

270521 Päihhteet ja mielialaongelmat – ovatko mahdoton yhdistelmä?

Päihdelääkäri, psykoterapeutti Juha Kemppinen

Ida Kemppinen
2001 (8v)

MY FAMILY



työ:
juha.kemppinen@eksote.fi

oma:
jhkmppnn@gmail.com
GSM 040-1993959
www.juhakemppinen.fi

- Juha KT Kemppinen, ylilääkäri, MTTP, Eksote
- päihdepsykiatri, LL,YTM (pääaine sosiologia)
 - FT (tuotantotalous) 11/20
 - psykiatrian ja yleislääketieteen erikoislääkäri,
 - päihdelääketieteen erityispätevyys
 - Lääkärikouluttaja, kv konferenssi puuttu (8/21 valmis?)
 - Erityistason ratkaisukeskeinen psykoterapiakoulutus
 - Hallinnon pätevyys (SPYn mt-johtamisen kurssi)
 - Lean Six Sigma Black Belt (lopputyö?)

yl juha kemppinen

270521 Päihteet ja mielialaongelmat – ovatko mahdoton yhdistelmä?

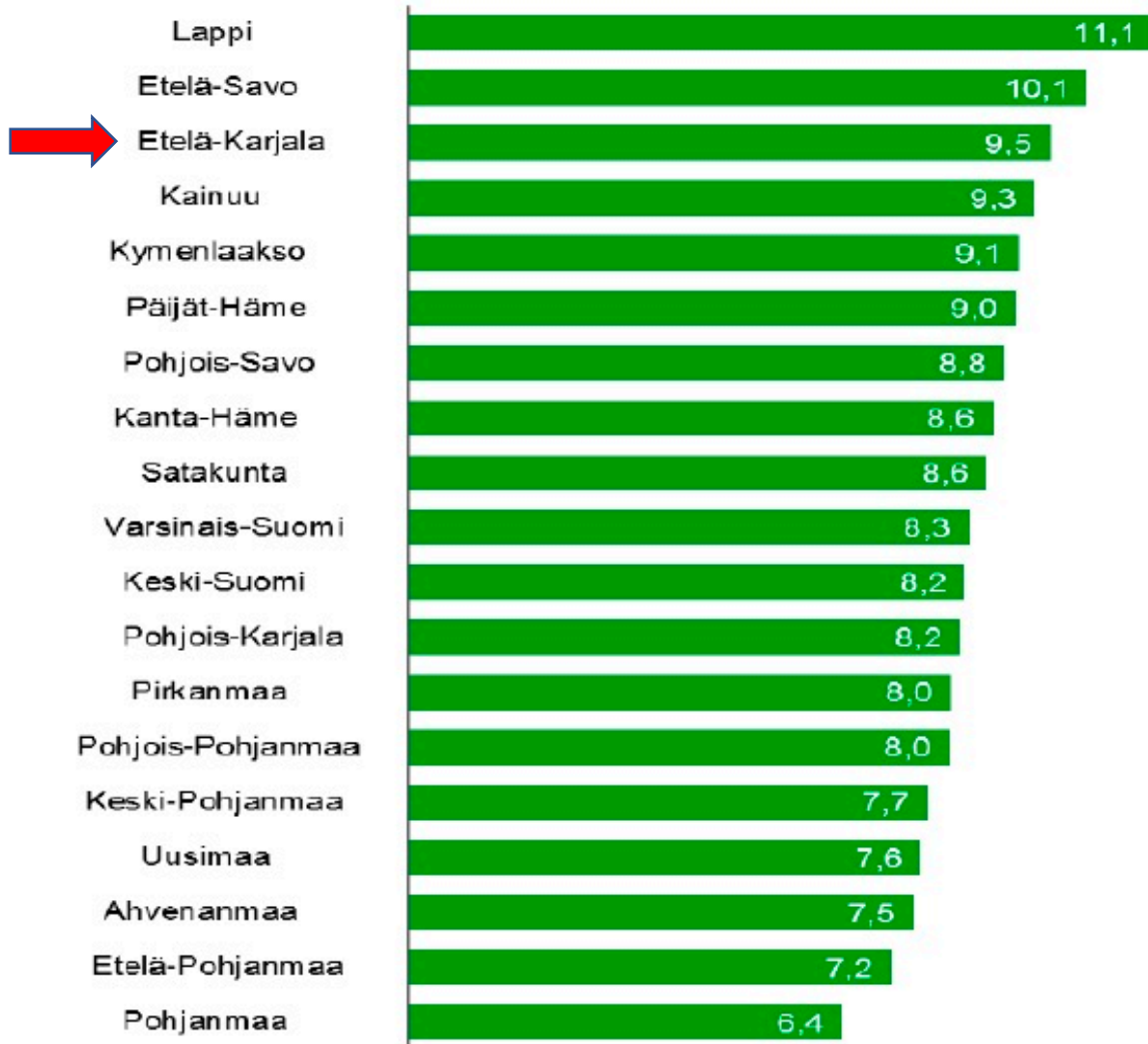
- Agenda:
 - 1) Asiaa alkoholista ja samanaikaisesta psykiatrisesta ongelmasta
 - 2) Muut päihteet ja psykiatriset ongelmat
 - 3) Motivoiva haastattelu ja kaksoisdiagnoosipotilaiden vaihespesifinen hoito

1. Asiaa alkoholista ja samanaikaisesta psykiatrisesta ongelmasta

Yl juha kemppinen

SF 2020:

Litraa 15 vuotta täyttäneitä kohti



Noin 50 pulloa kossupulloa viime vuonna jokainen joi (yli 15v)

12 grammaa 100-prosenttista alkoholia.

Yksi annos on esimerkiksi

viinilasi (12 cl),

pieni (0,33 l) keskiolut- tai siideripullo,

annos väkevää viiniä (8 cl) tai

annos viinaa (4 cl)."

Jokainen suomalainen imeväisestä vanhimpaan mummoon juo absoluuttista alkoholia keskimäärin 9,2 litraa vuodessa. (2002)

-Se on vähän yli 48 pulloa Koskenkorvaa vuodessa

eli noin pullo viikossa, Stakesin erikoistutkija

Esa Österberg laskeskelee.

Äidin helmoista irtautuvat ja itsenäistä elämää opiskelevat

20-29-vuotiaat miehet juovat noin 20 litraa

sataprosenttista alkoholia vuodessa.

-Parikymppinen mies juo keskimäärin 110 pulloa

Koskenkorvaa vuodessa eli pari pulloa viikossa, Österberg sanoo.

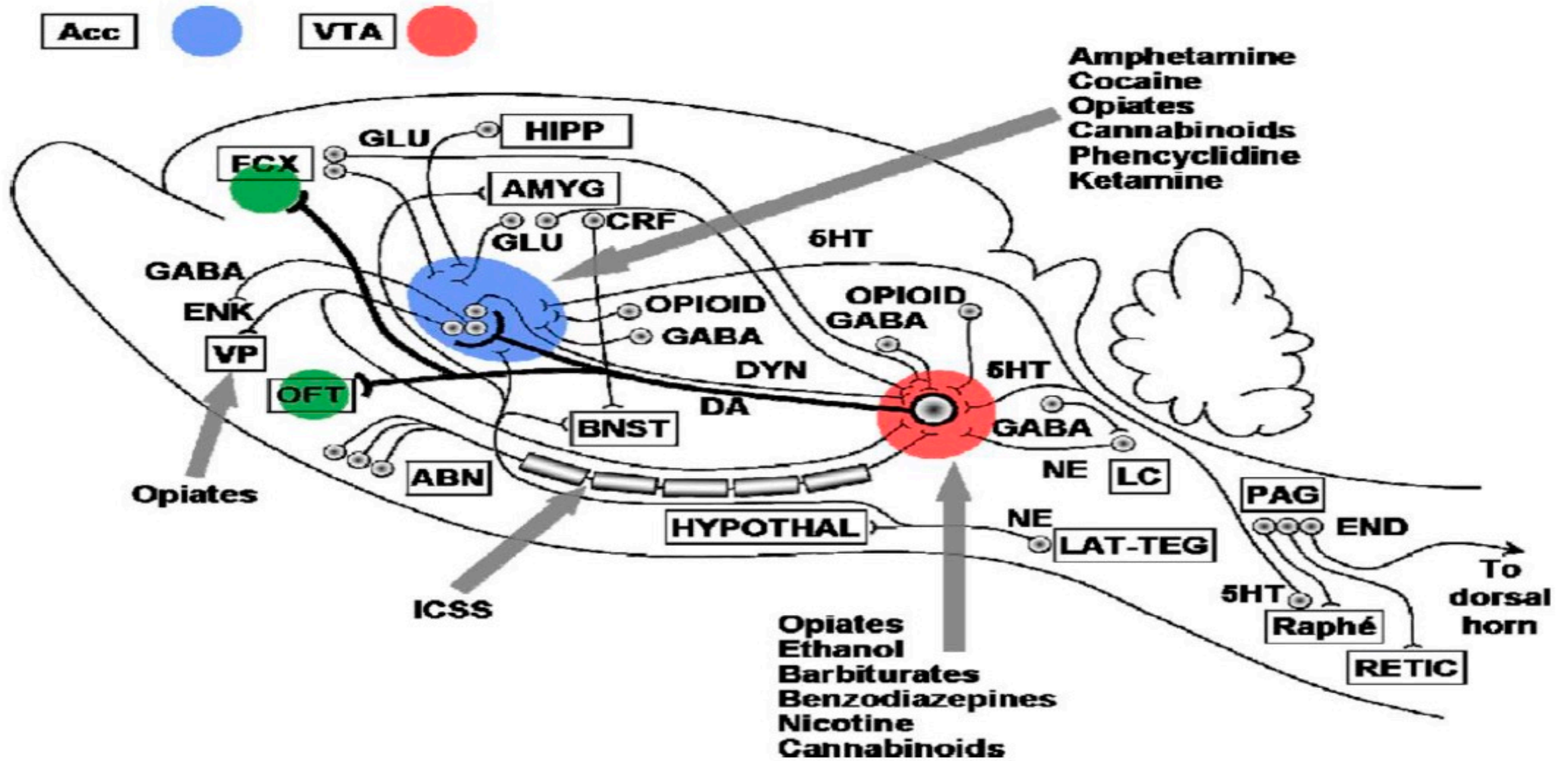
Yhdestä litrasta absoluuttista alkoholia tulee

5,26 puolen litran kossupulloa

https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/141145/tr7_21.pdf?sequence=1&isAllowed=y

14.4.2021
27.5.2021

yl juha kemppinen
yl juha kemppinen



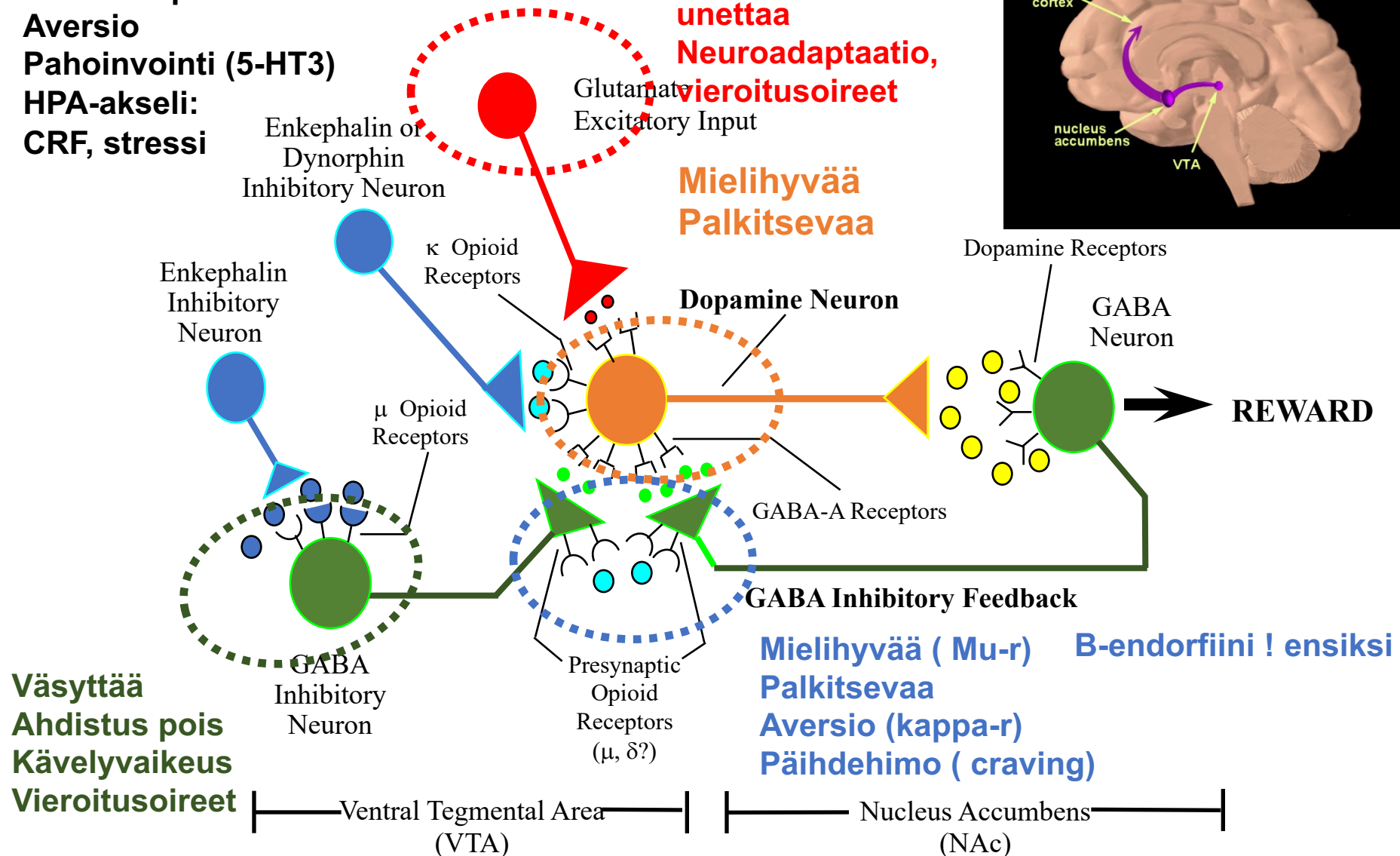
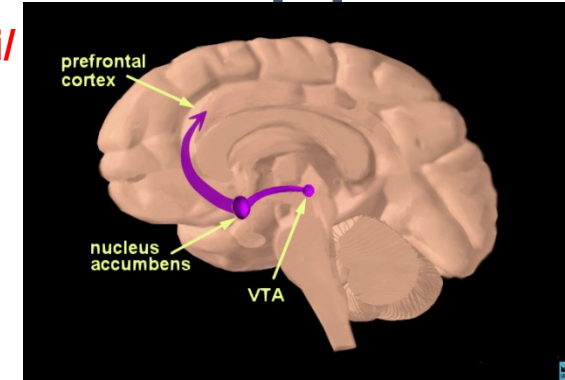
Gardner EL, Introduction: Addiction and Brain Reward and Anti-Reward Pathways, *Adv Psychosom Med*. 2011 ; 30: 22–60. doi:10.1159/000324065.

Mielihyväradan kaappaus

5-HT :
Neuroadaptaatio
Aversio
Pahoinvointi (5-HT3)
HPA-akseli:
CRF, stressi

Väsyttää/ hypnotisoi/
unettaa
Neuroadaptaatio,
Vieroitusoireet

Mielihyvää
Palkitsevaa



Ensiavussa on eniten kaksoisdiagnoosipotilaita, joilla sekä alkoholi- että psykiatrinen ongelma!

Table 1. Number of ED Visits per Patient for a Calendar Year

The Journal of Emergency Medicine, Vol. 45, No. 4, pp. 520–525, 2013

Condition	Average Number of ED Visits	Standard Deviation	Range
Overall ED sample	1.5	1.5	1–48
HCV	2.3	2.4	1–24
HIV	2.0	2.3	1–29
HBV	2.1	1.9	1–11
Psychiatric complaint	2.3	2.6	1–29
Alcohol abuse	2.6	3.8	1–48
Psychiatric complaint and alcohol abuse	6.4	4.7	2–17
HCV and alcohol abuse	4.2	5.8	1–24

ED = Emergency Department; HCV = hepatitis C virus; HIV = human immunodeficiency virus; HBV = hepatitis B virus.

GT-CDT lasketaan kaavalla: $GT-CDT = 0,8 * \ln(GT) + 1,3 * \ln(CDT)$.

Fosfatidyylietanoli B-PEth > 0.30 umol/l =
ainakin 5 ravintola-annosta/vrk, > 60 g/vrk
→ Runsas päivittäinen käyttö 2-5 umol/l
(mittaa kahden edellisen viikon käyttöä)
- Ei nouse kovasta kertakäytöstä

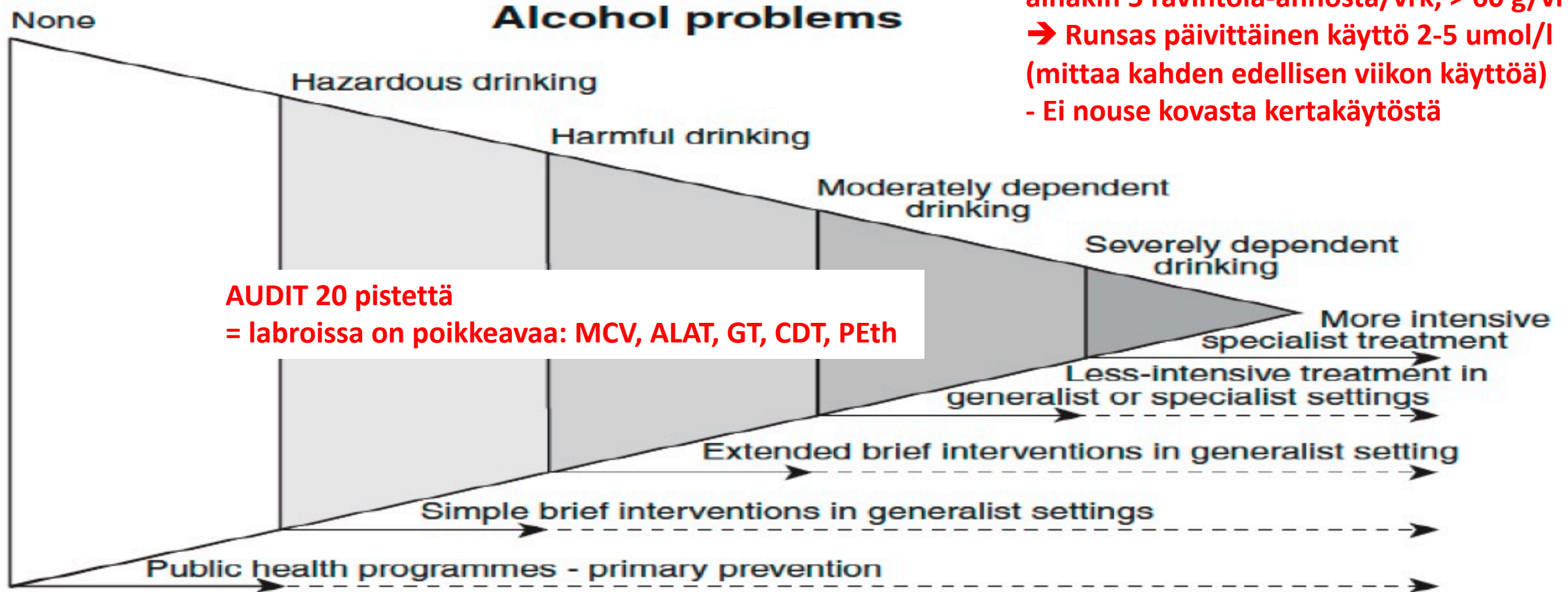


Fig. 4.2.2.5.1 A spectrum of responses to alcohol problems.

(Reprinted from D. Raistrick, N. Heather, and C. Godfrey, (2006), *Review of the effectiveness of treatment for alcohol problems*, National Treatment Agency

Gelder et al 2009

AUDIT-PISTEIDEN TULKINTA

PISTEET ALKOHOLINKÄYTÖN RISKIT

0-7	VÄHÄISET
8-10	LIEVÄSTI KASVANEET
11-14	SELVÄSTI KASVANEET
15-19	SUURET
20-40	ERITTÄIN SUURET

Mielialahäiriöiden luotettavaan
arvioon tarvitaan 3- 9 viikon
täysraittius

← AUDIT yli 20 pistettä konsultoi
päihdeammattilaista

← AUDIT yli 30 pistettä tarkoittaa laitoshoidoa

Effects of High-Risk Drinking

Aggressive, irrational behavior.
Arguments. Violence.
Depression. Nervousness.

Cancer of throat and mouth.

Frequent colds. Reduced
resistance to infection.
Increased risk of pneumonia.

Liver damage.

Trembling hands.
Tingling fingers.
Numbness. Painful nerves.

Ulcer.

Impaired sensation
leading to falls.

Numb, tingling toes.
Painful nerves.

Alcohol dependence.
Memory loss.

Premature aging. Drinker's nose.

Weakness of heart muscle.
Heart failure. Anemia.
Impaired blood clotting.
Breast cancer.

Vitamin deficiency. Bleeding.
Severe inflammation
of the stomach. Vomiting.
Diarrhea. Malnutrition.

Inflammation of the pancreas.

In men:
Impaired sexual performance.

In women:
Risk of giving birth to deformed,
retarded babies or low birth
weight babies.

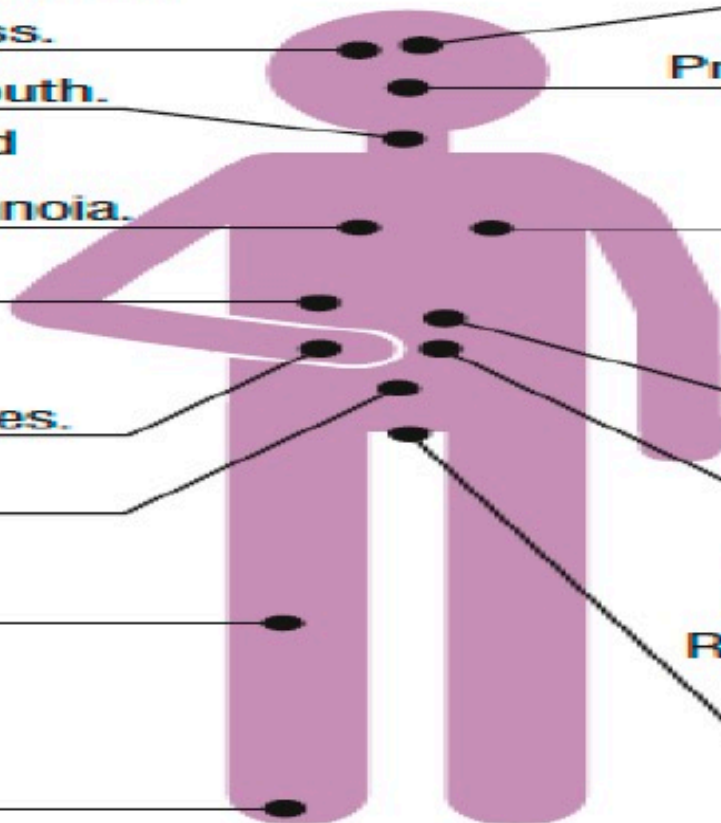


Figure 26-2. Alcohol-related disorders associated with high-risk drinking. (From Rehm J, Room R, Monteiro M, et al. Alcohol use. In Ezzati M, Lopez AD, Rodgers A, Murray CJL, editors: Comparative quantification of health risks: global and regional burden of disease attributable to selected major risk factors. Geneva, 2004, World Health Organization.)

Jos vastaanotolla on 1.5-2 promillen humalassa ja pystyy toimimaan lähes normaalisti → on alkoholiriippuvainen

As BAC increases, so does impairment

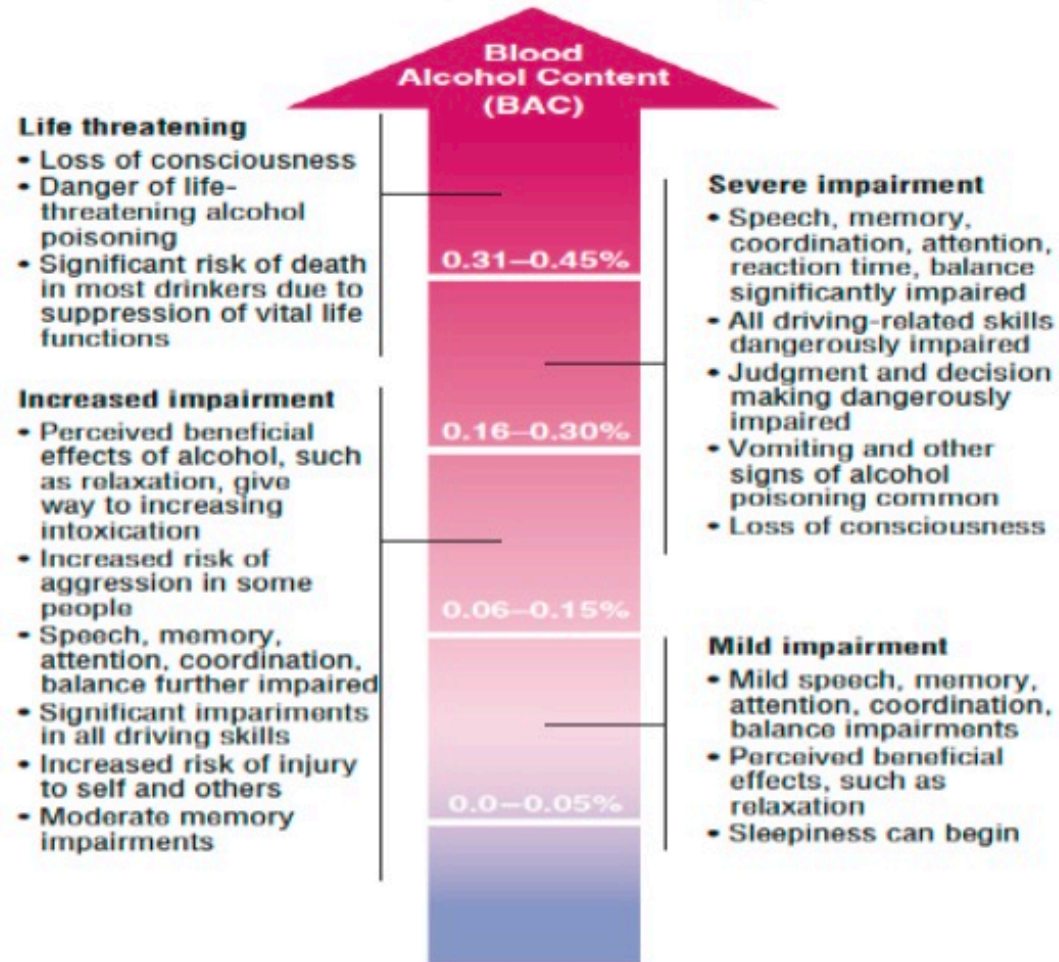


Figure 26-4. Impairment as a result of increased blood alcohol content (BAC). (From National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA). Alcohol overdose: the dangers of drinking too much. NIAAA Brochures and Fact Sheets, 2013. <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AlcoholOverdoseFactSheet/Overdosefact.htm>)

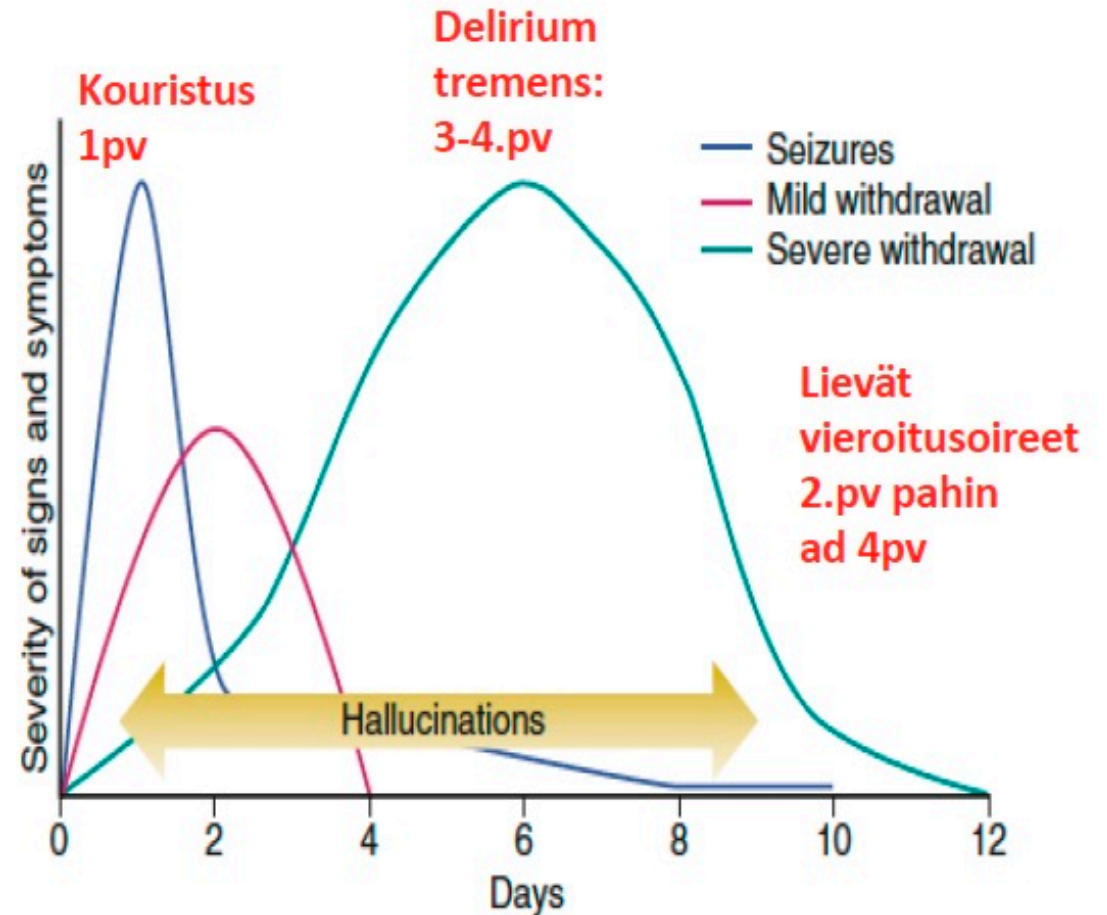


Figure 26-5. Progress of alcohol withdrawal syndrome. (From Frank L, Peard J. New concepts in drug withdrawal: a resource handbook. Melbourne, 1995, University of Melbourne.)

2018 Alkoholiongelmien Käypä Hoito:

- Alkoholi suurentaa psyykkisten oireiden ja mielenterveyden häiriöiden riskiä

Mielenterveysongelmat

Masennuspotilaista 10–30 %:lla on samanaikainen alkoholiongelma.

Alkoholista riippuvaisista 30–60 %:lla on kliinisesti merkittävä depressio.

Alkoholiongelmaisen itsemurhariski on huomattavasti suurentunut.

Alkoholin kohtuukäytön terveyshyödyt rajoittuvat 50–64-vuotiaisiin miehiin, jotka juovat 10–14 alkoholiannosta viikossa eivätkä juo humalahakuisesti. Naisilla hyödyt havaitaan yli 65-vuotiailla, jotka juovat korkeintaan 7 alkoholiannosta viikossa .

Miksi on edes mainittu Käypä Hoito-suosituksessa?

2018 Alkoholiongelmien Käypä Hoito:

TAULUKKO 2. Työryhmän suositus alkoholinkäytön riskitasoiksi.

”lavallinen” 24 olutta viikossa on vasta suuri riski?

Suuren riskin taso on miehillä 23–24 annosta ja naisilla 12–16 annosta viikossa. Tämä voidaan katsoa hälytysrajaksi, jolloin alkoholinkäyttöön viimeistään tulisi puuttua. Peruste: kyseisillä annosmäärillä sairastavuus lisääntyy ja kuolleisuusriski suurentuu merkittävästi [2].

Kohtalaisen riskin taso on miehillä 14 ja naisilla 7 annosta viikossa. Peruste: kyseiset annosmäärät suurentavat GT-arvoja [15].

**Kaksi
Sixpackia
+ kaksi olutta
= kohtalainen
riski**

Alkoholinkäyttö, josta ei ole todennäköisesti riskiä terveelle työikäiselle henkilölle, on naisilla 0–1 annosta ja miehillä 0–2 annosta päivässä. Peruste: Suomalainen ja pohjoismaalainen ravitsemussuositus [36].

2018 Alkoholiongelmiin Käypä Hoito:

- Ongelmakäytön varhaisvaiheessa potilaan tuo terveydenhuoltoon usein fyysinen syy (kohonnut verenpaine, sydämen rytmihäiriö, tapaturmat, epämääräiset vatsaoireet, vieroitusoireet) **tai psyykkinen oire (unettomuus, ahdistuneisuus, masennus).**
- Tällöin on luontevaa sitoa elämäntavoista kysyminen potilaan oireeseen tai huoleen.
- Perusterveydenhuollossa ensimmäisillä käyntikerroilla ja terveystarkastuksissa on syytä **selvittää potilaan elämäntavat, päihteidenkäyttö mukaan luettuina**

TAULUKKO 4. RAAMIT-lyhytneuvonnan (FRAMES) sisältö.

Rohkeus (self efficacy)	Potilaaseen valetaan rohkeutta ja uskoa onnistumiseen.
Alkoholitietous (feedback)	Annetaan palautetta ja tietoa alkoholiasioista suhteutettuna potilaan vaivoihin ja löydöksiin.
Apu (advice)	Avustetaan päätöksessä vähentää juomista tai lopettaa se.
Myötätunto (empathy)	Suhtaudutaan potilaaseen lämpimästi, refleктоivasti, empaattisesti ja ymmärtävästi.
Itsemääräämismisvastuu (responsibility)	Potilaan on itse päätettävä vähentää juomistaan.
Toimintaohjeet (menu)	Luodaan vaihtoehtoisia strategioita juomisen vähentämiseksi.

2018 Alkoholiongelmien Käypä Hoito:

- Alkoholiongelma ja mielenterveyden häiriöt
- – Alkoholiongelma kietoutuu usein mielenterveyden ongelmiin. Jotkut potilaat saattavat yrittää lievittää masennustaan alkoholilla, ja juominen saattaa aiheuttaa mielenterveysongelmia ja ongelmien hoitoon käytetyt lääkkeet riippuvuutta. Näiden potilaiden hoidossa yhteistyö psykiatrisen erikoissairaanhoidon kanssa on usein tarpeen.
- Alkoholiongelmaisen potilaan psyykkiset oireet (**unettomuus, ahdistuneisuus, masennus, psykoottisuus, persoonallisuushäiriöön liittyvät oireet**) on diagnosoitava ja hoidettava huolellisesti rinnakkain alkoholiongelman kanssa.

2018 Alkoholiongelmien Käypä Hoito:

- Alkoholiongelma ja mielenterveyden häiriöt
- Samanaikaisten mielenterveyden häiriöiden luotettava diagnosointi edellyttää yleensä joko 4 viikon raitista jaksoa ohimenevien oireiden sulkemiseksi pois tai oireiden alkamista ennen päihteidenkäyttöä, oireilua raittiiden jaksojen aikana tai oireiden pitkäkestoisuutta [283].
- – Alkoholin aiheuttamiin häiriöihin (ohimenevät oireet suljettuina pois) voi liittyä suurentunut erillisten mielenterveydenhäiriöiden ilmaantumisen riski tai tavallista vaikeampi alkoholin aiheuttama päihtymys- tai vieroitustila

2018 Alkoholiongelmien Käypä Hoito:

- Alkoholiongelma ja mielenterveyden häiriöt
- Naltreksoni ja disulfiraami saattavat tehostaa alkoholiriippuvuuden hoitoa samanaikaisen psykiatrisen häiriön yhteydessä, mutta luotettava näyttö asiasta puuttuu [288–295] **D**.
- – Unilääkkeiden hyöty on osoitettu vain lyhytaikaisessa käytössä. Ks. Käypä hoito -suositus Unettomuus.
- – Alkoholiongelmaisen potilaan ahdistuneisuushäiriön ja päihdehäiriön samanaikainen hoito saattaa vähentää ahdistuneisuusoireita ja lieventää alkoholirelapseja [296– 298] **B**.

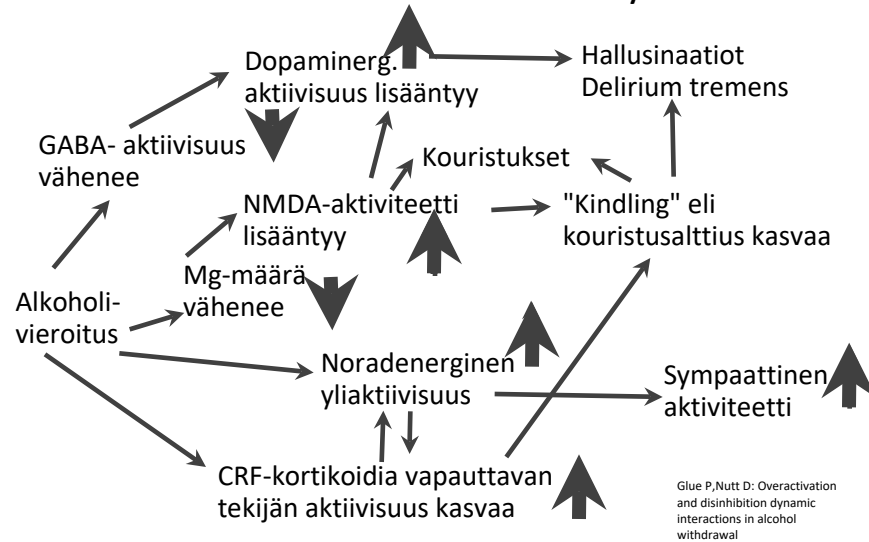
2018 Alkoholiongelmien Käypä Hoito:

- Alkoholiongelma ja mielenterveyden häiriöt
- Alkoholiongelmaisella ADHD-potilaalla atomoksetiinista saattaa olla hyötyä ADHD:n oireiden vähentämiseen, mutta sillä ei ole vaikutusta alkoholinkäyttöön [299] **C**. Stimulanteista ei ole tutkimustietoa.
- – Kognitiivinen käyttäytymisterapia yksin tai yhdistettynä motivoivaan haastatteluun ilmeisesti vähentää samanaikaisen alkoholiongelman ja masennuksen hoidossa masennusoireita ja alkoholinkäyttöä [180] **B**.
- Masennuslääkkeet saattavat tehot masennustilojen hoidossa samanaikaisesta alkoholin käyttöhäiriöstä huolimatta [300] **C**. Ks. Käypä hoito -suositus Depressio.

2018 Alkoholiongelmien Käypä Hoito:

- Alkoholiongelma ja mielenterveyden häiriöt
- Alkoholiongelmaiset psykoottista häiriötä sairastavat potilaat hoidetaan yleensä psykiatrisen hoidon piirissä. Ks. Käypä hoito -suositukset Skitsofrenia ja Kaksisuuntainen mielialahäiriö.
- – Epävakaasta persoonallisuudesta kärsivät alkoholiongelmaiset potilaat saattavat hyötyä päihdeongelman ja persoonallisuushäiriön samanaikaisesta hoidosta psykoterapialla. Ks. Käypä hoito -suositus Epävakaata persoonallisuus.
- – Kun alkoholiongelmaisen potilaan persoonallisuushäiriö on vaikea tai hän on itsetuhoinen, hänen tilansa on helpointa arvioida psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa.

Alkoholivieroitusoireiston kehittyminen



CIWA-Ar:

- luotettava, toistettava, validi
- sopiva triage hoitotason arvioinnille
- vie 2-5 minuuttia
- potilaan oireiden nopea dokumentointi
- tarkka summaus
- tarkka ja objektiivinen kommunikaatio
- tutkimus ja laadunarviointimahdollisuus
- juridinen legitimitetti



CIWA-Ar- vieroitusoireiden arviointiasteikko

1. Pahoinvointi ja oksentelu	0	1	2	3	4	5	6	7
2. Vapina kädet ojennettuna ja sormet harallaan	0	1	2	3	4	5	6	7
3. Hikoilu	0	1	2	3	4	5	6	7
4. Ahdistuneisuus	0	1	2	3	4	5	6	7
5. Kiihtyneisyys	0	1	2	3	4	5	6	7
6. Tuntohäiriöt	0	1	2	3	4	5	6	7
7. Kuulohäiriöt	0	1	2	3	4	5	6	7
8. Näköhäiriöt	0	1	2	3	4	5	6	7
9. Päänsärky, puristava tunne päässä	0	1	2	3	4	5	6	7
10. Orientaatio ja tajunnan tason hämärtyminen	0	1	2	3	4	5	6	7

Kokonaispisteet, maks 67 pistettä _____

HR (yhden minuutin ajalta) _____

Verenpaine, BP _____

Arviointi: klo _____, _____, _____, _____, _____, _____

Hoidon aloitus klo _____, _____, _____, _____

CIWA-Ar- vieroitusoireiden arviointiasteikko:

1. Pahoinvointi ja oksentelu	0 1 2 3 4 5 6 7 ei pv&oks-lievä pv,eioms-ajoitt pv& yök--jatk pv,yök,oks
2. Vapina kädet ojennettuna ja sormet harallaan	0 1 2 3 4 5 6 7 ei- ei näkyvä, voi kädet ojenn-koht-jopa lepoasennossa
3. Hikoilu	0 1 2 3 4 5 6 7 ei-kämmenet kosteat-hikikarpalot otsa-eritt voimakas
4. Ahdistuneisuus	0 1 2 3 4 5 6 7 levollinen-lievästi-koht angst tai kireä-ak.paniikki DT
5. Kiihtyneisyys	0 1 2 3 4 5 6 7 norm aktiv- lievästi- koht rauhaton-kävelee edestakaisin
6. Tuntohäiriöt	0 1 2 3 4 5 6 7 ei----kutina, pistely, kirvely,puutuminen-----tuntoharhat
7. Kuulohäiriöt	0 1 2 3 4 5 6 7 ei-lieviä,vähän pelottavia-koht,melko p---kuuloharjoja
8. Näköhäiriöt	0 1 2 3 4 5 6 7 ei-lieviä-koht-keskim -voimakk-jatkuvia näköharjoja
9. Päänsärky, puristava tunne päässä	0 1 2 3 4 5 6 7ei-lievä-koht-keskim-kova-hyvin kova-erittäin kova
10. Orientaatio ja tajunnan tason hämartyminen	0 1 2 3 4 5 6 7 orient-epävama pv-2pv erehtyy->2pv erehtyy-desorien

Kokonaispisteet, maks 67 pistettä _____

Aina arvioijan tekemät havainnot.

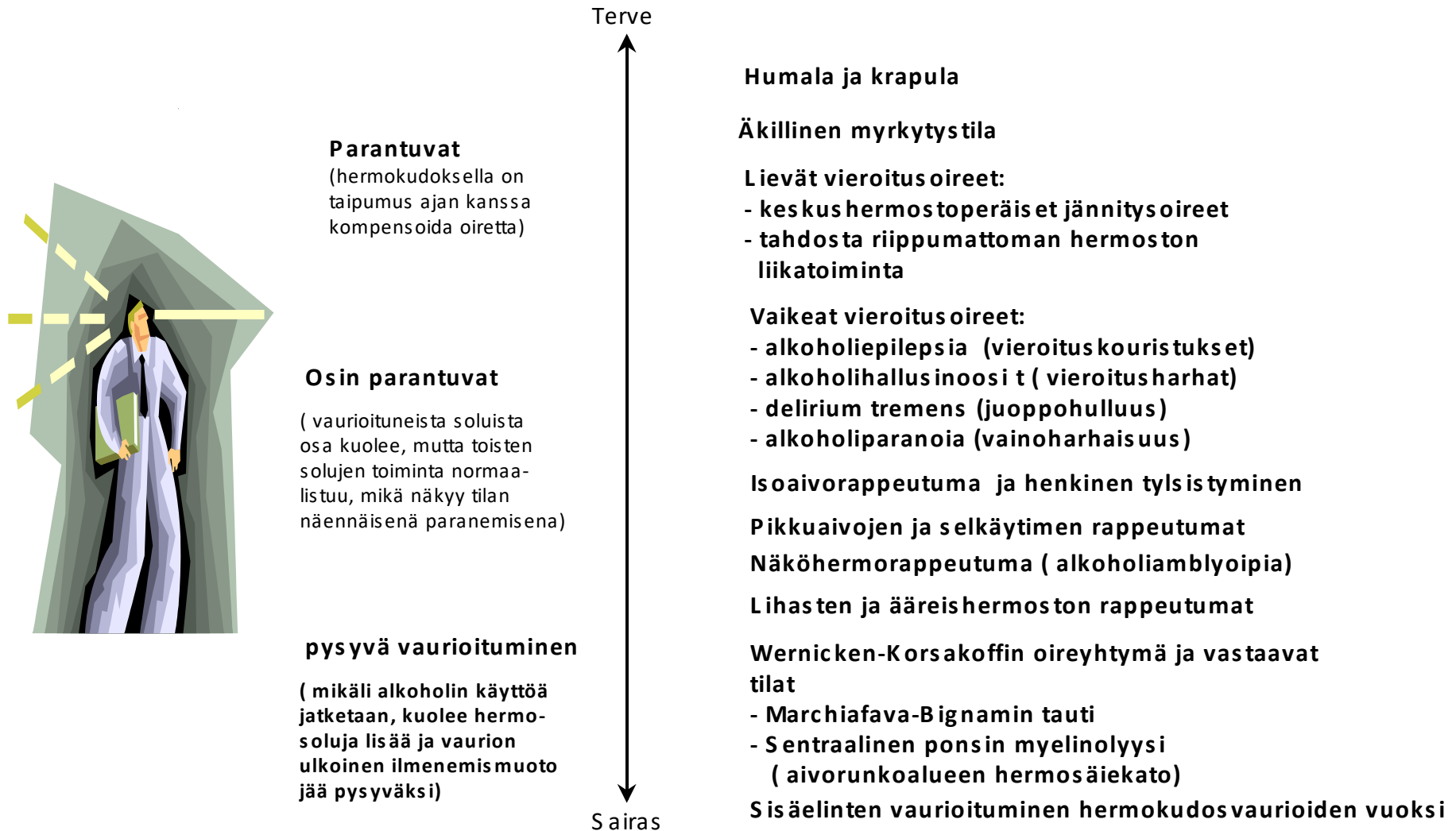
Kysymyksiä: 4. ”tunnetko itsesi hermostuneeksi?”; 6. ”onko sinulla kutinaa, pistelyä, kirvelyä?”, ”tunnetko puutumista?”, ”tuntuuko kuin hyönteisiä kulkisi pitkin ihoasi tai ihosi alla?”; 7. ”kuuletko mitään erityisiä ääniä?”, ”ovatko ne voimakkaita, pelottavatko tai häiritsevätkö ne sinua?”, ”kuuletko olemattomia ääniä?”; 8. ”vaikuttaako valo liian kirkkaalta?”, ”onko väri erilainen?”, ”koskeeko valo silmiisi?”, ”näetkö mitään, mikä häiritsee sinua?”, ”näetkö olemattomia asioita?”; 9. ”onko sinulla päänsärkyä?”, ”tuntuuko sinusta siltä, kuin pääsi ympärillä olisi vanne?”; 10. ”mikä päivä tänään on?”, ”missä olet?”, ”kuka minä olen?”.

Alkoholin aiheuttamat pääasialliset ei-neurologiset komplikaatiot

- - Sydän
 - Kardiomyopatia
 - Sydämen rytmihäiriöt
 - Hyperlidemia
 - Mahasuolikanava
 - Gastriitti
 - Hepatiitti-kirroosi
 - Pankreatiitti
 - Pään, kaulan ja ruokatorven syövät
 - Malabsorptio
 - Veri
 - Rauta- ja folaattipuutos
 - Anemia
 - Trombositopenia
 - Protrombiinipuutos
 - Endokrinologia
 - Miehen sukupuolihormonitasapainon heikentyminen
 - Naisen - " -
 - Lisääntynyt sikiön vahingoittumisriski
 - Alkoholin ja samanaikaisten ehkäisy pillereiden käyttäjillä lisääntynyt rintasyöpäriski
 - Immuunijärjestelmä
 - Lisääntynyt herkkyys infektioille ja heikentynyt parantuminen infektioista
 - Elektrolyyttihäiriöt
 - Hypokalsemia
 - Hypomagnesemia
 - Hypofosfatemia
 - Akuutti vesi-intoksikaatio
 - Alkoholi hyperosmolaalisuus
 - Alkoholiketoosi

Alkoholin aiheuttamat neurologiset sairaudet :

Alkoholin käyttöön liittyvät sairaustilat vaikeusasteen mukaan:



2. Muut päihteet ja psykiatriset ongelmat

Yl juha kemppinen

2018 Käypä Hoito – huumeongelman hoito

- Huumeiden käyttöön liittyy usein mielenterveysongelmia, joiden hoidossa tarvitaan päihdepsykiatrasta asiantuntemusta.

TAULUKKO 1. Huumeongelma ja sairaudet: kannabis [12–14]

Sairaus tai komplikaatio	Provosoivat tekijät	Pääoire tai -löydös	Ehkäisy (e), hoito (h) ja huomautuksia
Äkillinen sekavuustila	Tottumaton tai nuori käyttäjä, stressitilanne	Sekavuus, aistiharhat, harhaluulot	Psykoosilääkkeet, bentsodiatsepiinit (h)
Psykoottinen häiriö	Suuret annokset	Vainoharhaisuus, ahdistuneisuus, harhaluulot, joskus väkivaltaisuus	Psykoosilääkkeet, bentsodiatsepiinit (vain lyhytaikaisesti) (h)
Paniikkireaktio	Tottumaton käyttäjä, suuret annokset	Äkillinen paniikki- ja ahdistustila	Useimmiten itsestään korjautuva, tarvittaessa lääkitys
Krooniset psyykkiset vaikutukset: • heikentynyt oppimiskyky • persoonallisuuden muutos • amotivaatio-oireyhtymä • skitsofrenia?	Krooninen käyttö	Väsymys, velttous, haluttomuus, masentuneisuus, ahdistus, pelkotilat, muistihäiriöt, heikentynyt keskittymiskyky, skitsofrenian oirekuva	Käytön lopettamisen jälkeen tila voi kestää 6–9 kuukautta ja vaikeuttaa skitsofrenian hoitoa.
Somaattiset komplikaatiot: • keuhkotulehdukset, keuhkolaajentuma • syöpäriskin suureneminen (suu, nielu, kurkunpää, keuhkot) • immunitetin häiriöt • heikentynyt libido ja hedelmällisyys • sikiön kasvuhäiriö? • suun limakalvovauriot, suun sienitulehdukset, parodontiumin ongelmat, suun kuivuus	Krooninen käyttö	Sairauden mukainen	Käytön lopettaminen tai oleellinen vähentäminen (e)

TAULUKKO 2. Huumeongelma ja sairaudet: amfetamiini, kokaiini ja muut stimulantit [12, 13, 15]

Sairaus tai komplikaatio	Provosoivat tekijät	Pääoire tai -löydös	Ehkäisy (e) ja hoito (h)
Psykoosi	Pitkäaikainen käyttö, suuret annokset	Paranoidisuus (esim. skitsofrenia), joka paranee viimeistään kuukauden kuluessa	Psykoosilääkkeet, bentsodiatsepiinit (vain lyhytaikaisesti) (h)
Delirium	Suuret annokset	Dysforia, levottomuus, sekavuus, vainoharhaisuus	Bentsodiatsepiinit, psykoosilääkkeet (h)
Somaattiset komplikaatiot:		Somaattisen diagnoosin mukaiset oireet ja löydökset, jotka varmistetaan anamneesin perusteella	Käytön vähentäminen tai lopettaminen (e, h)
• laihtuminen, unettomuus	Krooninen käyttö		
• aivoverenvuodot, aivojen mikroinfarktit, aivoatrofia, epileptiset kohtaukset jne.	Suuret annokset		
• sympatomimeettinen ylikuormitus ja koomaan johtava kuume	Suuret annokset		

Sairaus tai komplikaatio	Provosoivat tekijät	Pääoire tai -löydös	Ehkäisy (e) ja hoito (h)
verisuonitukokset, imusuonitulehdukset, märkäpesäkkeet	Suonensisäinen käyttö		
maksatulehdukset (C- ja B-hepatiitti)	Suonensisäinen käyttö		
endokardiitti	Suonensisäinen käyttö		
nuha, nenän väliseinän kuolio	Kokaiinin nuuskaaminen		
keuhkotulehdukset	Kokaiinin polttaminen		
bruksismi, hampaiden attritio ja eroosio, suun kuivuus, hampaiden runsas karioituminen, limakalvovauriot [13, 15]			

TAULUKKO 3. Huumeongelma ja sairaudet: opioidit [12, 13, 16, 17]

Sairaus tai komplikaatio	Provosoivat tekijät	Pääoire tai -löydös	Ehkäisy (e) ja hoito (h)
Akuutti myrkytys	Heroiini, metadoni, buprenorfiini vain yhdessä alkoholin tai bentsodiatsepiinien kanssa	Hengityslama, verenpaineen lasku	Naloksoni (h)
Somaattiset komplikaatiot:		Somaattisen diagnoosin mukaiset oireet ja löydökset, jotka varmistetaan anamneesin perusteella	Käytön vähentäminen tai lopettaminen (e, h)
• verisuonitukokset, imusuonitulehdukset, märkäpesäkkeet	Suonensisäinen käyttö		
• maksatulehdukset (C- ja B-hepatiitti)	Suonensisäinen käyttö		Hepatiitti B -rokotus (e)
• endokardiitti	Suonensisäinen käyttö		
• keuhkotulehdukset	Heroiinin polttaminen		
• suun kuivuus, sokerin himo, hampaiden runsas karioituminen [16, 17]			

2018 Käypä Hoito – huumeongelmaisen hoito

- Kannabis

- Vieroitusoireita ovat muun muassa ärtyisyys, hermostuneisuus, masennus, levottomuus, unihäiriöt ja tuskatilat. Kannabiksen polttaminen aiheuttaa tupakoinnin tavoin riskin sydämelle ja hengitysteille.
- Se myös huonontaa psykomotorista suorituskkyä (esim. autolla ajoa ja oppimista).
- Kannabiksen käyttöön liittyy **kognitiivisen suorituskvyn heikkenemistä, psyykkisiä ongelmia [33] ja mahdollisesti skitsofrenian riskin suurenemista**. Riski on yhteydessä kannabiksen käytön aloittamiseen nuorena, psykoosien sukurasitukseen ja aiempiin psykoosityyppisiin kokemuksiin [34].
- – **Kannabisriippuvuutta ei tule hoitaa lääkkeillä**.
- – Kannabisriippuvuuteen ei toistaiseksi ole lääkehoitoa.

2018 Käypä Hoito – huumeongelmaisen hoito

- Stimulantit

- Amfetamiinin yliannostukseen voi liittyä myös voimakasta kiihtyneisyyttä ja psykoottisia oireita, kuten aistiharhoja ja paranoiaa
- Metamfetamiinia säännöllisesti käyttävistä 86–97 %:lla ilmenee kliinisesti merkittäviä vieroitusoireita käytön loppuessa. Vieroitusoireista tavallisimpia ovat unihäiriöt, depressio, ahdistuneisuus ja aineenhimo.
- – Amfetamiinin ja sen johdosten vieroitustilaa on vaikea osoittaa, koska se ei ole samaan tapaan selkeä kuin muiden huumeiden. Tavallisia oireita ovat masennus, unihäiriöt, levottomuus, apatia, väsymys, ahdistuneisuus ja erilaiset fyysiset oireet. Oireet voivat kestää viikkoja.
- – Edes suurien annoksien käytön äkillinen lopettaminen ei aiheuta kouristuksia tai muita hengenvaarallisia oireita [54]. Vieroitusvaiheessa voi kuitenkin tulla esiin piilossa ollut depressio, johon liittyy itsemurhariski

2018 Käypä Hoito – huumeongelmaisen hoito

- Stimulantit

- **Mirtatsapiinia voidaan harkita amfetamiinin vieroitusoireiden hoidoksi.**
- – Amfetamiinista vieroitukseen ei tunneta tehokasta spesifistä lääkehoitoa, mutta mirtatsapiinista saattaa olla apua (met) amfetamiinin vieroitusoireiden hoidossa [55–59] **C**, [60].
- – Bupropionista, D-amfetamiinista, modanefiilista tai metyyllifenidaatista ei ole hyötyä (met)amfetamiiniriippuvuuden hoidossa [61, 62] **A**.

2018 Käypä Hoito – huumeongelmaisen hoito

- Stimulantit

- Kokaiini: Myrkytyksen alkuvaiheeseen liittyy pelkotiloja tai paranooidinen psykoosi ja myöhemmin masennusta, johon liittyy itsemurhariski
- Vierotusoireita ovat masennus, unihäiriöt, levottomuus, apatia, väsymys, ahdistuneisuus, sydämentykytys ja fyysiset oireet. Myös kokaiinihimo on yleistä [67, 68]. Oireeton sydänlihasiskemia on mahdollinen vieroitusvaiheessa [69].
- – **Kokaiinivieroituksessa voidaan tarvittaessa käyttää oireenmukaista lääkehoitoa.**
- – Oireet helpottuvat usein ilman hoitoakin

2018 Käypä Hoito – huumeongelmaisen hoito

- Stimulantit - hoito

- **Masennuslääkkeitä (desipramiini, imipramiini, fluoksetiini, paroksetiini, venlaflaksiini, sertraliini) ei suositella metamfetamiiniriippuvuuden hoitoon.**
- – Niistä ei ole hyötyä metamfetamiiniriippuvuuden hoidossa [61, 74, 73] **A.**
- – **Psykostimulantteja, joihin kuuluvat muun muassa bupropioni, D-amfetamiini, modanifiili ja metyyylifenidaatti, ei tulisi käyttää, koska niillä ei näytä olevan spesifistä tehoa (met)amfetamiiniriippuvuuden hoidossa.**
- – Bupropioni on mielialalääke, jota käytetään myös nikotiinista vieroituksessa. Bupropionista ei todennäköisesti ole spesifistä lisähyötyä (met)amfetamiiniriippuvuuden hoidossa [61, 74, 73] A.
- – Tablettimuotoisesta tai pitkävaikutteisesta ihonalaisesta naltreksonista saattaa olla hyötyä amfetamiiniriippuvuuden hoidossa [75, 76] C.

2018 Käypä Hoito – huumeongelmaisen hoito

- Stimulantit - hoito

- **Masennuslääkkeitä (desipramiini, imipramiini, fluoksetiini, paroksetiini, venlaflaksiini, sertraliini) ei suositella metamfetamiiniriippuvuuden hoitoon.**
- – Niistä ei ole hyötyä metamfetamiiniriippuvuuden hoidossa [61, 74, 73] **A.**
- – **Psykostimulantteja, joihin kuuluvat muun muassa bupropioni, D-amfetamiini, modanifiili ja metyyylifenidaatti, ei tulisi käyttää, koska niillä ei näytä olevan spesifistä tehoa (met)amfetamiiniriippuvuuden hoidossa.**
- – Bupropioni on mielialalääke, jota käytetään myös nikotiinista vieroituksessa. Bupropionista ei todennäköisesti ole spesifistä lisähyötyä (met)amfetamiiniriippuvuuden hoidossa [61, 74, 73] A.
- – Tablettimuotoisesta tai pitkävaikutteisesta ihonalaisesta naltreksonista saattaa olla hyötyä amfetamiiniriippuvuuden hoidossa [75, 76] C.

2018 Käypä Hoito – huumeongelmaisen hoito

- Huumeongelma ja mielenterveyden häiriöt

- – Huumeongelmiin kietoutuu usein mielenterveyden häiriöitä. Päihteenkäyttö saattaa seurata mielenterveyden ongelmia tai aiheuttaa niitä, tai molempien takana saattaa olla yhteisiä altistavia tekijöitä. Riippuvuuden hoitoon käytettävät lääkkeet saattavat myös aiheuttaa riippuvuutta. Näiden ongelmien hoidossa yhteistyö päihdehuollon ja psykiatrisen hoidon kanssa on usein tarpeen.
- **Huumeongelmaisen potilaan psyykkiset oireet (unettomuus, ahdistuneisuus, masennus, psykoottisuus, persoonallisuushäiriöön liittyvät oireet) on diagnosoitava ja hoidettava huolellisesti huumeongelman hoidon yhteydessä.**
- – Samanaikaisten mielenterveyden häiriöiden luotettava diagnosointi edellyttää yleensä 4 viikon raitista jaksoa ohimenevien oireiden sulkemiseksi pois, oireiden alkamista ennen päihteenkäyttöä, oireilua raittiiden jaksojen aikana tai oireiden pitkäkestoisuutta

2018 Käypä Hoito – huumeongelmaisen hoito

- Huumeongelma ja mielenterveyden häiriöt

- –Huumeongelmaiset, psykoottista häiriötä sairastavat hoidetaan yleensä psykiatrisen hoidon piirissä (ks. Käypä hoito -suositukset Skitsofrenia ja Kaksisuuntainen mielialahäiriö).
- Persoonallisuushäiriön hoito toteutunee parhaiten erityistason päihdehoitoyksikössä tai psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa, etenkin jos persoonallisuushäiriö on vaikea tai potilas on itsetuhoisin

2018 Käypä Hoito – huumeongelmaisen hoito

- Huumeongelma ja mielenterveyden häiriöt

- **Bentsodiatsepiineja voidaan käyttää huumevieroitusoireiden ja huumepsykoosien oireenmukaiseen hoitoon. Lyhytkestoisia, vieroitusoireiden hoitoon liittyviä tilanteita lukuun ottamatta riippuvuutta aiheuttavien lääkkeiden määräämistä huumeongelmaiselle on kuitenkin vältettävä. Muissa päivystystilanteissa potilaille ei tule yleensä määrätä bentsodiatsepiineja.**
- Bentsodiatsepiinien pitkäaikaiskäyttö on aiheellista vain harvinaisissa poikkeustapauksissa, jos muu hoito ei auta potilaan psyykkisiin oireisiin ja hänelle on mahdollista järjestää tiivis ja pitkäaikainen hoitokontakti.
- – Jos bentsodiatsepiinilääkitys arvioidaan huumeongelmaiselle tarpeelliseksi, on varmistettava, että hän käyttää lääkkeitä oikein. Lääkehoitoa on syytä seurata tiivisti kysymällä päihteiden käytöstä ja huumetestauksin. Lisäksi lääkkeet on usein tarpeen antaa valvotusti hoitopaikasta (joskus päivittäin) tai 1–2 kertaa viikossa tapahtuvana apteekkijakeluna (apteekkisopimus).

2018 Käypä Hoito – huumeongelmaisen hoito

- Huumeongelma ja mielenterveyden häiriöt

- Bentsodiatsepiinilääkitys on keskeytettävä – tarvittaessa katkaisuhoidon tuella tai vähitellen annoksia pienentämällä –, jos ilmenee lääkityksen väärinkäyttöä, myrkytyksiä, katukauppaa, reseptien toistuvaa katoamista, annoksen omaehtoista suurentamista tai asiointia useilla lääkäreillä.
- – Bentsodiatsepiinijohdosten välillä on eroja niiden riippuvuutta aiheuttavissa ominaisuuksissa. Hoidossa tulisi välttää nopeasti vaikuttavia ja nopeasti eliminoituvia bentsodiatsepiineja, kuten triatsolaamia ja alpratsolaamia
-

2018 Käypä Hoito – huumeongelmaisen hoito

- Huumeongelma ja mielenterveyden häiriöt

- Sekakäyttäjän hoito
- – **Bentsodiatsepiinimyrkytys (potilas tajuton) hoidetaan flumatseniililla [139].**
- – **Vastaanotolla sekakäyttäjältä vaikuttavan potilaan (päähtymystila, jossa ilmenee tokkuraisuutta, koordinaatio- ja muistihäiriöitä, estojen höltymistä ja arvaamatonta tai aggressiivista käytöstä) tila arvioidaan, hänelle annetaan tarvittava ensiapu ja hänet lähetetään klinisen tilansa mukaan päivystyspoliklinikkaan, katkaisuhoidon tai selviämisasemalle. Lisäksi varmistetaan jatkohoito.**
- Vieroitus toteutetaan usein vieroitusosastolla. Oireiden vaikeusasteen mukaan annoksia pienentämällä toteutettava bentsodiatsepiinista vieroitus ei lisänne vieroitushoidon onnistumista annoksien tasaiseen pienentämiseen verrattuna (5–10 mg dia-tsepaamiekvivalenttia kerrallaan päivittäin) [146] **C.**

2018 Käypä Hoito – huumeongelmaisen hoito

- Huumeongelma ja mielenterveyden häiriöt

- Sekakäyttäjän hoito
- Jos opioidiriippuvuuden korvaushoidossa olevan potilaan bentsodiatsepiinista vieroitus on monta kertaa epäonnistunut, hän saattaa hyötyä pitkäaikaisesta ja valvotusta bentsodiatsepiinihoidosta [149, 148] **D**, mutta tutkimusnäyttö asiasta puuttuu. ← *mitä varten D-tason näytöstä edes puhutaan?*
- Hoito ei kuitenkaan näytä soveltuvan potilaille, joilla on antisosiaalinen persoonallisuushäiriö.

Päihteiden käytön profiili:

(täytetään ensimmäisellä vastaanottokäynnillä)

Mitä päihteitä on käyttänyt:

Lähianamneesi	Päihteet	Käyttömäärä	Käyttötapa 1=iv, 2=polttamalla, 3=nenän kautta, 4=suun kautta
Tänään			
Alkometri: ___/___: Eilen			
Toissapäivänä			

I Huumeseula ___/___:

II Huumeseula ___/___:

Alkometri ___/___:

III Huumeseula ___/___:

Alkometri ___/___:

Päihteiden käyttö:

Merkitse tärkeimmät päihteet järjestysnumeroilla	Käyttötapa 1=iv, 2=polttamalla, 3=nenän kautta, 4=suun kautta	Käyttökerrat viimeisimmän kk:n aikana	Missä iässä käytti ensi kerran	Missä iässä käytti muuttui säännölliseksi	Päihteet- tömät kk:t	SDS- pisteet	Säännöllistä käyttöä tällä hetkellä
Tupakka	2						
Alkoholi	4						
Marihuana							
Hasis							
Amfetamiini							
Kokaiini							
Ekstaasi (MDMA)	4						
Heroini							
Unikkotee							
Muu opioidi, mikä *							
LSD							
Bentsodiatsepiini*							
Gammahydroksibutyraatti							
Muu päihde, mikä *							

* muun opioidin, bentsodiatsepiinijohdoksen tai muun päihteen nimi tarkemmin (esim, fensyklidiini, tekniset liuottimet, bensiini, butaani ym.)

Kannabiksen (tetrahydrokannabinoidi,THC)vaikutukset

Välittömät

- euforia
 - rentoutuminen
 - aistimusten subjekt. voimistuminen
 - muistihäiriöt
 - kiihtyneisyys
 - paniikkitila ("valkea kuolema")
 - ajattelun järjestäyty-mättömyys
 - suun kuivuminen
 - silmien punoitus
 - silmänpaineen ale-neminen
 - sietämätön kutina
 - makean himo
 -
- itsevarmuus
 - ajantajun häiriöt
 - keskittymiskyvyn heikkeneminen
 - ahdistuneisuus
 - epäluuloisuus
 - depersonalisaatio
 - derealisaatio
 - vainoharhaisuus
 - psykoosi
 - nälkä
 - verenpaineen nousu ja reaktiivinen hypotonia
 - sydämen sykkeen kiihtyminen

Myrkytyksen syvyys:

mieto : inspiroiva,seurallinen

kohtalainen : ajatusten kääntyminen sisäänpäin, mielteliäs: hyvä/paha

syvä: kokematon luopuu keskustelusta

yliannos

- huimaus ja huonovointisuus
- ilmanloppumisentunne,HVS
- rytmihäiriön tuntemus
- rintakivut
- "halvauksen kokeminen"

Vieroitusoireet

- "ei lähde käyntiin aamulla"
- ärtyneisyys
- levottomuus
- ruokahalun heikkeneminen
- painonlasku
- unettomuus



Amfetamiinin vaikutukset

Välittömät vaikutukset

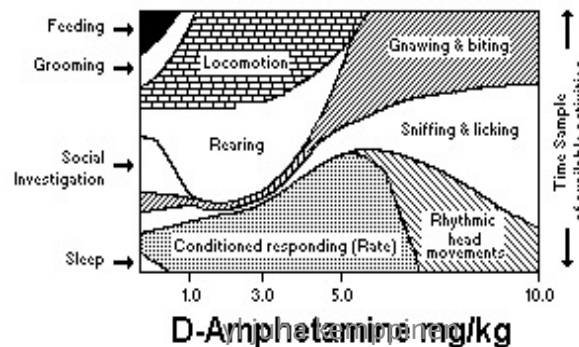
- Euforia, itsevarmuus
- Energisyys, eloisuus
- Suorituskyky paranee
(jos syynä heikkenemiseen
kyllästymisen ja väsymys)
- Nälän ja väsymyksen
tunteiden väheneminen
- Puheliaisuus
- Levottomuus,
kiihtyneisyys
- Ahdistuneisuus,
ärtyneisyys
- Stereotyyppiset
motoriset toiminnot
- Psykoosi
- Sydämen sykkeen
kiihtyminen
- Verenpaineen nousu
- Sydämen tykyttelyt
- Laajentuneet pupillit
- Suun kuivuminen
- Hikoilu

Yliannostus:

- aineen epätasalaatuisuus
- paniikinomainen käytös
- ilmanloppumisentunne
- hyperventilointi
- rintakivut, sydämen tykytys
- vatsakivut

Vakava yliannos:

- ruumiinlämmön nousu
- rajuja verenpaineen nousuja
(jopa aivoverenvuoto tai
Sydäninfarkti)
- verenpaineen lasku
- tajunnan häiriöt
- paniikinomainen olotila
- psykoosimainen ajatus-
toiminta (vainoharhaisuus)



Vieroitusoireet :

- anhedonia, mielihyvän puute
- masennus
- halu saada ainetta, craving
- uupuneisuus, unentarve
- lisääntynyt ruokahalu
- psykomotorinen kiihtyneisyys
- psykomotorinen hidastuneisuus
- unihäiriöt
- eloiset ja epämiellyttävät unet

Oireet kestävät viimeisestä

annoksesta noin viikon

- 3 vrk unettomuutta
- 4-7 vrk ylienerginen lataus
- 7- 14 vrk suht asiallinen olo,
iltapv:t ylienergisyyys (pitää päästä
touhuamaan)
- 14vrk - 1kk jälkeen masennus

Eniten auttaa:

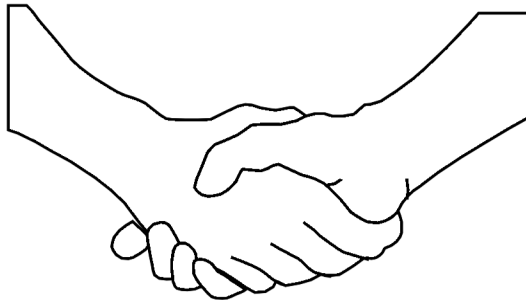
- hieronta iltaisin
- päivisin keskusteluryhmä
- punttisali, lenkkeily, sauna, uinti
- yhteiskunnallisten asioiden
hoitaminen
- kaikki PÄTEMINEN (kaikki missä
pärrjää)

Stimulanttiriippuvuuden kehitysvaiheet

(Washton, 1989)

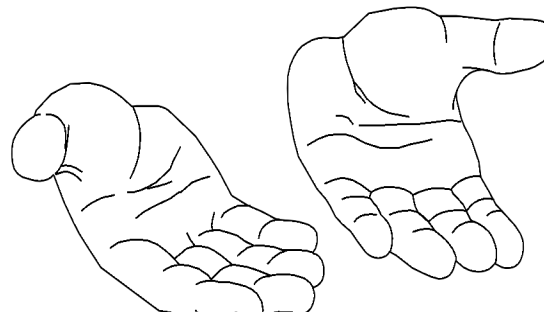
Varhaisvaihe :

- aivojen kemia muuttuu
- riippuvuusajattelu alkaa
- pakkomielteisiä ajatuksia
- pakonomaista halua
- ehdollistunutta himoa
- elämäntyyli muutoksia
- vetäytymistä normaaleista aktiviteeteista
- lieviä fyysisiä ja psyykkisiä seurauksia
- pelonväreet
- ärtyisyys
- mielialan vaihtelut



Keskivaihe :

- kontrollin menetys
- huumehimoa
- kyvyttömyyttä lopettaa seurauksista huolimatta
- kieltäminen
- lisääntyvä eristäytyminen
- lisääntyvät fyysiset ja psykologiset seuraukset
- vainoharhaisuus
- panikkikohtaukset
- heikentynyt työssä/koulussa selviytyminen



yl juha kemppinen

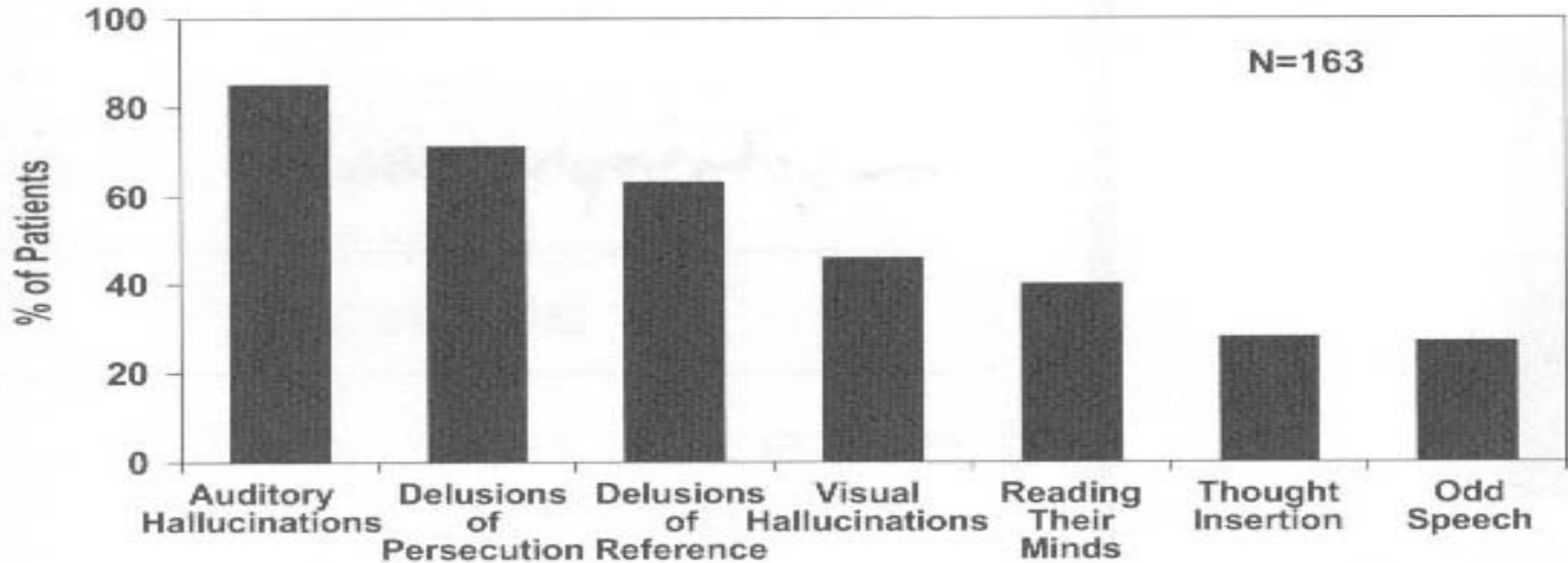
Loppuvaihe :

- epäonnistumiset lopettamisessa
- vaikeita taloudellisia ongelmia
- vaikeita työ-/kouluongelmia
- romahtava itsetunto
- vaikeita vuorovaikutusongelmia
- vaikea krooninen masennus
- psykoosi
- itsemurha-ajatukset säännönmukaisesti
- väkivallan jatkuva kohtaaminen
- kuolema



Amfetamiiniin liittyvä skitsoilu ja itsemurhayritykset

Psychopathology of Individuals With Methamphetamine Psychosis



Ken-Chen PhD. Thesis; 2001.

Opiaattien vaikutukset

Välittömät vaikutukset :

- Euforia
- Välinpitämättömyys
- Kivunlievitys
- Dysforia
- Ummetus
- Keskittymisvaikeudet
- Uneliaisuus
- Yskärefleksin heikkeneminen
- Pahoinvointi ja oksentelu
- Pistemäiset pupillit, mioosi
- Hengityksen hidastuminen

Yliannos :

- heräämisvaiheessa keuhkopöhö
(keuhkoverisuonten laajeneminen ja hapenpuute)
- Tajunnantason lasku
- Verenpaineen lasku
- Syvä hengityslama
(15 min kuluttua täysin hereillä)
- Äkkikuolemakin iv.käytössä
(tai Abalgin > 10mg/kg)

Vieroitusoireet :

- ellei halua lopettaa, soittaa kaverin tuomaan lisää
- Jos haluaa lopettaa, niin SAIRASTAMALLA:
 - hikoilee punkan pohjassa
 - saamattomuus, lamaantuneisuus
 - yksinäisyys pahinta
 - särkyjä yrittää hieroskella (paras,jos joku muu hieroskelisi)
 - hoiva tärkeätä, huolenpito, että joku välittää, ottaa vaikka syliin
 - kotieläinten pajaaminen
 - puhtaus, vaihtaa lakanat, tuulettaa, tuo hedelmiä
 - tuskan kautta tulee toivo

Vieroitusoireet :

- Halu saada ainetta, craving
- Hengitysvaikeuden kokeminen, hyperventilaatio
- Ahdistuneisuus, hikoilu
- Unihäiriöt, haukottelu
- Silmien ja nenän vetinen vuoto
- Laajentuneet pupillit, mydriaasi
- Kylmäntuntemukset, palelu
- Kivut ja säryt
- Lihaskrampit, lihasvärinä
- Lihasten nykinä, lihasjännitys lisääntyy
- Kouristukset harvinaisia
- Ruokahaluttomuus
- Ärtisyys, levottomuus
- Lämmönnousu
- Kiihtynyt sydämen syke
- Hengityksen nopeutuminen
- Verenpaineen nousu
- Pahoinvointi, vatsakrampit
- Oksentelu, ripuli
- Yleinen huono olo, heikotus
- Painonlasku

Treatment of Substance Abusing Patients with Comorbid Psychiatric Disorders

Addict Behav. 2012 January ; 37(1): 11–24. doi:10.1016/j.addbeh.2011.09.010.

Thomas M. Kelly*, Dennis C. Daley, and Antoine B. Douaihy

The Center for Psychiatric and Chemical Dependency Services, University of Pittsburgh Medical Center, Pittsburgh, PA 15213-2593, USA

Abstract

Objective—To update clinicians on the latest in evidence-based treatments for substance use disorders (SUD) and non-substance use disorders among adults and suggest how these treatments can be combined into an evidence based process that enhances treatment effectiveness in comorbid patients.

Method—Articles were extracted from Pubmed using the search terms “dual diagnosis,” “comorbidity” and “co-occurring” and were reviewed for evidence of effectiveness for pharmacologic and psychotherapeutic treatments of comorbidity.

Results—Twenty-four research reviews and 43 research trials were reviewed. The preponderance of the evidence suggests that antidepressants prescribed to improve substance-related symptoms among patients with mood and anxiety disorders are either not highly effective or involve risk due to high side-effect profiles or toxicity. Second-generation antipsychotics are more effective for treatment of schizophrenia and comorbid substance abuse and current evidence suggests clozapine, olanzapine and risperidone are among the best. Clozapine appears to be the most effective of the antipsychotics for reducing alcohol, cocaine and cannabis abuse among patients with schizophrenia. Motivational interviewing has robust support as a highly effective psychotherapy for establishing a therapeutic alliance. This finding is critical since retention in treatment is essential for maintaining effectiveness. Highly structured therapy programs that integrate intensive outpatient treatments, case management services and behavioral therapies such as Contingency Management (CM) are most effective for treatment of severe comorbid conditions.

Conclusions—Creative combinations of psychotherapies, behavioral and pharmacological interventions offer the most effective treatment for comorbidity. Intensity of treatment must be increased for severe comorbid conditions such as the schizophrenia/cannabis dependence comorbidity due to the limitations of pharmacological treatments.

3. Motivoiva haastattelu ja kaksoisdiagnoosipotilaiden vaihespesifinen hoito

Yl juha kemppinen

Muutosvalmius päihteidenkäytössä

Lue seuraavat väittämät ja arvioi kunkin käyttämäsi päihteen osalta erikseen, oletko samaa mieltä vai eri mieltä väittämästä tällä hetkellä. Tässä yhteydessä päihteellä tarkoitetaan alkoholia ja eri huumeita sekä lääkkeiden liikkakäyttöä.

Merkitse numerolla
vastauksesi seuraavasti:

- 2 täysin eri mieltä
- 1 melko paljon eri mieltä
- 0 en osaa sanoa
- + 1 melko paljon samaa mieltä
- + 2 täysin samaa mieltä

Käytetyt päihteet: A =
B =
C =
D =
E =

Väittämä:

1. Mielestäni en käytä liian paljon.
2. Yritän mielestäni käyttää vähemmän kuin ennen.
3. Nautin käytöstä, mutta otan joskus liian paljon.
4. Välillä ajattelen, että minun pitäisi vähentää käyttöäni.
5. On ajanhukkaa kiinnittää huomiota käyttööni.
6. Olen äskettäin muuttanut käyttötapaani.
7. Kuka tahansa voi sanoa haluavansa muuttaa käyttöönsä, mutta minä todella teen sitä.
8. Olen siinä vaiheessa, että minun pitäisi ajatella käytön vähentämistä.
9. Käyttö on minulle joskus ongelma.
10. Minulla ei ole mitään tarvetta miettiä käyttöni muuttamista.
11. Olen tällä hetkellä muuttamassa käyttötapaani.
12. Minulla ei ole tarvetta muuttaa käyttötapaani.

A B C D E

Muutosvalmiuskyselyn pisteytys

Esipohdintavaiheen kysymyksiä ovat 1, 5, 10 ja 12; pohdintavaiheen kysymyksiä ovat 3, 4, 8 ja 9; toimintavaiheen kysymyksiä ovat 2, 6, 7 ja 11. kaikki kysymykset pisteytetään seuraavasti:

täysin eri mieltä	-- = -2
eri mieltä	- = -1
en osaa sanoa	0 = 0
samaa mieltä	+ = +1
täysin samaa mieltä	++ = +2

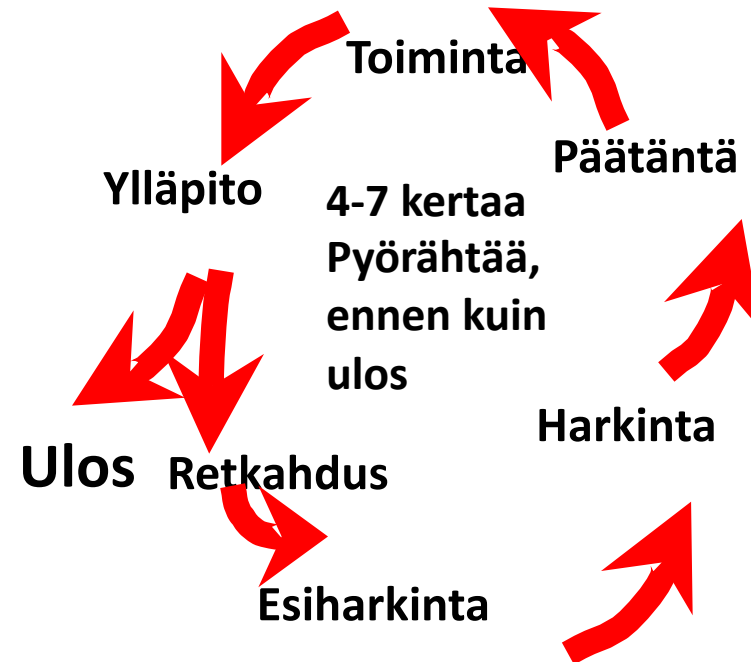
Saadaksesi selville kunkin vaiheen pisteet, laske yhteen ko. skaalan kysymyksistä tulevat pisteet. Kunkin skaalan vaihteluväli on -8:sta + 8:aan. Negatiivinen arvo ilmaisee kielteistä suhtautumista kyseistä vaihetta koskevan skaalan kysymykseen, kun taas positiivinen arvo ilmaisee yksimielisyyttä. Korkein skaala-arvo ilmaisee vaiheen, jossa asiakas on.

Huom! Jos kaksi skaalaa saa saman pistemäärän, vaiheeksi merkitään muutosprosessin vaiheista edempänä oleva. Huomaa, että positiivinen pistemäärä esipohdintavaiheen kysymyksistä ilmentää muutosvalmiuden puutetta. Saadaksesi selville tutkittavan muutosvalmiutta kuvaavan arvon, käännä esipohdintavaiheen etumerkki vastakkaiseksi. Jos tutkittava ei ole vastannut yhteen 4:stä tietyn skaalan kysymyksistä, kerro kyseisen skaalan arvot 1,33:lla. Jos > 2 vastauksia puuttuu, skaala-arvoa ei voida laskea. Arvio tutkittavan vaiheesta ei ole silloin pätevä.

Skaala-arvot:	Muutosvalmius:	Tutkittavan muutosvaihe:
Esipohdintavaiheen pistemäärä ()	Esipohdinta () (käänt.)	(E,P tai T) ()
Pohdintavaiheen pistemäärä ()	Pohdinta () (sama)	
Toimintavaiheen pistemäärä ()	Toiminta () (sama)	

Muutosvaihemalli:

Muutosvalmius-
kysely :



Kysymykset

2 =

6 =

7 =

11 =

Kysymykset

3 =

4 =

8 =

9 =

Kysymykset

1 =

5 =

10 =

12 =

Cycle of change

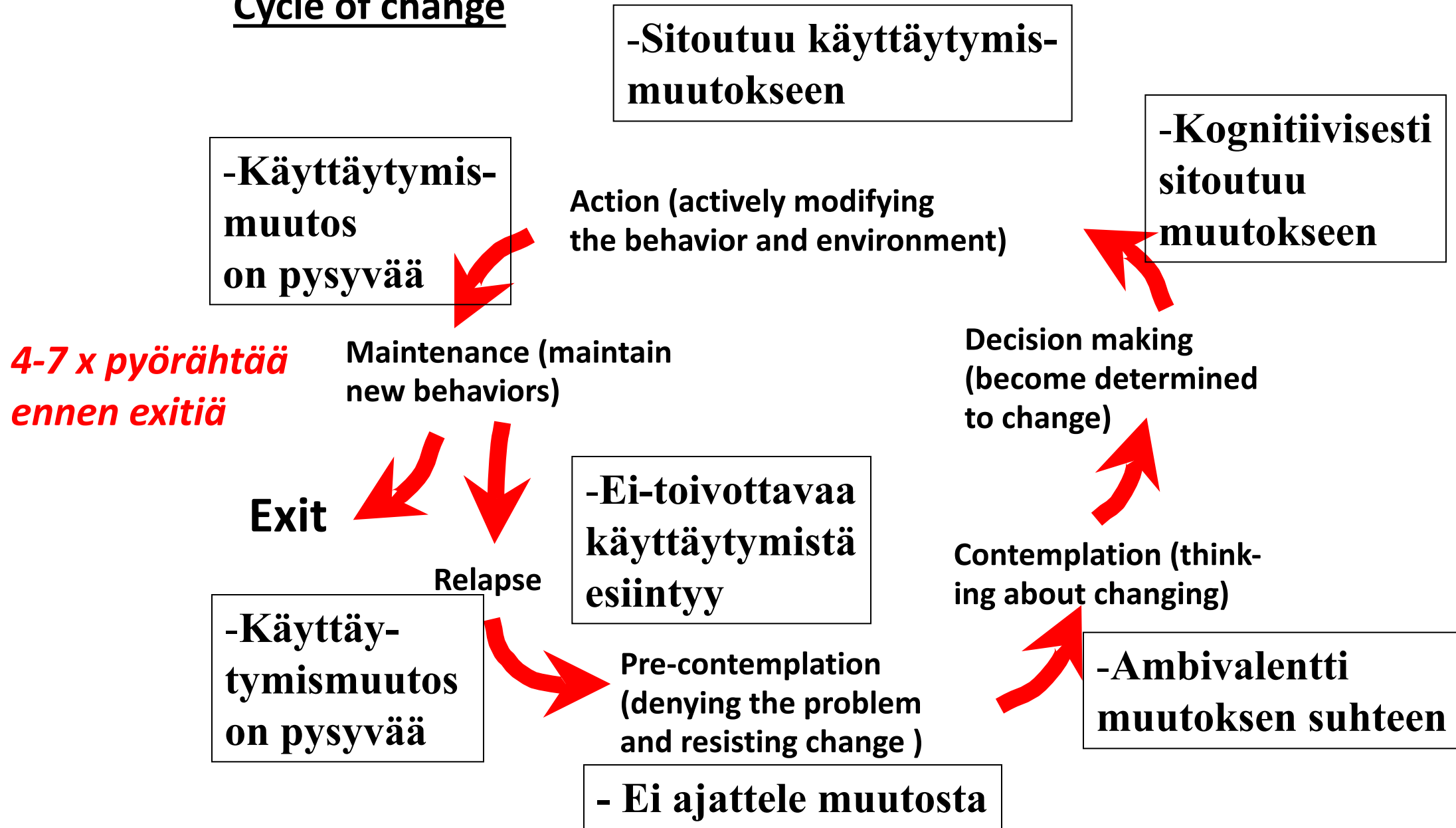


TABLE 10.1 Treatment Grid

<i>Topic</i>	<i>Schizophrenia</i>	<i>Bipolar Disorder</i>	<i>Major Depression</i>	<i>Personality Disorder</i>	<i>Primary Substance Abuse</i>	<i>Anxiety</i>
Unique problems	Cognitive, sensory distortions	Drugs mimic affective symptoms	Drugs mimic affective disorders	Relationship deficits; insight deficits	Substance abuse blocks recognition of other disorder	Substance withdrawal mimics anxiety
Assessment considerations	Confusing psychoses due to drugs with mental illness	Highs from manic state or drugs/alcohol	Determine whether mood is from withdrawal or depression	Masking of disorders via acting out behavior	Accurate assessment often impossible until drug free	Differentiation between withdrawal anxiety and anxiety as a disorder
PRECONTEMPLATIVE STAGE						
Goals	Establish relationship; give concrete help	Establish relationship; set concrete goals; define illness	Establish relationship; set concrete goals; define illness	Use situational discomfort to motivate	Identify client's area of pain as point of focus	Focus on pain as motivation to stay with treatment
Helping relationship	Establish trust through empathy and concrete help	Establish trust through empathy and concrete help	Establish trust through empathy and concrete help	Collaborative, pragmatic, nonemotional	Empathic authority	Establish trust; avoid probing
Pharmacological considerations	Antipsychotic medicines; short-term benzodiazepine for anxiety	Medication; monitor side effects	Antidepressants; monitor side effects	Not usually appropriate	Use only if needed for physical condition	Medication recommended with precautions on dependence and side effects
Cognitive behavior dimensions	Avoid "cold" cognitions	Define symptoms as illness	Define symptoms as illness	Rational consciousness raising begins	Begin questioning maladaptive behavior and thoughts	Define behavior as illness; identify triggers

TABLE 10.1 Treatment Grid (*continued*)

<i>Topic</i>	<i>Schizophrenia</i>	<i>Bipolar Disorder</i>	<i>Major Depression</i>	<i>Personality Disorder</i>	<i>Primary Substance Abuse</i>	<i>Anxiety</i>
Coping	Focus on everyday life; teach skills in concrete terms	Stimulus control; identify triggers; keep mood chart	Stimulus control; identify triggers; keep mood chart	Acceptance of consequences	Begin structuring life that is coming apart	Stimulus control; environmental reevaluation
Psychoeducation	Short informational presentation in clear and concrete terms	Consciousness raising about illness	Consciousness raising about illness	Nonthreatening means of consciousness raising	Nonthreatening means of consciousness raising	Consciousness raising about illness
Interpersonal relationships	Use of peer networks	Evaluate networks that support health	Evaluate networks that support health	Likely to be a major means of assessment of the personality disorder	Gather information; gentle questioning	Identify safe relationships
Family relationships	Begin family psychoeducation; focus on information	Solicit input from family regarding client's family role functioning	Solicit input from family regarding client's family role functioning	Solicit input from family regarding client's family role functioning	Solicit input from family regarding client's family role functioning	Solicit input from family regarding client's family role functioning
Environmental intervention	Concrete help with living arrangements, other physical needs	Assess environment	Assess environment	Input from justice, health, and work systems	Input from environmental systems (if needed)	Input from environmental systems (if needed)
Affective dimensions	Avoid ventilation of feelings; provide labels for feelings	Focus on moods as illness; keep mood chart	Focus on moods as illness; keep mood chart	Allow ventilation but avoid affective crowding	Allow ventilation as part of therapeutic bonding	Reframe emotions as illness

TABLE 10.1 Treatment Grid

<i>Topic</i>	<i>Schizophrenia</i>	<i>Bipolar Disorder</i>	<i>Major Depression</i>	<i>Personality Disorder</i>	<i>Primary Substance Abuse</i>	<i>Anxiety</i>
Support groups	Encourage, although client is likely to resist initially	Encourage, although client is likely to resist initially	Encourage, although client is likely to resist initially	Encourage, although client is likely to resist initially	Encourage, although client is likely to resist initially	Encourage, although client is likely to resist initially
CONTEMPLATIVE STAGE						
Goals	Psychoeducation regarding illness	Psychoeducation regarding illness	Psychoeducation regarding illness	Consciousness raising; using situational discomfort to motivate	Consciousness raising; using situational discomfort to motivate	Psychoeducation regarding illness
Helping relationship	Continued helping in concrete ways	Collaborative	Collaborative	Collaborative, pragmatic, nonemotional	Alternating support and pragmatic confrontation	Collaborative
Pharmacological considerations	Antipsychotics; monitor for side effects, compliance	Mood stabilizer; monitor for side effects, compliance	Antidepressants; monitor for side effects, compliance	Not usually used	May use Antabuse as part of sobriety sampling	Monitor for antianxiety medication dependence/side effects, compliance
Cognitive-behavioral dimensions	Do not confront cognitions; work on new behaviors; role-play; skill rehearsals	Confront cognitive distortions	Confront cognitive distortions	Confront maladaptive cognitions and behavior	Weigh pros and cons of change	Confront cognitive distortions
Coping	Continue social skill development	Maintain mood chart; identify triggers	Maintain mood chart; identify triggers	Assist in acceptance of differences from others	Continue providing structure for possible change	Identify triggers; counter-conditioning
Psychoeducation	Focus on skills; separate illness from "mind"	Educate about illness; teach social skills	Educate about illness; teach social skills	Nonthreatening means of consciousness raising	Very helpful in consciousness raising and self-liberation	Educate about illness; teach social skills

TABLE 10.1 Treatment Grid (*continued*)

<i>Topic</i>	<i>Schizophrenia</i>	<i>Bipolar Disorder</i>	<i>Major Depression</i>	<i>Personality Disorder</i>	<i>Primary Substance Abuse</i>	<i>Anxiety</i>
Interpersonal relationships	Practice communication skills	Practice communication skills	Practice communication skills	Make connections between relationships and client behavior	Make connections between relationships and substance abuse	Practice communication skills
Family relationships	Focus psychoeducation on communication	Focus psychoeducation on communication	Focus psychoeducation on communication	Point out family consequences of behavior	Point out family consequences of substance abuse	Focus psychoeducation on communication
Environmental intervention	Continue concrete assistance; work on employment issues	Environmental reevaluation; contingency management	Environmental reevaluation; contingency management	Begin liaison with justice and other systems regarding client	Help collaterals to refrain from reinforcing addictive behavior	Environmental reevaluation; contingency management
Affective dimensions	Reframe client's self-assessment	Use CBT for self-talk distortions	Use CBT for self-talk distortions	Avoid countertransference reactions	Empathize with ambivalent feelings	Use CBT for self-talk distortions
Support groups	Help in identification and consciousness raising	Help in identification and consciousness raising	Help in identification and consciousness raising	Help in identification and consciousness raising	Help in identification and consciousness raising	Help in identification and consciousness raising
ACTION						
Goals	Social skills development	Halt substance abuse. Begin medication for mood control.	Halt substance abuse. Begin medication for mood control.	Interrupt substance abuse; identify triggers	Halt substance use via behavioral methods	Communication skill development
Helping relationship	Supportive relationships form partnership	Supportive relationships form partnership	Supportive relationships form partnership	Collaborative, pragmatic, nonemotional	Supportive but reality focused	Supportive relationships form partnership

TABLE 10.1 Treatment Grid

<i>Topic</i>	<i>Schizophrenia</i>	<i>Bipolar Disorder</i>	<i>Major Depression</i>	<i>Personality Disorder</i>	<i>Primary Substance Abuse</i>	<i>Anxiety</i>
Pharmacological considerations	Support taking medication; assist management of side effects	Support compliance; monitor side effects	Support compliance; monitor side effects	Assist with detox, reduce craving; possible methadone	If on Antabuse, support compliance	Support compliance; monitor dependence and side effects
Cognitive-behavioral dimensions	Stimulus control taught in psychoeducation; contingency management	Use CBT to deal with illness/behavior; stimulus control; contingency management	Use CBT to deal with illness/behavior; stimulus control; contingency management	This is strongest mode for intervention; stimulus control, counterconditioning, contingency management	Heavy emphasis on stimulus control, counterconditioning, and contingency management	Self-liberation strategies; CBT for restructuring thoughts
Coping	Empowerment, stimulus control	Come to terms with chronicity of illness	Come to terms with chronicity of illness	Come to terms with future without drugs	Prevent becoming overwhelmed by emerging feelings	Stimulus control techniques
Psychoeducation	Focus on relapse prevention	Focus on relapse prevention	Focus on relapse prevention	Provide for family for supportive purposes	Normalize slips and relapses to prevent giving up	Focus on relapse prevention
Interpersonal relationships	Peer/team support; practice communication skills	Practice communication skills	Practice communication skills	Demand nonexploitative relationships	Make relationships secondary to personal recovery	Practice communication skills
Family relationships	Family psychoeducation; communication skills	Psychoeducation	Psychoeducation	Receive straight feedback and adapt to it	Recognize that these are in flux and will have to be renegotiated	Psychoeducation
Environmental intervention	Social skills training; job assistance	Increase emotional support from environment	Increase emotional support from environment	Continue liaison with environmental systems	Rally support for efforts to change	Environmental triggers need to be identified

TABLE 10.1 Treatment Grid (*continued*)

<i>Topic</i>	<i>Schizophrenia</i>	<i>Bipolar Disorder</i>	<i>Major Depression</i>	<i>Personality Disorder</i>	<i>Primary Substance Abuse</i>	<i>Anxiety</i>
Affective dimensions	Provide labels for emotions	Provide labels for emotions; attribute to illness	Provide labels for emotions; attribute to illness	Permit tentative emotional bonding	Prevent overwhelming by surge of unmasked feelings	Deal with emotions through CBT; name feelings; do not probe
Support groups	Continue STEMSS, double trouble	STEMSS, double trouble	STEMSS, double trouble	Helpful adjunct to professional services	Provide supportive stability during change and setbacks	STEMSS, double trouble
MAINTENANCE						
Goals	Relapse prevention	Relapse prevention	Relapse prevention	Focus on predisposing factors to substance use	Relapse prevention	Relapse prevention
Helping relationship	Collaborative, pragmatic	Collaborative, pragmatic	Collaborative, pragmatic	Collaborative, pragmatic, nonemotional	Deemphasize as client establishes natural supportive networks	Collaborative, pragmatic
Pharmacological considerations	Continue medication; manage side effects	Continue medication; manage side effects	Continue medication; manage side effects	Methadone (if appropriate)	Not usually applicable	Same as bipolar disorder and major depressive disorder
Cognitive-behavioral dimensions	Continue affirmative cognitions of self	Continue affirmative cognitions of self; maintain awareness of behavior/illness	Continue affirmative cognitions of self; maintain awareness of behavior/illness	Heavy emphasis on change of behavior and maladaptive cognition	Identify threats to success and cognitive-behavioral strategies for controlling them	Self-affirmation, maintenance awareness of behavior/illness
Coping	Stimulus control to avoid substance and triggers	Keep mood charts	Keep mood charts	Realignment of life with limitations	Acceptance of loss of crutch	Stimulus control

TABLE 10.1 Treatment Grid

<i>Topic</i>	<i>Schizophrenia</i>	<i>Bipolar Disorder</i>	<i>Major Depression</i>	<i>Personality Disorder</i>	<i>Primary Substance Abuse</i>	<i>Anxiety</i>
Psychoeducation	Continue with focus on relapse prevention	Continue with focus on relapse prevention	Continue with focus on relapse prevention	Continue as needed	Focus on needs for new skills in living	Continue as needed
Interpersonal relationships	Strengthen relationship skills through education and role-playing	Strengthen relationship skills through education and role-playing	Strengthen relationship skills through education and role-playing	Continue expectation of non-exploitative relationships	Develop more honest and nonhostile interactions	Continue expectation of non-exploitative relationships
Family relationships	Continue family support; focus on relapse prevention	Continue family support; focus on relapse prevention	Continue family support; focus on relapse prevention	Maintain open family interaction; educational and job enhancement	Renegotiate family roles around healthy lifestyle	Maintain open family interaction; educational and job enhancement
Environmental intervention	Identify triggers in environment; social liberation; counter-conditioning	Counter-conditioning	Counter-conditioning	Promote nonexploitative interactions with natural consequences	Facilitate honest and responsible interactions	Counter-conditioning
Affective dimensions	Continue positive affirmations of self; role-playing	Self-reevaluation	Self-reevaluation	Use care and sensitivity during termination phase	Support learning to accept honest emotions in self and others	Self-reevaluation
Support groups	Continue STEMSS, double trouble	In most cases, support groups are very helpful	In most cases, support groups are very helpful	In most cases, support groups are very helpful	Maintain on long-term basis for support and growth	In most cases, support groups are very helpful

NOTE: CBT = cognitive-behavioral therapy; STEMSS = Support Together for Emotional and Mental Serenity and Sobriety.

Ammatillinen päihdeongelman mahdollistaminen

	Yes	No
1. Do you sometimes avoid raising sensitive issues related to drinking because it might offend your patient or make him or her angry or feel bad?	(2)	
2. Do you generally treat the heavy-drinking person's problems without focusing most of the treatment on the drinking behavior?	(5)	
3. Do you avoid confronting your heavy-drinking patient when there is good evidence that he or she has misinformed you about his or her drinking?	(2)	
4. Do you generally suggest to your alcoholic patients that they cut down on their drinking?	(3)	
5. Do you believe what your heavy-drinking patient tells you about his or her drinking without using other sources such as a spouse, employer, screening test, blood alcohol test, or other laboratory test?	(5)	
6. Do you generally prescribe a sedative or minor tranquilizer for the nervous conditions or sleep problems of your alcoholic patients?	(5)	
7. Do you refer most of your alcoholic patients to attend Alcoholics Anonymous meetings regularly?		(5)
8. Do you refer many of your alcoholic patients to an alcoholism therapy group?		(3)
9. Do you prescribe disulfiram (Antabuse) to many of your alcoholic patients?		(3)
10. When your alcoholic patient has a minor crisis requiring hospitalization, do you routinely hospitalize him or her in a community hospital general ward?	(5)	
11. Do you refer most of the spouses of family members of your alcoholic patients to attend Al-Anon meetings regularly?		(5)
12. Do you subscribe to the theory that most alcoholics have an underlying psychological disorder that is the major cause of the alcoholism?	(5)	
13. Do you believe that most alcoholics will not respond positively to treatment for their alcoholism?	(5)	

Note: Numbers in parentheses are the scores recommended for the corresponding responses. A score of 0 to 3 points indicates a probable non-enabler, 4 to 6 points may indicate a possible enabler, and 7 points or more indicates a probable enabler.