kärsivillä todetaan aikuisina muita todennäköisemmin päihdehäiriöitä, muita mielenterveyshäiriöitä sekä puutteita psykososiaalisessa toimintakyvyssä. Mitä nuorempana päihteiden käyttö alkaa, sitä todennäköisemmin ongelmat jatkuvat aikuisuuteen, ja sitä suurempia ovat päihteiden käytön heijastevaikutukset psykososiaaliseen toimintakykyyn ja muuhun mielenterveyteen. Päihdeongelmien esiintyvyydestä suomalaisnuorilla, häiriön kulusta, riskitekijöistä ja tunnistamisesta on julkaistu erillinen opas tässä samassa julkaisusarjassa (<http://www.ktl.fi-julkaisut> ja rekisterit).

Tyypillistä nuoruusiän häiriöille, myös päihdehäiriöille, on usean häiriön esiintyminen samanaikaisesti. Tämä nk. komorbideetti (=monihäiriöisyys, samanaikaissairastaminen) vaikuttaa merkittävästi häiriön oirekuvaan, kulkuun, hoitoon ja ennusteeseen. Komorbidit häiriöt ovat yleensä vaikeahoitaisempia ja ennusteeltaan huonompia kuin jos nuorella on pelkkä päihdehäiriö. Komorbideihin häiriöihin liittyy yleensä suurempi koetun hoidon tarve kuin ei-komorbideihin häiriöihin, ja siksi niiden vuoksi hakeudutaan todennäköisemmin hoitoon. Kliinisissä aineistoissa komorbideetti onkin erityisen yleistä, mutta myös yleisväestössä monihäiriöisyys on pikemmin sääntö kuin poikkeus. Hoidossa on otettava huomioon kunkin komorbidin häiriön ominaispiirteet. Komorbideetin huomioiminen on siten yksi päihdeongelmaisen nuoren auttamisen kulmakivistä. Tällä oppaalla pyrimme antamaan valmiuksia päihdekomorbideetin ja sen merkityksen ymmärtämiseen.

1. NUORUUSIÄN MIELENTERVEYSHÄIRIÖIDEN EPIDEMIOLOGIAA

Ikävuosiin 12-22 ajoittuvan nuoruusiän kuluessa mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys kasvaa voimakkaasti. On arvioitu, että noin 15-25%:lla nuorista voidaan todeta jokin mielenterveyshäiriö. Tavallisimmat häiriöt varhaisnuoruudessa (noin 12-14 vuoden iässä) ovat käytös- ja tarkkaavaisuushäiriöt, kun tätä vanhemmilla nuorilla ja nuorilla aikuisilla erilaiset ahdistuneisuushäiriöt, masennustilat ja päihdehäiriöt muodostavat häiriökirjosta valtaosan. Nuoruusikäisillä tytöillä lisäksi erilaiset syömishäiriöt kuuluvat yleisimpien häiriöiden joukkoon. Tyypillistä on, että nuorella esiintyy samanaikaisesti kaksi tai useampia häiriöitä. Komorbiditeetti asettaa haasteita diagnostiikalle ja hoidolle, ja vaikuttaa merkittävästi häiriöiden kulkuun, oirekuvaan, ennusteeseen ja hoitovasteeseen. Nuorten komorbidit mielenterveyshäiriöt näyttävät kliinisten seurantatutkimusten perusteella ennakoivan vakavampaa aikuisiän toimintakyvyn heikkoutta kuin yksin esiintyvät häiriöt.

1.1 Päihdehäiriöiden esiintyvyys

Ainakin 5% nuorista arvellaan kärsivän diagnoositasoisesta päihdehäiriöstä. Eriasteisten päihdeongelmien esiintyvyys on huomattavasti tätä yleisempää. Nuorten päihdeongelmia arvioitaessa pidetään erityisen tärkeänä sitä, että huomio kohdistettaisiin myös tautiluokitusten diagnostista tasoa lievempään ongelmakäyttöön. On esimerkiksi osoittautunut, että runsas mutta alle diagnostisen tason jäävä alkoholin käyttö ennustaa nuoren myöhempää mielenterveyttä hyvin samalla tavoin kuin diagnostiset kriteerit täyttävä päihdehäiriö. Kaikkiaan noin 10%

nuorista arvellaan kärsivän jostakin kliinisesti merkittävästä ajankohtaisesta päihdeongelmasta.

1.2 Päihdehäiriön riskitekijöistä

Pojilla päihdehäiriö todetaan tyttöjä useammin. Päihdehäiriön riskiä lisäävät mm. lapsuuden tai nuoruuden käytöshäiriö, uhmakkuus- tai tarkkaavaisuushäiriö sekä muulla tavoin ilmenevä vaikea temperamentti, aggressiivisuus, impulsiivisuus ja erilaiset oppimisvaikeudet. Nuorena aloitettu yhden päihteen käyttö (esimerkiksi varhainen tupakointi) ja muu riskikäyttäytyminen (esimerkiksi varhaiset seksikontaktit) altistavat päihdehäiriöille. Myös stressaavat tai traumaattiset elämäntapahtumat voivat lisätä nuoren riskiä päihdeongelmiin. Huono koulumenestys sekä huonot sosiaaliset taidot koulussa ja sen ulkopuolella altistavat päihdeongelmille, samoin kaveripiirin epäsosiaalisuus, rikollisuus tai muu ongelmakäyttäytyminen. Lisäksi yhteiskunnassa vallitseva päihdemyönteinen kulttuuri, päihteiden helppo saatavuus ja alhainen hinta lisäävät riskiä päihdehäiriöille.

Nuoren perheessä voi ilmetä useita päihdehäiriölle altistavia tekijöitä samanaikaisesti. Tällaisia ovat vanhempien oma päihteiden väärinkäyttö (esimerkiksi toistuva humalahakuinen juominen), varsinaiset päihdehäiriöt tai vakavat mielenterveyshäiriöt, riitaisuus, vanhempien huonot kommunikaatiotaidot, välinpitämätön suhtautuminen nuoren ajankäyttöön ja tekemisiin sekä muulla tavoin puutteellinen vanhemmuus. Nuorten päihdehäiriöiden riskitekijöitä on käsitelty tarkemmin aiemmin (<http://www.ktl.fi>).

2. PÄIHDEKOMORBIDITEETIN EPIDEMIOLOGIAA

Päihdeongelmaisista nuorista suurimmalla osalla voidaan todeta myös jokin muu samanaikainen mielenterveyshäiriö, tavallisimmin käytös- tai tarkkaavaisuushäiriö, masennus- tai ahdistuneisuushäiriö. Esimerkiksi alkoholiriippuvuudesta kärsivällä nuorella voidaan hyvin usein todeta paitsi jokin toinen päihdehäiriö, myös miltei aina jokin komorbidi mielenterveyshäiriö. Toisaalta ei vain väärinkäyttö, vaan myös päihteiden käyttö sinänsä on osoittautunut olevan yhteydessä myöhempiin mielenterveyshäiriöihin. Sen tähden myös komorbiditeettia on tarkasteltu tästä näkökulmasta. On havaittu, että komorbiditeetin riski on miltei suoraan yhteydessä nuoren nauttimiin alkoholin ja muiden päihteiden kulutusmääriin: mitä enemmän päihdettä nuori käyttää, sitä suurempi on muun mielenterveyshäiriön, erityisesti käytöshäiriön, esiintymistodennäköisyys. Komorbiditeetin on myös todettu olevan yleisempää niillä nuorilla, jotka aloittavat päihteiden käytön varhain. Päihdehäiriön oireet ovat lisäksi vakavammat ja pysyvämmät silloin, kun häiriö on komorbidi jonkin muun häiriön kanssa. Myös päihdehäiriön kanssa komorbidin muun häiriön oirekuva ja kulku on usein vaikeampi kuin jos muu häiriö esiintyisi yksin.

Päihdehäiriöihin sinänsä liittyy merkittävää toiminnallista haittaa, ja komorbiditeetti vielä vahvistaa psykososiaalisen toimintakyvyn puutteita useilla elämänalueilla, esimerkiksi ihmissuhteissa ja koulunkäynnissä. Monihäiriöisyys on yhteydessä myös nuoren lisääntyneeseen itsetuhoiseen käyttäytymiseen. Päihdekomorbiditeetti –kuten komorbiditeetti yleensä- on yhteydessä suurempaan todennäköisyyteen hakeutua hoitoon, mutta edelläkuvattujen vaikutusten myötä aiheuttaa hoidollisia ongelmia. Hoitokustannukset ovat siten komorbidien häiriöiden kohdalla erityisen suuret.

3. KOMORBIDITEETIN MEKANISMEISTA: KUMPI HÄIRIÖ ENSIN?

Komorbiditeetin mekanismeista on esitetty kolme keskeistä mallia. Ensimmäisen mukaan muu häiriö lisää riskiä päihdehäiriölle, toinen olettaa päihdehäiriön lisäävän riskiä muulle häiriölle. Kolmas malli esittää samanaikaisen esiintymisen johtuvan molemmille häiriöille yhteisistä riskitekijöistä, jolloin häiriöiden välillä sinänsä ei ole suoraa yhteyttä. On kuitenkin tärkeää huomoida, että häiriöiden ajallinen järjestys ei vielä tarkoita syy-seuraus-suhdetta häiriöiden välillä.

Eniten tutkimusnäyttöä on siitä, että yleensä jokin muu häiriö edeltää päihdehäiriötä. Näin on varsinkin käytöshäiriöiden suhteen; ahdistuneisuushäiriöiden ja erityisesti masennuksen suhteen tutkimustieto on varsin ristiriitaista. Tämän mallin mukaisesti ajallisesti ensimmäinen häiriö voi lisätä toisen häiriön esiintymistodennäköisyyttä suoraan tai välillisesti. Nuori saattaa käyttää päihteitä lievittääkseen vaikkapa ahdistuneisuudesta johtuvaa tuskaisuutta, masentunutta mielialaa tai ajauduttuaan käytösongelmien myötä runsaasti päihteitä käyttävään seuraan. Voi myös olla, että lapsen tai nuoren psyykinen oirehtiminen johtaa vaikeuksiin vanhempien valvonnassa, vanhemman ja lapsen välisessä kiintymyssuhteessa tai kaverisuhteissa, mitkä tekijät puolestaan voivat johtaa päihdeongelmiin.

Toisaalta päihdehäiriö voi johtaa muuhun häiriöön, joko suoraan tai välillisesti. Päihteiden käytöllä voi olla suoria vaikutuksia aivojen välittäjäainetoimintaan tai aivojen metaboliaan, jotka heijastuvat nuoren käytökseen ja oirekuvaan. Päihteiden käyttö voi lisäksi heikentää nuoren psykososiaalista toimintakykyä, ja siten altistaa muulle häiriölle. Suhde vanhempiin, muihin perheenjäsiin ja ystäviin voi kärsiä

päihteiden käytön vuoksi. Päihteiden käytön myötä nuori voi joutua tekemisiin epäsosiaalisten ja ehkä rikollisen taustan omaavien nuorten kanssa, ja ”oppia” epäsosiaalisia käyttäytymismalleja kavereiltaan.

Kolmanneksi päihdehäiriön yhteys muuhun mielenterveyshäiriöön selittyisi yhteisillä riskitekijöillä, jotka voivat olla luonteeltaan biologisia, geneettisiä tai psykososiaalisia. Altistavat biologiset tai geneettiset tekijät voivat käsittää mm. erilaisia häiriöitä aivojen metaboliassa tai välittäjäainetoiminnassa. Psykososiaalisiin riskitekijöihin kuuluvat mm. erilaiset ympäristötekijät (esimerkiksi levoton ja epäsosiaalinen asuinympäristö, jossa päihteiden saatavuus on helppoa) tai vaikeudet perheessä, vanhempi-lapsi-suhteessa tai kaverisuhteissa. Esimerkiksi perheen riitaisuuden tiedetään ennustavan päihdehäiriön lisäksi monia muita mielenterveyshäiriöitä. Komorbiditeetin mekanismeja ja häiriöiden ajallisen järjestyksen kliinistä merkitystä tunnetaan kuitenkin vielä riittämättömästi.

Seuraavassa käsitellään lyhyesti päihdekomorbiditeetin ominaispiirteitä nuoruusiän yleisimpien häiriöiden suhteen.

4. KÄYTÖSHÄIRIÖ JA PÄIHDEHÄIRIÖ

4.1 Käytöshäiriöiden epidemiologiaa

Eriasteinen ympäröiviä normeja ja asetettuja rajoja uhmaava oirehdinta on nuoruusikäisillä suhteellisen tavallista. Vakavissa muodoissaan tämäntyyppinen oireilu saattaa täyttää joko käytöshäiriön tai uhmakkuushäiriön diagnostiset kriteerit. Myös tarkkaavaisuus-yliaktiivisuushäiriön (ADHD), joka nuorella voi ilmetä pääasiallisesti yliaktiivisena/impulsiivisena käyttäytymisenä, pääasiallisesti tarkkaamattomuutena tai näiden sekamuotona, katsotaan DSM-tautiluokituksessa kuuluvaksi samaan diagnostiseen alaryhmään. Käytöshäiriöiden esiintyvyydeksi on kaikkiaan arvioitu yli 10%; tarkkaavaisuus-yliaktiivisuushäiriön esiintyvyys on noin 3-7%. Lapsuusiän käytös- ja uhmakkuushäiriöiden alkamisikä on noin 5-6 vuotta. Tarkkaavaisuus/yliaktiivisuushäiriö alkaa yleensä ennen 7 vuoden ikää. Tyypillistä on oireilun päällekkäisyys eri häiriöluokitusten kesken, eli lapsella tai nuorella voi käytöksessään esiintyä piirteitä useasta eri häiriöstä. Esimerkiksi uhmakkuus- ja käytöshäiriö sekä tarkkaavaisuushäiriö ja käytöshäiriö esiintyvät usein samanaikaisesti. Häiriöt ovat yleisempiä pojilla kuin tytöillä.

Vakava-asteiset käytös- ja uhmakkuushäiriöt ovat tyypillisesti suhteellisen pysyviä, kun taas lievemmat muodot ovat vähemmän stabiileja, ja oireet usein poistuvat tai ainakin lievittyvät kehityksen myötä. Häiriö voi saada eri muotoja eri kehitysvaiheissa: esimerkiksi käytöshäiriö voi lapsuusiällä ilmetä ärsyyntyvyytenä ja impulsiivisuutena, mutta rikollisuutena myöhemmin elämänkaarella. Lapsuusiällä ilmaantuvaa käytöshäiriötä edeltää usein uhmakkuushäiriö. Lapsuudessa esiintyvään

käytöshäiriöön liittyy huonompi ennuste ja vaikeampi taudinkuva kuin nuoruudessa alkavaan käytöshäiriöön. Suurin osa näistä häiriöistä jatkuu nuoruusikään, ja osa edelleen aikuisuuteen. Tarkkaavaisuus/yliaktiivisuushäiriöstä kärsivillä lapsilla on tyypillisesti vaikeuksia koulusuorituksissa, sosiaalisissa suhteissa sekä kurinpidollisia ongelmia. Nuoruusiällä vaikeudet sattaavat olla astetta vakavampia jo siksi, että kehityksen tuoma fyysinen ja seksuaalinen kypsyminen laajentavat nuoren elämämpiiriä ja suuntaavat mielenkiinnon uudenslaisiin asioihin. On arvioitu, että noin puolella ADHD:sta kärsivistä nuorista (ja neljänneksellä lapsista) voidaan todeta samanaikainen käytöshäiriö.

4.2 Käytös- ja tarkkaavaisuushäiriöiden suhde päihdehäiriöihin

Pitkittäistutkimuksissa on osoitettu että lapsuusiän epäsosiaalinen tai aggressiivinen käytöshäiriö ennustaa voimakkaasti nuoruusiän päihdehäiriötä, varhaista päihteiden käytön aloitusikää ja muita päihdeongelmia. Potilasaineistoissa jopa 95% käytöshäiriöisistä nuorista on kärsinyt samanaikaisesta päihdehäiriöstä. Edelleen tiedetään, että nuoruusiän päihdeongelmat usein ennakoivat aikuisuuden epäsosiaalista käyttäytymistä.

Käytöshäiriö ja käytösongelmat sinänsä näyttävät lisäävän riskiä nuoruusiän päihdehäiriölle. Toisaalta päihde- ja käytöshäiriöillä voi olla osin yhteisiä riskitekijöitä. Kumpikin häiriö ilmentää puutteita nuoren kyvyssä kontrolloida tai säädellä käyttäytymistään. Tätä käsitystä tukevat havainnot, joiden mukaan

päihdehäiriöisten vanhempien lapsilla on todettu muita enemmän epäsosiaalista käyttäytymistä. Yleensä käytöshäiriön on todettu edeltävän päihdehäiriötä, joskin havainnot ovat osin ristiriitaisia. Tyttöillä käytösongelmiin näyttäisi liittyvän suurempi riski komorbidiin päihdehäiriöön kuin pojilla.

Tarkkaavaisuus-yliaktiivisuushäiriön ja päihdehäiriöiden suhde on kiistanalainen. On näyttöä siitä, että ADHD on yhteydessä varhaiseen alkoholin käytön aloitukseen sekä siitä, että ADHD ja päihdehäiriö esiintyvät usein yhdessä. ADHD:n vaikutus ei kuitenkaan näyttäisi välittyvän itsenäisesti, vaan häiriön kanssa usein komorbidin käytöshäiriön kautta.

Niillä nuorilla, joilla todetaan ADHD tai käytöshäiriö, todetaan usein myös vaikeampi päihdehäiriö, huonompi hoitovaste ja pidempi toipumisaika verrattuna niihin, joilla diagnosoidaan vain päihdehäiriö.

5. MASENNUS JA PÄIHDEHÄIRIÖ

5.1 Masennuksen epidemiologiaa

Nuoruusikä on paitsi päihdehäiriön, myös masennuksen tyypillisin ilmaantumiskä. Masennuksen tunteet ja varsinaiset masennustilat yleistyvät nuoruudessa huomattavasti lapsuuteen verrattuna. Masennushäiriöihin luokitellaan DSM-IV-tautiluokituksessa vakavat masennustilat, pitkäaikainen masennus eli dystymia sekä tarkemmin määrittelemätön masennushäiriö. Näistä suurimman ja kliinisesti merkittävimmän ryhmän muodostavat vakavat masennustilat. Nuorten vakavan masennustilan esiintyvyys on epidemiologisissa tutkimuksissa ollut 4-8%. Tyttöillä masennusta esiintyy kaksi kertaa enemmän kuin pojilla. Masennustilojen alkamisiän on arvioitu viime vuosikymmeninä laskeneen, ja lasten ja nuorten masennuksen on arveltu yleistyneen. Nuoruusiän vakavaan masennukseen liittyy psykososiaalisen toimintakyvyn heikkenemistä, itsetuhoisuutta, vaikeuksia ihmissuhteissa ja nuoruuskehityksen estymistä. Muiden häiriöiden samanaikainen esiintyminen on tavallista. Komorbidi häiriö on useimmiten toinen masennus, ahdistuneisuushäiriö tai päihdehäiriö. Nuorten vakavan masennuksen ennuste on hoitamattomana huono, ja hoidonkin jälkeen masennus uusiutuu usein. Vakavan masennuksen epidemiologiaa ja tunnistamista on kuvattu aiemmin tässä julkaisusarjassa (<http://www.ktl.fi-julkaisut> ja rekisterit).

On enenevästi tietoa siitä, että myös nuoruusiän yksittäiset masennusoireet ovat kliinisesti hyvin merkityksellisiä. Masennusoireiden on todettu lisäävän riskiä paitsi

masennukseen, myös myöhempään päihteiden käyttöön ja päihdehäiriöihin. Kansanterveyslaitoksen lukiolaisten seurantatutkimuksessa nuoruuden aikaiset masennusoireet ennustivat varhaisaikuisuuden masennusjaksoja, samanaikaissairastavuutta, huonoa toimintakykyä ja alkoholiongelmia; toisessa suomalaisnuorten seurantatutkimuksessa nuoruusiän masennusoireet ja samanaikaiset käytösongelmat ennustivat varhaisaikuisuuden masennusta.

5.2 Masennuksen suhde päihdehäiriöihin

Masennus ja päihdehäiriöt esiintyvät usein yhdessä paitsi kliinisissä aineistoissa, myös yleisväestössä. Näiden häiriöiden keskinäinen komorbiditeetti on nuorilla jopa yleisempää kuin aikuisilla. Nuoruusiän päihteiden käytön tiedetään ennustavan varhaisaikuisuuden masennusta. Masennuksen ja päihdehäiriön komorbiditeetin on havaittu liittyvän varhaisempaan ja vaikeampaan päihdeongelmatiikkaan.

Masennuksen ja päihdehäiriön suhde on monimutkainen. Tutkimustietoa on siitä, että päihdehäiriö esiintyy ennen masennusta, masennus ennen päihdehäiriötä ja joissain tutkimuksissa ei häiriöillä ole havaittu mitään selvää ajallista yhteyttä. On myös oletettu sukupuolen vaikuttavan siihen, kumpi häiriö esiintyisi ensin. Joka tapauksessa on runsaasti tutkimusnäyttöä siitä, että yleisväestöön verrattuna mielialahäiriöitä esiintyy suhteellisesti enemmän niillä, joilla voidaan diagnosoida päihdehäiriö. Päihdehäiriöstä kärsivien nuorten osalta on joissain tutkimuksissa havaittu komorbidin masennuksen olevan tytöillä poikia yleisempää, joskin tulos on hieman kiistanalainen.

Sekä nuorilla että aikuisilla on voitu osoittaa yhteys tunnetilan (affektin) ja esimerkiksi alkoholinkäytön välillä. Monet niistä, jotka käyttävät runsaasti päihteitä, kertovat käyttävänsä niitä itselääkintänä, lievittääkseen stressiä tai tuskaisuutta. Tunnetilan säätelyä juomiskäyttäytymistä on sellaisenaan pidetty riskitekijänä: on havaittu, että ne henkilöt jotka käyttävät alkoholia mielialansa säätelyyn, käyttävät alkoholia enemmän, useammin ja vakavammin seurauksin kuin ne, joiden kulutustapoja mieliala ei niin vahvasti hallitse. Miehillä stressiin ja negatiivisiin tunnetiloihin liittyvä juominen on naisia yleisempää.

6. AHDISTUNEISUUS JA PÄIHDEHÄIRIÖT

6.1 Ahdistuneisuushäiriöiden epidemiologiaa

Ahdistuneisuus kuuluu myös nuoruusiän yleisimpiin psyykkisiin oireisiin. Silloin kun se aiheuttaa merkittävää subjektiivista kärsimystä tai toiminnallista haittaa, on kyseessä ahdistuneisuushäiriö. Ahdistuneisuushäiriöihin luetaan DSM-IV-luokituksessa pelko-oireiset häiriöt (määräkohteinen pelko, sosiaalisten tilanteiden pelko, julkisten paikkojen pelko), paniikkihäiriö, yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, pakko-oireinen häiriö, traumaperäiset häiriöt (traumaperäinen häiriö ja akuutti stressihäiriö) ja eroahdistushäiriö. Ahdistuneisuushäiriöiden yhteenlaskettu esiintyvyys nuoruusikäisillä on noin 4-11 %. Tytöillä häiriötä todetaan poikia useammin.

Kehitykselliset tekijät vaikeuttavat nuorten ahdistuneisuushäiriöiden tunnistamista. Etenkin varhaisnuorten kyvyt tunnistaa ja eritellä omia tunnetilojaan ovat vasta kehittymässä, ja siksi nuorten ahdistuneisuuteen liittyykin erityisen usein somaattisia autonomisen hermoston oireita (päänsärky, huimaus, hikoilu), gastrointestinaalisia oireita (mahakipu, pahoinvointi) sekä tuki- ja liikuntaelinten oireita (selkä- ja nivelkivut). Nuoruusiän ahdistuneisuusoireet ovat suhteellisen pysyviä, joskin ne saattavat muuttua muotoaan kehityksen kuluessa.

Ahdistuneisuushäiriöt ovat usein komorbideja. Nuorten ahdistuneisuushäiriöiden kanssa samanaikaisesti esiintyy useimmin toinen ahdistuneisuushäiriö, masennus, tarkkaavuus- tai käytöshäiriö tai päihdehäiriö. Joissain tapauksissa komorbidin

ahdistuneisuuden on todettu toimivan ennusteeseen suotuisasti vaikuttavana tekijänä: esimerkiksi samanaikaisesta ahdistuneisuudesta kärsivät käytöshäiriöiset nuoret joutuvat harvemmin tekemisiin poliisin kanssa kuin ne nuoret, joilla käytöshäiriöön liittyy myös päihdeongelmia.

6.2 Ahdistuneisuushäiriöiden suhde päihdehäiriöihin

Tutkimusten mukaan nuorten ahdistuneisuushäiriöihin liittyy usein alkoholin ongelmakäyttöä, ja toisaalta nuorten päihdehäiriöihin liittyy ahdistuneisuutta. On esitetty, että riski komorbidin ahdistuneisuushäiriöön olisi suurentunut nimenomaan päihdehäiriöisiä tytöillä, mutta havainto on kiistanalainen. Komorbidin ahdistuneisuuden ja päihdehäiriön keskinäinen järjestys vaihtelee, eikä selvää ajallista suhdetta ole voitu osoittaa. Järjestykseen vaikuttaa myös komorbidin ahdistuneisuushäiriön laatu: esimerkiksi sosiaalisten tilanteiden pelko yleensä edeltää päihdehäiriötä, kun taas päihdehäiriö edeltää paniikki- ja yleistynyttä ahdistuneisuushäiriötä.

Päihde- ja ahdistuneisuushäiriön komorbiditeetin monimutkaista mekanismia havainnollistaa päihdehäiriön ja traumaperäisen häiriön suhde. Näyttöä on sekä siitä, että päihdehäiriö edeltää toista häiriötä että päinvastoin. Päihdehäiriöstä kärsivillä nuorilla voidaan toisinaan tunnistaa jokin aiempi traumaattinen kokemus tai traumaperäisen häiriön kriteerit täyttävä kriisitilanne. Tällöin komorbiditeetti saattaa selittyä nk. itselääkintähypoteesilla: sen mukaan alkoholia ja muita päihteitä käytetään vähentämään trauman aiheuttamaa tuskaisuutta tai psyykkistä epämukavuutta.

Toisaalta päihdehäiriö ja päihtyminen altistavat nuoren erilaiselle riskikäyttäytymiselle, mikä lisää nuoren todennäköisyyttä joutua traumaattiseen tilanteeseen. Edelleen päihteiden käyttö saattaa lisätä nuoren riskiä traumaperäiseen häiriöön heikentämällä nuoren edellytyksiä psyykkisesti sopeutua mahdollisesti koettuun traumaattiseen tapahtumaan.

Ahdistuneisuushäiriön suojaava vaikutus on havaittu myös komorbidin päihdeongelmatiikan suhteen: jos päihde- ja käytöshäiriöisellä nuorella on näiden lisäksi ahdistuneisuushäiriö, nuoren ennuste on suotuisampi kuin jos päihdehäiriöön liittyy ”vain” käytöshäiriö. Eräässä tutkimuksessa päihdehäiriön kanssa komorbidi ahdistuneisuushäiriö oli yhteydessä myöhäisempään tupakoinnin aloittamiseen.

7. SYÖMISHÄIRIÖT JA PÄIHDEHÄIRIÖT

7.1 Syömishäiriöiden epidemiologiaa

Syömishäiriöt ovat tyypillisesti nuoruusikäisten tyttöjen ongelmia. Tytöt: pojat-suhde näissä häiriöissä on kirjallisuuden mukaan noin 10-15 :1. Syömishäiriöt jaotellaan DSM-IV-luokituksen mukaan kolmeen pääryhmään. Laihuushäiriölle eli anoreksialle (ajankohtainen prevalenssi tytöillä noin 1%) ominaista on painon vähentäminen tai alipainon (paino $\geq 15\%$ vähemmän kuin iän ja pituuden mukaan määritelly normaalipaino) ylläpito syömistä rajoittamalla, liikunnalla tai lääkkein. Häiriöön liittyy voimakas lihomisen pelko, vääristynyt kuva omasta kehosta ja ongelman vakavuuden kieltäminen. Tyttöillä kuukautiset jäävät pois. Laihuushäiriö jaotellaan vielä oirekuvan perusteella kahteen tyyppiin, paastoamis- ja ahmimis-vatsantyhjennystyyppiin.

Ahmimishäiriön eli bulimian (prevalenssi tytöillä noin 2-3%) tyypillinen oirekuva käsittää kontrolloimatonta kohtauksittaista ylensyöntiä, jota seuraa usein oksentaminen. Häiriöön liittyy myös epäasianmukainen toistuva kompensatiokäyttäytyminen painon nousun ehkäisemiseksi esimerkiksi oksentamalla, laihdutuslääkkeiden, vatsantyhjennys- ja nesteenoistolääkkeitä käyttämällä, laihduttamalla, paastoamalla ja harrastamalla ylenmääräisesti liikuntaa. Myös ahmimishäiriö jaotellaan kahteen tyyppiin sen mukaan esiintyykö henkilöllä vatsan tyhjentämiseen tähtäävää kompensatiokäyttäytymistä.

Yleisin syömishäiriön muoto on epätyypillinen syömishäiriö (esiintyvyys tytöillä n. 5%). Siinä kaikki anoreksian tai bulimian kriteerit eivät täyty, mutta nuorella on

vakavia syömisoireita ja niistä johtuvaa haittaa; esimerkiksi tytöllä voi olla vakavia anoreksian oireita, mutta kuukautiset eivät ole jääneet pois.

Anoreksian alkamisikä sijoittuu nuoruuteen (14-18 vuotta), bulimian myöhäisnuoruudesta (noin 18-19 v) varhaisaikuisuuteen. Noin puolet laihuushäiriönä alkaneista häiriöistä muuttuu ahmimishäiriön tyyppisiksi. Noin kolme neljäsosaa häiriöistä on komorbideja. Usein samanaikainen muu häiriö on masennus, ahdistuneisuus (erityisesti pakko-oireinen häiriö) tai persoonallisuushäiriö. Itsetuhoisia ajatuksia ja itsetuhoista käyttäytymistä on näillä nuorilla muita enemmän.

7.2 Syömishäiriö ja päihdehäiriö

Tiedetään, että syömis- ja päihdehäiriöt esiintyvät usein yhdessä, ja että syömishäiriöoireilu on tavallisempaa päihdehäiriöistä kärsivillä nuorilla kuin muilla nuorilla. Ilmeisesti näiden häiriöiden välinen komorbiditeetti ei kuitenkaan ole yleisempää kuin muutenkaan nuoruusiän häiriöiden kesken, toisin sanoen päihdehäiriöisillä nuorilla voidaan diagnosoida komorbidi syömishäiriö suunnilleen yhtä usein kuin jostain muusta mielenterveyshäiriöstä kärsivillä nuorilla. Hyvin tavallista on, että päihde- ja syömishäiriön lisäksi nuorella todetaan vielä jokin muu häiriö. Oletetaan, että suuri osa syömis- ja päihdehäiriöiden välisestä komorbiditeetista välittyisi muiden komorbidien mielenterveyshäiriöiden, esimerkiksi päihdehäiriön kanssa samanaikaisen masennuksen ja posttraumaattisen stressihäiriön tai erilaisten persoonallisuushäiriöiden kautta. Esimerkiksi persoonallisuushäiriöön liittyvät puutteet impulssikontrollissa voivat selittää sekä syömis- että päihdeongelmatiikkaa. Tiedetään lisäksi, että syömishäiriön kanssa komorbidin persoonallisuushäiriön tyyppi määrää päihdeongelmien todennäköisyyttä: DSM-IV-

luokituksen ryhmän B persoonallisuushäiriöt (esimerkiksi epäsosiaalinen tai epävaka persoonallisuus) näyttävät altistavan komorbidille päihdehäiriölle, kun taas ryhmän C (estynyt, riippuvainen, vaativa tai pakko-oireinen) häiriöiden kanssa esiintyvissä syömishäiriöissä päihdekomorbiditeettia ei juuri tavata. Myös syömishäiriön alatyypillä on merkitystä: paastoamistyyppisestä anoreksiasta kärsivillä esiintyy vähemmän päihdehäiriöitä kuin muilla anorektikoilla tai muista syömishäiriöistä kärsivillä.

8. HUUMEET JA PSYKIATRINEN KOMORBIDITEETTI

Raja päihteen kokeilun ja väärinkäytön välillä on selkeämpi erottaa huumeiden kuin muiden päihteiden suhteen. Jokaisella yksittäisellä huumeella on omat ominaispiirteensä ja käytön malli, joiden perusteella väärinkäyttö ja ongelman vakavuusaste määritellään; esimerkiksi kannabiksen ja heroinin käyttöä ei sellaisenaan voi rinnastaa. Suonensisäinen huumeen käyttö sisältää jo ensimmäisellä käyttökerralla merkittävän infektioriskin, koska ensikäyttö yleensä tapahtuu suunnittelematta ja muiden neuvoilla. Siinä missä riski huumeiden kokeilukäyttöön näyttää olevan vahvasti yhteydessä erilaisiin ympäristöstä tuleviin tekijöihin (esimerkiksi kaverien huumeiden käyttö, joidenkin huumeiden helppo saatavuus), huumeiden väärinkäyttöön altistavat erilaiset biologiset ja psykiatriset riskitekijät nuoren ympäristössä. Muihin päihteisiin verrattuna huumeiden käytön heijastevaikutukset ovat yleensä vakavampia, ilmenevät nopeammin, ja aiheuttavat sekä ajankohtaisesti että myöhemmin enemmän ja vakavampia psykososiaalisia ongelmia. Huumeiden käyttö johtaa usein vakaviin epäsosiaalisen käyttäytymisen ja riskikäyttäytymisen muotoihin, mm. suojaamattomiin seksikontakteihin tai rikollisuuteen. Huumeiden käyttöön liittyy lisäksi erilaisten vakavien somaattisten sairauksien riski (esimerkiksi AIDS ja erilaiset krooniset infektiot).

Tavanomaisesta arkielämästä syrjäytyminen -tai sen uhka- vaarantaa ikätasoisten kehitystehtävien saavuttamisen. Nuoren suhteet vanhempiin, muihin perheenjäseniin ja kavereihin voivat kärsiä ja katketa. Vaikka nuoren huumeiden käyttö loppuisikin, monet huumeiden käyttöön liittyvät vakavat psykososiaaliset heijastevaikutukset varjostavat nuoren elämää vielä aikuisuudessa.

Kappaleessa 3 kuvatut päihdekomorbiditeettia selittävät mallit pätevät myös huumeita käyttävillä nuorilla. Huumeiden käyttö saattaa lisätä riskiä muille häiriöille esimerkiksi toksisten keskushermostovaikutusten kautta. Käyttö voi vakavasti vaikuttaa nuoren ihmissuhteisiin, niin vanhempi-lapsi-suhteeseen kuin muihin läheisiin. Huumeita käyttävän nuoren ystäviksi voi valikoitua sellaisia nuoria, joilla on taipumusta rikollisuuteen, mikä edesauttaa epäsosiaalisen käyttäytymisen kehittymistä myös esimerkin ja mallioppimisen kautta. Huumeiden käyttöön ja sen myötä omaksuttavaan salailua ja valehtelemista sisältävään alakulttuuriin liittyvät asiat voivat lisäksi psyykkisesti kuormittaa kohtuuttomasti nuorta ja siten johtaa erilaisten mielenterveyshäiriöiden puhkeamiseen. Toisaalta huumeiden käyttö voi ainakin alkuvaiheessaan toimia nuorelle itselääkintänä esimerkiksi masennuksen ja ahdistuneisuuden aiheuttamaan tuskaisuuteen tai pahan oloon. Edelleen nuoren mielenterveysongelmat voivat johtaa puutteisiin vanhempi-lapsi-suhteessa, vanhempien valvonnassa tai nuoren omissa ikätoverisuhteissa, mitkä tekijät altistavat huumeiden kokeiluun ja käyttöön. Tunnetaan myös yleisiä mielenterveyden riskitekijöitä, jotka tutkimusten mukaan altistavat sekä huumeiden käytölle että mielenterveyshäiriöille. Näitä on kuvattu aiemmin kappaleessa 1.2.

9. PÄIHDEHÄIRIÖIDEN TUTKIMISEN SUUNTAVIIVOJA

Päihdehäiriöiden tunnistamista ja arviointia on käsitelty aiemmin tässä sarjassa julkaistussa oppaassa (www-viite). Kehitys päihdeittömyydestä kokeiluun, käyttöön, väärinkäyttöön ja riippuvuuteen on hyvin yksilöllistä. Ongelmien yksilöllisyys ja monitekijäisyys vaikuttavat myös nuoren tutkimukseen ja hoitoon. Nuoren tilannetta tulee aina arvioida kokonaisvaltaisesti, ja nuoren päihdeiden käyttöä tulee tarkastella laaja-alaisesti osana nuoren yleistä hyvinvointia. Tutkimuksessa arvioidaan nuoren ajankohtainen kehitysvaihe ja sen mahdolliset häiriöt. Nuoruusikäiset, etenkin varhaisnuoret, ovat usein kyvyttömiä tunnistamaan psyykkisiä ongelmiaan eivätkä osaa liittää mahdollisia oireitaan esimerkiksi juuri päihdeiden käyttöön. Runsaasti päihdeitä käyttävältä nuorelta tulee aina kartoittaa mahdollisia muita mielenterveyden häiriöitä, ja toisaalta muulla tavoin oirehtivan nuoren päihdeiden käytöstä tulee kysyä. Myös nuoren somaattinen terveydentila, perhetilanne ja koulutilanne tulee kartoittaa. Nuoren huolellinen tutkiminen edellyttää yleensä moniammatillista yhteistyötä.

Moniongelmaisen nuoren kanssa työskentelevä aikuinen kokee itsensä helposti neuvottomaksi ja voimattomaksi. On tavallista että työntekijästä tuntuu siltä, että nuoren tilanteeseen täytyy kiireellisesti järjestää konkreettista apua. Kuitenkin vain poikkeustapauksissa on niin kiire, että työntekijän tulee välittömästi ohjata nuori hoitoketjussa eteenpäin. Todennäköistä on, että päihdeongelman vuoksi hoitoon hakeutuessaan nuorella on jo takanaan varsin mittava päihdehistoria. Keskeistä nuoren pitkäjänteisessä auttamisessa on akuutin tilanteen rauhoittaminen ja nuoreen tutustuminen. Nuori ei ”anna auttaa” itseään ennen kuin vakuuttuu siitä että voi luottaa häntä auttavaan aikuiseen. Kun riittävä keskinäinen luottamus on saavutettu,

nuoren tutkimista ja psykososiaalista kartoitusta voi suorittaa esimerkiksi liitteessä 1. kuvatun kaavion mukaisesti (ks. myös liite 2 ja 3). Koska nuoren ongelmat saattavat heijastaa perheessä ilmeneviä vaikeuksia tai huolia, nuoren perhetilanteen arviointi on tärkeää. Vanhemmilta saatava informaatio on usein hyödyllistä, ja tarvittaessa vanhempien kanssa tulee tehdä yhteistyötä. Myös opettajilta saatava tieto voi olla arvokasta. Nuoren kanssa on kuitenkin aina keskusteltava myös kahden kesken. Jos nuoren tilanne vaikuttaa erityisen huolestuttavalta, on syytä olla ripeästi yhteydessä erikoissairaanhoidon esimerkiksi puhelimitse ja neuvotella jatkotoimista. Kiireellisen erikoissairaanhoidotasaisen konsultaation indikaatioita ovat mm. nuoren huono fyysinen tai psyykinen yleisvointi, itsemurhavaara, suonensisäisten huumeiden käyttö, hyvin runsas pitkään jatkunut alkoholin käyttö tai jokin akuutti hoitoa vaativa kriisitilanne. Erikoissairaanhoidossa arvioidaan tarvittaessa myös mahdollinen sairaalahoidon tarve.

Nuoren tilanteeseen tulee konkreettisesti puuttua heti, kun ensimmäiset oireet mahdollisesta alkavasta syrjäytymisestä ovat näkyvillä. Tällaisia oireita voivat olla esimerkiksi koulupinnaus tai mikä hyvänsä rikollinen toiminta näpistelystä huumekekeiluun. Myös kotona ilmenevään epäsosiaaliseen käyttäytymiseen (esimerkiksi rahan varastaminen vanhemmilta) tulee puuttua heti ja riittävän napakasti.

Nuoruusiällä diagnosoidulla päihteiden ongelmakäytöllä on ilman hoitoa erittäin huono ennuste. Jokaisen päihdeongelmaisen nuoren tulee saada nuorelle yksilöllisesti suunniteltu hoito. Nuoren ympärille tulisi koota verkosto eri alojen asiantuntemusta, jossa vanhemmat, koulu, sosiaalitoimi sekä lasten- tai nuorisopsykiatrinen hoitotaho

ovat edustettuina. Lastensuojelulain mukaan nuorten kanssa työskentelevillä aikuisilla on ilmoitusvelvollisuus sosiaalitoimeen, mikäli nuori vaarantaa päihteitä käyttämällä terveyttään tai kehitystään. Ensisijaisena tavoitteena on räätälöidä nuorelle sopiva avohoidon suunnitelma, jota koordinoimaan nimetään yksi hoitoverkoston asiantuntijoista. Lupaavia tuloksia epäsosiaalisten ja päihdeongelmaisten nuorten hoidossa on saatu MST (Multisystemic therapy)-menetelmästä, jonka keskeisenä tavoitteena on auttaa nuorta normaalissa ympäristössään tukemalla eri tavoin niitä voimavaroja, joita nuorella ja hänen perheellään on.

10. PÄIHDEKOMORBIDITEETIN MERKITYS KÄYTÄNNÖN TYÖSSÄ

Komorbiditeetin vaikutukset tulisi huomioida päihdehäiriöiden diagnostiikassa, hoidossa, hoitopalveluiden järjestämisessä ja häiriöiden ennaltaehkäisyssä.

Päihdehäiriöisen nuoren diagnostiikka perustuu aina kokonaisvaltaiseen arvioon, jossa huomioidaan nuoren ajankohtainen kehitysvaihe ja sen mahdolliset häiriöt.

Työntekijän tulisi valppaasti arvioida toisen häiriön mahdollisuutta, oli nuoren avun hakemisen syy sitten päihteiden käyttö tai jokin muu mielenterveysongelma. Edelleen silloinkin kun nuorella todetaan vain yksi häiriö, komorbiditeetin riski tulee muistaa. Esimerkiksi masentuneella nuorella on selvästi lisääntynyt riski päihdehäiriöön ja päinvastoin. Tämä tulee ottaa huomioon myös jatkohoitoa suunniteltaessa.

Päihdehäiriöiden ja masennuksen tunnistamisesta saa tietoa mm. aiemmin tässä julkaisusarjassa julkaistuista oppaista (<http://www.ktl.fi-julkaisut> ja rekisterit).

Komorbiditeetin yleisyyden vuoksi hoitopaikoissa tulisi olla riittävästi tietoa sekä päihde- että mielenterveyshäiriöistä. Nuori ei hyödy siitä, että saa erityistason hoitoa päihdeongelmaan toisaalla ja mielenterveyspalveluita toisesta hoitopaikasta. Nuoren hoidon kannalta ihanteellisia ovat keskitetyt ja kokonaisvaltaiset hoito-organisaatiot, joissa tunnetaan toisaalta nuoren normaali kehitys ja sen häiriöt, toisaalta omataan riittävä asiantuntemus päihdeongelmien tunnistamiseen, tutkimiseen ja hoidon järjestämiseen.

Päihdeongelman kanssa komorbidin mielenterveyshäiriön laatu tulisi ottaa huomioon päihdehoitoa suunniteltaessa. Esimerkiksi käytöshäiriöisillä ja tarkkaavaisuus-
yliaktiivisuushäiriöistä kärsivillä nuorilla todettavat keskittymisvaikeudet ja
impulsiivisuus saattavat heikentää vastetta standardoituihin hoitoihin. Nuorella
todettava ADHD sinällään indikoi psykososiaalisia hoitotoimia, ja komorbidi
päihdehäiriö kuormittaa entisestään näitä nuoria ja heidän perheitään. Psykososiaaliset
hoitotoimet tulisi siis kohdentaa kumpaankiin häiriöön.

Komorbiditeetin ymmärtäminen on tärkeää myös ennaltaehkäisyn näkökulmasta.
Käytös- ja ahdistuneisuushäiriöt alkavat usein lapsuudessa, kun taas masennus- ja
päihdehäiriöiden tyypillisin alkamisikä sijoittuu nuoruuteen. Siksi lapsuusiän
mielenterveyshäiriöiden, erityisesti käytöshäiriöiden, ja niihin liittyvien
riskitekijöiden varhainen tunnistaminen ja hoito voivat ehkäistä päihdehäiriön
kehittymistä. Käytöshäiriöön liittyvä käytöksen hallitsemattomuus, mm.
hyperaktiivisuus, impulsiivisuus, keskittymisvaikeudet ja aggressiivisuus ovat
osoittautuneet merkittäviksi tekijöiksi päihdehäiriöiden etiologiassa, ja on esitetty että
varhainen puuttuminen näihin tekijöihin vanhempien ohjannan kautta voisi ehkäistä
käytöshäiriöitä ja sen myötä päihdehäiriöitä.

Tutkimukset osoittavat kiistatta, että nuorten päihteiden käyttö lisää riskiä paitsi
myöhemmille päihdehäiriöille ja eriasteisille päihdeongelmille, myös
mielenterveysongelmille laajemmin. Siksi enemmän huomiota tulisi kohdistaa niihin
tekijöihin, jotka olemassaolevan tiedon perusteella edistävät nuorten päihteiden
käyttöä. Esimerkiksi päihteiden saatavuuden helpottuminen voi tutkimustiedon
perusteella johtaa psykiatristen häiriöiden lisääntymiseen. Tiedetään myös, että mitä

myöhäisempään ajankohtaan päihteiden kokeilu ja käyttö nuoruudessa siirtyy, sitä pienempi riski nuorella on myöhempään päihdeongelmiin. Nuoren päihteiden käyttöä tulee siksi tarkastella riskitekijänä myöhemmille mielenterveys- ja päihdehäiriöille, eikä pitää sitä vain hyvänlaatuisena ja ikään liittyvänä kokeiluna.

KIRJALLISUUTTA

Aalto-Setälä T. Depressive disorders among young adults. Publications of the National Public Health Institute A 22/2002. Hakapaino, Helsinki 2002.

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 th edition (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.

Brook JS, Cohen P, Brook DW. Longitudinal study of co-occurring psychiatric disorders and substance use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 322-330.

Brook JS, Richter L, Rubenstone E. Consequences of adolescent drug use on psychiatric disorders in early adulthood. *Ann Med* 2000; 32: 401–7.

Bukstein OG ym. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36 (10 Suppl): 140S-156S.

Clark DB, Pollock N, Bukstein OG, Mezzich AC, Bromberger JT, Donovan JE. Gender and comorbid psychopathology in adolescents with alcohol dependence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 1195–203.

Friedman A, Terras A, Öhberg D. EuroADAD, Manual. <http://www.emcdda.org>.

Kandel DB, Huang F-Y, Davies M. Comorbidity between patterns of substance use dependence and psychiatric syndromes. *Drug and Alcohol Dependence* 2001; 64: 233-241.

Lintonen T, Rimpelä M, Ahlström S, Rimpelä A, Vikat A (2000) Trends in drinking habits among Finnish adolescents from 1977 to 1999. *Addiction* 95: 1255-1263

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.

Marttunen M, Rantanen P. Nuorisopsykiatria. Kirjassa: Lönnqvist J, Heikkinen M, Henriksson M,

Marttunen M, Partonen T. Psykiatria. 2. painos. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim, 2001.

Pelkonen M, Marttunen M, Aro H. Risk for depression: a 6-year follow-up of Finnish adolescents. J

Affect Disord 2003, 77: 45-51.

Rohde P, Lewinsohn PM, Seeley JR. Psychiatric comorbidity with problematic alcohol use in high

school students. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996; 35: 101-109.

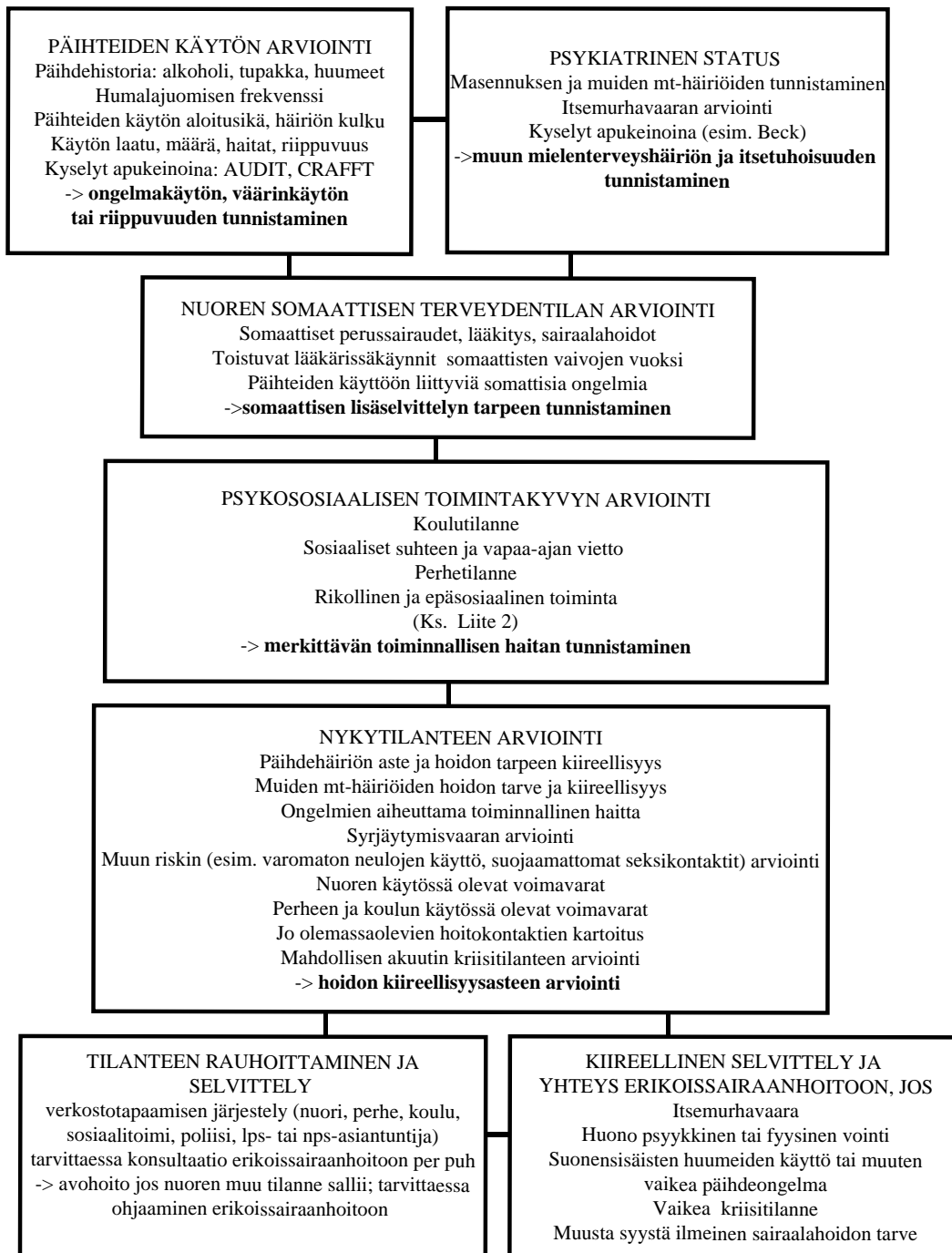
Stakes. Psykiatrian luokituskäsikirja. Helsinki: Edita 1998.

Weinberg NZ, Rahdert E, Colliver JD, Glantz MD. Adolescent substance abuse: a review of the past 10

years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998; 37: 252-61.

Lisätietoa myös sarjassa aiemmin julkaistuista oppaista: <http://www.ktl.fi/>

MONIONGELMAISEN NUOREN ARVIOINTI PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA



Liite 2: NUOREN PSYKOSOSIAALISEN TAUSTAN SELVITTELY; huomionarvoisia asioita nuoren tilanteen kartoituksessa (Lähteenä käytetty Friedman A, Terras A, Öhberg D. EuroADAD, Manual. <http://www.emcdda.org>)

Koulutilanne/ työtilanne

Käykö nuori koulua, mitä luokkaa?

Onko jäänyt luokalle, montako kertaa?

Onko käytösongelmien vuoksi joutunut koskaan pois koulusta väliaikaisesti/pysyvästi?

Onko suoritusaso koulussa ikätovereihin verrattuna huonompaa/keskitasoa/ parempaa?

Onko ollut luvattomia poissaoloja ilman syytä?

Kuinka monena päivänä viimeisen kuukauden aikana luvatta pois koulusta?

Onko vaikeuksia opettajien kanssa?

Häiritseekö opetusta?

Käykö erityisluokkaa, mitä ja miksi?

Sosiaaliset suhteet ja vapaa-ajan vietto

Kaverisuhteet

Kuinka monta hyvää ystävää nuorella on?

Onko nuorella lähipiirissä henkilö jolle voi kertoa vaikeuksista?

Onko lähipiirissä kavereita, jotka

-käyttävät huumeita

-ovat joutuneet päihteiden käytön vuoksi poliisin kanssa tekemisiin

-ovat joutuneet rikollisen toiminnan vuoksi poliisin kanssa tekemisiin

-ovat lopettaneet tai aikovat lopettaa koulun ennenaikaisesti ?

Kuuluuko nuori ryhmään joka on syylistynyt rikolliseen tai epäsosiaaliseen toimintaan?

Tietävätkö vanhemmat kenen kanssa nuori viettää aikaansa?

Joutuuko nuori helposti mukaan tappeluihin?

Kiusaako nuori muita?

Kiusataanko nuorta itseään?

Kuinka tyytyväinen nuori itse on kaverisuhteisiinsa?

Onko kaveripiirissä tapahtunut äkillinen muutos?

Seurustelu

Seurusteleeko nuori?

Onko tyttö/poikaystävä nuorempi/samanikäinen/vanhempi?

Käyttääkö tyttö/poikaystävä alkoholia tai huumeita? Kuinka paljon, mitä?

Onko tyttö/poikaystävä joutunut poliisin kanssa tekemisiin päihteiden tai rikollisuuden vuoksi?

Seksuaalinen aktiivisuus

Onko nuorella seksuaalisia suhteita?

Kuinka monta seksisuhdetta nuorella on ollut?

Käyttääkö nuori ehkäisyä, mitä?

Onko nuori koskaan saanut seksistä vastapalvelukseksi yösjän tai asuinpaikan, alkoholia, huumeita, muita päihteitä tai rahaa? Jos kyllä, niin kuinka monta kertaa?

Nuoren vapaa-ajan vietto

Harrastaako nuori mitään? Mitä harrastaa?

Kuinka usein esimerkiksi viimeisen kuukauden aikana nuori on harrastanut liikuntaa?

Mitä nuori tekee vapaa-aikanaan kavereidensa kanssa?

Perheen tilanne

Kenen kanssa nuori elää, keitä kuuluu perheeseen?

Asuuko nuori biologisten vanhempiensa tai adoptiovanhempiensa (tai jommankumman) luona? Jos ei, niin miksi ja missä?

Onko nuori nyt tai aiemmin ollut sijoitettuna pois perheestään? Miksi, missä, milloin?

Onko nuori karannut kotoa, kuinka monta kertaa, miksi?

Onko jollain nuoren perheenjäsenellä ilmennyt

-jokin pitkäaikainen somaattinen sairaus

-mielenterveysongelmia

-päihdeongelmia (alkoholi, huumeet)

-rikollisuutta?

Minkälainen on perheen ilmapiiri nuoren mielestä?

Kokeeko nuori voivansa puhua vanhemmilleen ongelmistaan?

Kuinka läheiseksi nuori kokee isänsä/äitinsä?

Onko vanhempien välillä riitaisuutta?

Onko perheessä riitaisuutta muiden perheenjäsenten kesken?

Joutuuko nuori itse usein riitoihin perheenjäsenten kanssa?

Onko nuori rikkonut tai vahingoittanut perheen omaisuutta?

Valehteleeko nuori usein perheenjäsenille?

Onko nuori varastanut perheenjäseniltä (rahaa tai tavaroita)?

Onko nuori joutunut perheessä pahoinpidellyksi fyysisesti, seksuaalisesti tai henkisesti?

Onko nuoren perhe koskaan ollut em. vaikeuksien vuoksi sosiaalitoimen tms asiakkaana?

Rikollinen ja epäsosiaalinen toiminta

Onko nuori joutunut tekemisiin poliisin kanssa? Kuinka monta kertaa?

Onko nuori joutunut oikeuteen, onko tuomiota?

Onko nuori ollut vankilassa tai muussa laitoksessa rikollisen tai epäsosiaalisen käyttäytymisen vuoksi? Milloin ja miksi?

Onko nuori koskaan syylistynyt seuraaviin (vaikkei olisi jäänytkaan kiinni):

-myymälävarkaus

-autovarkaus, asuntomurto, muu varkaus

-autolla ajaminen päihtyneenä

-jokin vakava liikennerikkomus

-ollut osallisena johonkin muuhun henkilön kohdistuvassa pahoinpitelyssä

- tahallaan rikkonut tai vahingoittanut muiden omaisuutta

-ottanut vastaan tai välittänyt varastettua tavaraa

- välittänyt tai myynyt huumeita

Liite 3. Keskeisimpien nuorten mielenterveyden häiriöiden kuvauksia ICD-10-luokituksen mukaan. Kuhunkin häiriöluokkaan kuuluu useampia häiriöitä, ja ohessa on mainittu esimerkinomaisesti niistä joitakin tavallisimpia. Diagnostiset kriteerit kuvattu psykiatriseen tautiluokitukseen ICD-10 mukaan: ks. viitte Stakes, 1998; ks. myös Marttunen, Rantanen 2001.

Päihdehäiriöt

Päihdehäiriöt voivat ilmetä haitallisena käyttönä tai riippuvuutena. Riippuvuuden kriteereinä ovat edeltäneen vuoden aikana vähintään kolmen kriteerin täyttyminen oireiden osalta, joita ovat: voimakas halu käyttää ainetta, vaikeus kontrolloida käyttöä, fysiologiset vieroitusoireet, merkit lisääntyvästä aineen sietokyvyn kasvusta, keskittyminen aineen käyttöön, ja aineen jatkuva käyttö huolimatta haitallisista seurauksista.

Mielialahäiriöt

Tyypillisessä yksisuuntaisessa masennustilassa henkilö kärsii mielialan laskusta sekä tarmon ja toimeliaisuuden puutteesta. Kyky nauttia asioista ja tuntee niihin mielenkiintoa on heikentynyt. Pienikin ponnistus johtaa uupumukseen. Muita tavallisia oireita ovat: keskittymis- ja huomiokyvyn heikkeneminen, itsetunnon ja itseluottamuksen heikkeneminen, syyllisyyden ja arvottomuuden kokemukset, synkät ja pessimistiset ajatukset tulevaisuuden suhteen, itsetuhoiset, suisidaaliset ajatukset tai teot, unihäiriöt ja ruokahalun heikkeneminen. Masennustiloja voi esiintyä myös ns. kaksisuuntaisina. Toisinaan mieliala on kohonnut ja tarmo ja toimeliasisuus lisääntyneet (hypomaania ja mania), toisinaan mieliala on laskenut ja toimeliasuus vähentynyt (masennus).

Ahdistuneisuushäiriöt

Ahdistuneisuushäiriöihin luetaan kuuluviksi mm. pelko-oireiset (foobiset) ahdistuneisuushäiriöt, joille on tyypillistä ahdistuksen herääminen ainoastaan tietyissä tilanteissa, jotka eivät yleensä ole vaarallisia. Ahdistuneisuuden takia henkilö joko välttää näitä ulkoisia tekijöitä tai tilanteita, tai kokee voimakasta pelkoa ollessaan tekemisissä niiden kanssa. Paniikkihäiriöissä oleellinen piirre ovat toistuvat vaikeat ahdistuneisuuskohtaukset, jotka ovat ennustamattomia, ja joihin liittyy myös somaattisia oireita. Pakko-oireinen häiriö voi ilmetä joko toistuvina pakkoajatuksina tai -toimintoina. Stereotyyppisinä esiintyvien pakkotoimintojen avulla henkilö pyrkii estämään pelkäämänsä vahingollisen teon tai tapahtuman, joka sinänsä on epätodennäköinen.

Syömishäiriöt

Tavallisimpia syömishäiriöitä ovat laihuushäiriö ja ahmimishäiriö. Laihuushäiriön oireina ovat merkittävä painonlasku, syömisestä kontrollointi, ruumiinkuvan häiriö ja tytöillä kuukautisten poisjäänti. Ahmimishäiriön oireina ovat ylensyöntijaksot, painon säätely esim. oksentelulla, ja häiriintynyt käsitys omasta painosta.

Käytöshäiriöt

Näille häiriöille on tyypillistä toistuva ja merkittävässä määrin esiintyvä epäsosiaalinen, aggressiivinen tai uhmakas käytös, jonka kesto on vähintään 6 kk. Spesifeinä oireina ovat mm. kiusaaminen/tappeleminen, julmuus ihmisiä tai eläimiä kohtaan, vakava omaisuuden tuhoaminen, varastaminen, tulen sytyttäminen, toistuva valehtelu, luvaton koulusta poissaolo tai kotoa karkaaminen, poikkeuksellisen tiukat ja vaikeat kiukunpuuskat, raivokohtaukset sekä tottelemattomuus. Yksittäiset asosiaaliset tai rikolliset teot eivät riitä diagnoosin asettamiseen, ja lisäksi käytöksen tulee selvästi poiketa iänmukaisista sosiaalisista odotuksista.