

KAKSOISDIAGNOOSIPOTILAAN HOITO

PSYKIATRISILLA OSASTOLLA

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hämeenlinnan korkeakoulukeskus

Hoitotyön koulutus, sairaanhoitaja

kevät, 2019

Mira Nisula

Hoitotyön koulutus, sairaanhoitaja
Hämeenlinnan korkeakoulukeskus

Tekijä	Mira Nisula	Vuosi 2019
Työn nimi	Kaksoisdiagnoosipotilaan hoito psykiatrisella osastolla	
Työn ohjaaja/t	Marika Ahonen & Anne Suvitie	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoa psykiatrisella osastolla. Tavoitteena oli koota selkeä kokonaisuus, jota moniammatillinen työryhmä sekä alan opiskelijat voivat hyödyntää. Lisäksi tavoitteena oli vastata tutkimuskysymyksiin ja lisätä omaa asiantuntijuutta aiheesta sekä kehittyä ammatillisesti.

Aineistonkeruu aloitettiin väljillä rajauksilla, ja niitä tarkennettiin keruun ja valinnan vaiheessa. Tutkimusmenetelmänä opinnäytetyössä oli kuvaileva kirjallisuuskatsaus, jonka aineisto kerättiin pääosin aiemmin tehdyistä tutkimuksista. Ajantasaisuuden takaamiseksi käytettiin 2008 tai myöhemmin julkaistua aineistoa. Teoriapohjassa käsiteltiin kaksoisdiagnoosia viiden mielenterveyshäiriön ja neljän päihteen näkökulmasta sekä ennen kaikkea hoitotyön näkökulmasta. Tiedonhaussa käytettiin pääasiassa kansainvälisiä tietokantoja, kuten PubMediä ja Cinahlia.

Jo aineiston keruun ja valinnan vaiheessa huomattiin, että saatavilla oleva tieto oli hajanaista ja suomalaisia tutkimuksia ei aiheesta juuri ole tehty tai saatavilla. Yhtenäisimmät tulokset tukivat kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon integroimista sekä lääkehoidon yhdistämistä lääkkeettömiin hoitoihin.

Avainsanat kaksoisdiagnoosi, komorbiditeetti, monihäiriöisyys, päihdepsykiatria

Sivut 29 sivua

Degree programme in nursing
Hämeenlinna University College

Author	Mira Nisula	Year 2019
Subject	Treatment of a dually diagnosed patient in a psychiatric ward	
Supervisors	Marika Ahonen & Anne Suvitie	

ABSTRACT

The purpose of this thesis was to describe the treatment of a dually diagnosed patient in a psychiatric ward. The aim was to assemble a clear entity that multi-professional team and students in the field can use. In addition, the aim was to answer research questions and increase my expertise in the subject and to develop professionally.

The data collection was started with loose cropping and was refined during the material collection and selection phase. The research method used in the thesis was a narrative literature review, the material was mainly collected from articles and earlier studies. The theory was based on material published in 2008 or later to ensure up-to-date information. The theoretical framework dealt with the dual diagnosis of five mental health disorders and four substance abuse perspectives, and above all from the point of view of nursing. International databases such as PubMed and Cinahl were used for information retrieval.

Already at the stage of data collection and selection, it was discovered that the available information was fragmented and that Finnish studies were hardly made or available on the subject. The most consistent results supported the integration of treatment for dually diagnosed patients and the combination of medication with non-drug therapies.

Keywords dual diagnosis, comorbidity, co-existing disorder, co-occurrent disorder

Pages 29 pages

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	KAKSOISDIAGNOOSI	2
2.1	Persoonallisuushäiriö ja päihteet.....	2
2.2	Masennus, ahdistuneisuus ja päihteet	3
2.3	Skitsofrenia ja päihteet	4
2.4	Kaksisuuntainen mielialahäiriö ja päihteet	5
3	KAKSOISDIAGNOOSIPOTILAAN HOITO PSYKIATRISELLA OSASTOLLA.....	6
3.1	Lääkehoidot.....	6
3.2	Lääkkeettömät hoidot.....	8
3.2.1	Psykososiaaliset hoidot	8
3.2.2	Terapiat.....	9
3.2.3	Interventiot.....	11
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	12
5	TUTKIMUSMENETELMÄ JA TIEDONHAKU	12
5.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	12
5.2	Tiedonhaun prosessi	14
5.3	Valitun aineiston laadun kuvaus	16
6	TULOSTEN TARKASTELU	19
6.1	Kaksoisdiagnoosiin liittyvät tutkimukset.....	19
6.2	Hoitoon liittyvät tutkimukset	20
6.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet	21
7	POHDINTA.....	21
7.1	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	22
7.2	Ammatillinen kehittyminen	23
7.3	Opinnäytetyöprosessi	23
	LÄHTEET	25

1 JOHDANTO

Kaksoisdiagnoosi on yleinen ongelma niin Suomessa kuin muuallakin. Silti kaksoisdiagnoosiin on välillä jopa haastavaa saada oikeanlaista ja tehokasta hoitoa. Henkilö ei aina osaa hakeutua oikean hoidon pariin, koska hän ei tiedä, mikä taho häntä hoitaisi. Kaksoisdiagnoosista kärsivää saataan pompotella eri yksiköiden välillä, eikä diagnoosikaan ole aina selvä. Nämä asiat johtavat helposti sairauden hoitamattomuuteen. Kaksoisdiagnoosin hoitoon ei ole löydetty parasta mahdollista vaihtoehtoa johtuen kaksoisdiagnoosin moninaisuudesta. Lisäksi sen hoitoon ei myöskään ole olemassa yleisiä hoitosuosituksia. Näiden potilaiden hoito vaatii osaamista niin päihde- kuin mielenterveyspalveluiden puolella, sillä hoidossa on huomioitava molemmat häiriöt samanaikaisesti. (Baker, Kay-Lambkin & Lewin, 2007)

Tässä opinnäytetyössä kaksoisdiagnoosia tarkastellaan eri mielenterveyshäiriöiden sekä kolmen huumausaineen ja alkoholin näkökulmasta. Lisäksi työssä kuvataan kaksoisdiagnoosi käsitteenä. Yleisimmät mielenterveyshäiriöt päihdeiden käyttäjillä ovat persoonallisuushäiriöt, mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöt sekä psykoottiset häiriöt, kuten skitsofrenia (Kylmänen, 2017). Yleisimmin käytetyt päihteet Suomessa ovat opiaatit, stimulantit, kannabistuotteet sekä alkoholi (THL, 2018).

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoa psykiatrisella osastolla. Tavoitteena on koota selkeä kokonaisuus, jota moniammatillinen työryhmä sekä alan opiskelijat voivat hyödyntää työskennellessään kaksoisdiagnoosipotilaiden parissa. Lisäksi tavoitteena on vastata tutkimuskysymyksiin ja lisätä omaa asiantuntijuutta aiheesta sekä kehittyä ammatillisesti. Opinnäytetyön tilaajana on Kanta-Hämeen sairaanhoitopiirin psykiatrian tulosalue. Opinnäytetyö on suunnattu psykiatriselle hoitohenkilöstölle, jotka työskentelevät täysi-ikäisten kaksoisdiagnoosipotilaiden kanssa. Aiheen valinta perustuu tilaajan toiveeseen sekä omaan kiinnostukseeni psykiatrista hoitotyötä sekä monihäiriöisyyttä kohtaan.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä on kuvaileva kirjallisuuskatsaus, joka tutkimusmenetelmänä on joustava ja mahdollistaa esimerkiksi tutkimuskysymyksen tarkentumisen prosessin edetessä. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus sopii hyvin aiheisiin, joista saatavilla oleva tieto on vähäistä tai hajanaista. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on luoda kuvaileva, aineistolähtöinen kokonaisuus, joka tähtää selkeään ja ymmärrettävään tietoon tutkitusta aiheesta. (Ahonen, ym., 2013, ss. 291-292)

2 KAKSOISDIAGNOOSI

Kaksoisdiagnoosi käsitteenä viittaa komorbiditeettiin, joka tarkoittaa monihäiriöisyyttä. Kaksoisdiagnoosin yhteydessä monihäiriöisellä on saman aikaisesti jonkin tai joidenkin päihteiden runsasta, haitallista käyttöä eli päihdehäiriö sekä vähintään yksi mielenterveyden häiriö. (Aalto, 2007) Kaksoisdiagnoosit ovat Suomessakin hyvin yleisiä ja esiintyvyys näyttää kasvavan edelleen. Runsaasti alkoholia käyttävistä noin 40 prosentilla on jossain elämänsä vaiheessa jokin mielenterveyden häiriö ja huumeita käytävillä mielenterveyden häiriöitä esiintyy vieläkin enemmän. Asiaa voidaan tarkastella myös toisin päin: noin 30 prosentilla mielenterveyshäiriöistä kärsivillä on myös jossain vaiheessa päihdeongelma. Jopa puolella skitsofreniaa ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavalla on jossain vaiheessa päihdeongelma. (Aalto, 2018)

Aalto (2007) kertoo katsauksessaan, että sekundaarisen psykopatologian mallin mukaan päihteiden käyttö voi laukaista piilevän pitkäaikaisen mielenterveyden häiriön ja ilman päihteiden käyttöä, henkilö olisi mahdollisesti välttynyt sairastumiselta. Tätä ajatusmallia käyttäessä, kaksoisdiagnoosin ulkopuolelle rajataan päihteiden aiheuttamat lyhytaikaiset häiriöt, kuten vieroituksesta aiheutuva lyhytaikainen masennus, delirium tremens sekä päihdepsykoosit. Sekundaarisen päihdehäiriön mallissa taas ajatellaan, että mielenterveyden häiriöt aiheuttavat päihteiden käytön. Kolmannessa mallissa uskotaan, että päihde- ja mielenterveyshäiriöiden taustalla on yhteinen etiologinen tekijä.

Usein on kuitenkin vaikea selvittää, kumpi häiriö on tullut ensin. Yhdysvalloissa päihde- ja mielenterveystyön tutkijat ovat tulleet siihen tulokseen, että sekä mielenterveyshäiriöt, että päihdehäiriöt ovat selitettävissä biologisin perustein, tämä ei kuitenkaan pois sulje sitä, että molempiin häiriöihin liittyy paljon ulkopuolisia riskitekijöitä. Perimmäisen syyn selvittämiseksi tarvitaan lisää tutkimuksia. Varmaa on kuitenkin se, että päihteiden haitallinen käyttö lisää riskiä sairastua mielenterveyden häiriöön ja mielenterveyden häiriö lisää päihteiden käytön riskiä. (Peters, 2010)

2.1 Persoonallisuushäiriö ja päihteet

Persoonallisuushäiriöiden esiintyvyys on suurempi päihdehäiriöstä kärsivien henkilöiden kuin muun väestön keskuudessa. Persoonallisuushäiriötä sairastavien keskuudessa päihdehäiriötä esiintyy yli puolella. Päihdehäiriön samanaikaisen esiintymisen yleisyys riippuu kuitenkin persoonallisuushäiriön tyypistä. (Kaloiya & Parmar, 2018) Eniten päihteiden käyttöä ilmenee B-klusteriin kuuluviin persoonallisuushäiriöihin, joita ovat epäsozialinen, epävakaa, huomionhakuinen ja narsistinen persoonallisuushäiriö (Gordon, 2008, ss. 60-61). Persoonallisuushäiriöiden määrä yhdessä päihdehäiriön kanssa ylittää huomattavasti niiden yksin esiintymisen määrän, mikä viittaa siihen, että ne liittyvät toisiinsa syy-yhteisesti. Yhtenä syy-

yhteytenä on esitetty, että primaarinen persoonallisuushäiriö aiheuttaa sekundaarisen päihteiden väärinkäytön, joka johtaa päihdehäiriöön. Ilman persoonallisuushäiriötä henkilö ei siis olisi aloittanut päihteiden käyttöä. (Kaloiya & Parmar, 2018)

Persoonallisuushäiriöistä kärsivillä päihteiden käyttö aiheuttaa voimakkaampaa tyypillistä riskikäyttäytymistä ja haasteellisempia oireita. Esimerkiksi persoonallisuushäiriöiselle päihteiden käytön eteneminen miedoimista päihteistä suonensisäisiin huumeisiin on hyvin todennäköistä. Lisäksi heillä on suurempi todennäköisyys ajautua toimimaan uhkaavissa tai vaarallisissa tilanteissa, sillä heidän impulsiivisuutensa lisääntyy. Persoonallisuushäiriöstä kärsivät sitoutuvat usein huonosti hoitoonsa ja heitä on vaikea motivoida hoitoon, sillä yleensä he eivät tunnista päihteiden käyttöään ongelmalliseksi. (Gordon, 2008, ss. 60-61)

Persoonallisuushäiriöisen kannabistuotteiden käyttö alkaa nuoremmalla iällä verrattuna terveeseen väestöön. Se aiheuttaa käyttäjälle voimakkaampia ja vaikeampia persoonallisuushäiriöille tyypillisiä oireita. Erityisesti epäsosiaalista ja epävakaata persoonallisuushäiriötä sairastavat kärsivät usein ongelmallisesta alkoholin käytöstä ja sen tuomista oireista ja sairauksista voimakkaammin kuin henkilöt ilman persoonallisuushäiriötä. Opioidit ovat merkittävin päihde persoonallisuushäiriöistä kärsivien henkilöiden keskuudessa. Persoonallisuushäiriöisellä opioidiriippuvaisella on suurempi riski myös sekakäyttöön. Opioidien käyttö lisää persoonallisuushäiriöisen riskiä rikollisuuteen, yliannostuksiin sekä itsetuhoisuuteen. Stimulanttien, erityisesti kokaiinin ja ekstaasin käyttö usein korostaa persoonallisuushäiriöille tyypillistä käyttäytymistä, kuten impulsiivisuutta, mielialavaihtelua ja aggressiivisuutta. (Gordon, 2008, ss. 61-66)

Psykoterapiat ovat keskeisin hoitomuoto persoonallisuushäiriöiden hoidossa. Erityisesti dialektisen käyttäytymisterapian on todettu olevan tehokas muihin hoitomuotoihin verrattuna. Dialektisesta käyttäytymisterapiasta on näyttöön perustavaa tietoa, että se sopii hoidoksi erityisesti naispotilaille, joilla on epävakaata persoonallisuushäiriö sekä samanaikainen päihdehäiriö. (Kaloiya & Parmar, 2018) Myös Bermanin ja kumppaneiden (2014) tutkimus osoitti, että dialektinen käyttäytymisterapia paransi epävakaasta persoonallisuushäiriöstä kärsivien toimintakykyä sekä lisäsi päihde- ja psyyttömiä päiviä muita psykoterapioita tehokkaammin.

2.2 Masennus, ahdistuneisuus ja päihteet

Masennuksesta kärsiville itselääkitseminen, joka johtaa päihteiden ongelmalliseen käyttöön on yleistä oireiden helpottamiseksi. Itselääkitseminen lisääntyy oireiden vaikeutuessa ja siitä seuraa usein päihteiden ongelmallinen käyttö eli päihdehäiriö. (Bolton, Mota, Sareen & Turner, 2018) Runsas alkoholin käyttö, säännöllinen kannabiksen käyttö sekä stimulanttien aiheuttama univalvehäiriö voivat pahentaa masennuksen oireita tai laukaista masennusjakson (Niemi, 2013). Tutkimuksissa on huomattu, että

masennus on todennäköisesti alkoholiriippuvuuden patogeeninen tekijä, lisäksi runsas alkoholin käyttö voi aiheuttaa epäsuorasti masennusta, esimerkiksi vaikuttamalla negatiivisesti henkilön elämän laatuun. (Chengsen, Ping, Rui, Shen, Ying & Xiaochu, 2018)

Ahdistuneisuushäiriö ilmenee usein muiden mielenterveyshäiriöiden kanssa, erityisesti masennuksen kanssa. Kaksoisdiagnoosissa ahdistuneisuushäiriö yleensä pahenee entisestään, sillä ahdistuneisuudesta kärsivien päihteiden käyttö on usein itselääkitsemistä, jota lisätään ahdistuksen lisääntyessä. (Gordon, 2008, s. 31) Itselääkintä ja päihteiden käyttö auttaa selviytymään vaikeiden oireiden kanssa (Bolton, ym., 2018). Kannabistuotteet aiheuttavat satunnaiskäyttäjille lisää ahdistusta sekä paniikkikohtauksia. Pitkäaikaiskäyttäjille niillä on kuitenkin päinvastainen vaikutus. Ne toimivat anksiolyyteinä, jotka lievittävät ahdistusta käytön aikana. (Gordon, 2008, ss. 31-37)

Alkoholin käyttö ja ahdistuneisuus kulkevat usein yhdessä, pahentaen ahdistuneisuutta sekä lisäämällä alkoholin haitallista käyttöä. Alkoholi kuitenkin antaa hetkellisen helpotuksen ahdistuneisuuteen, jonka vuoksi alkoholin käyttöä jatketaan. Opioidit eivät tuo helpotusta ahdistuneisuuteen, mutta ne saavat henkilön unohtamaan tilanteet ja asiat, jotka aiheuttavat ahdistusta. Lyhytaikainen ahdistuksen lievittyminen saa käytön jatkumaan. Ahdistuneisuushäiriöistä kärsivillä on usein voimakkaampaa opioidiriippuvuutta kuin henkilöillä, joilla ei ole ahdistuneisuushäiriöitä. Stimulantit ovat myös hyvin yleisesti käytettyjä ahdistuneisuushäiriöstä kärsivillä. Henkilöt, jotka ovat kärsineet ahdistuneisuudesta lapsesta asti, lääkittävät itseään hyvin usein stimulantteilla, erityisesti ekstaasilla. (Gordon, 2008, ss. 31-37)

2.3 Skitsofrenia ja päihteet

Skitsofreniaa sairastavien päihteiden käyttö alkaa usein lääkitsemistarkoituksella. Päihteiden käyttö helpottaa oireita ja selviytymistä niiden kanssa. Negatiivisia oireita esiintyy harvemmin. Päihdehäiriöisen skitsofreenikon on usein hyvin vaikea hakeutua ja sitoutua hoitoon. (Gordon, 2008, s. 43) Jopa 47 %:lla skitsofreniaa sairastavista on jossain vaiheessa myös päihdeongelma (Aalto, 2008). Nuori ikä, miessukupuoli ja matala koulutustaso skitsofreenikolla lisäävät riippuvuusriskiä. Skitsofreniaa sairastavan päihteiden käyttö aiheuttaa vaikeampien psykoosioireiden lisäksi väkivaltaisuutta, taloudellista epävakautta sekä lääketieteellisiä ongelmia. (Dixon, 1999) Päihteiden käytön aiheuttamien psykososiaalisten ongelmien seurauksena useat potilaat eivät noudata antipsykoottista lääkitystään, jonka vuoksi sairaudessa on usein pahenemisvaiheita, joka johtaa aina uudestaan sairaalahoitoon. (Alphs, Bermak, Lynn Starr, Mao & Rodrigues, 2018)

Skitsofreniaa sairastavat ovat erityisen herkkiä päihteiden vaikutuksille ja päihdehäiriön kehittymiselle, sillä päihteiden vaikutus mesolimbiseen, do-

pamiinivälitteiseen mielihyvän säätelyjärjestelmään on ilmeisen merkityksellinen. Lisäksi suurimmalla osalla skitsofreniaa sairastavista on kognitiivinen häiriö, joka vähentää harkintakykyä ja näin ollen voi vaikeuttaa päih-teistä kieltäytymistä. (Isohanni, Koponen & Moilanen, 2003) Jopa kolmas-osa skitsofreniaa sairastavista täyttää alkoholin liikkäytön kriteerit. Alko-holin liikkäytön riskejä lisäävät edellä mainittujen lisäksi skitsofrenian ne-gatiiviset oireet, samanaikaiset masennusoireet sekä perinnöllisyys. (Chengsen, ym., 2018) Alkoholi laukaisee usein harhat ja näin ollen lisää psykoosista aiheutuvaa haittaa (Isohanni, Koponen & Moilanen, 2003).

Kannabiksen ja stimulanttien käytön on todettu olevan merkittävä riski psykoosin kehittymiseen, erityisesti niillä henkilöillä, joilla on perinnöllinen riski sairastua skitsofreniaan. Lisäksi kannabis voi aiheuttaa skitsofrenian puhkeamisen aikaisemmin kuin ilman päih-teitä. Päih-teiden käyttö ei vain lisää psykoosin riskiä, se myös vaikuttaa negatiivisesti skitsofreniaan lisää-mällä sairauden positiivisia oireita, hoitojen laiminlyömistä sekä masen-nusta. (Addington & Crockford, 2017)

2.4 Kaksisuuntainen mielialahäiriö ja päih-teet

Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista jopa 46 %:lla on alkoholion-gelma ja 41 %:lla jokin muu päih-deongelma. Päih-dehäiriöisellä on terveen väestöön verrattuna yli viisinkertainen riski sairastua kaksisuun-taiseen mielialahäiriöön. (Gaudiano, Miller, Tezanos, Weinstock & Wenze, 2015) Yleisesti päih-teiden käyttö heikentää kaksisuuntaisen mielialahäi-riön ennustettu usealla tavalla. Piilevä häiriö voi puhjeta aikaisemmin, sai-rausvaiheet pitkittyvät ja muuttuvat vaikeammiksi, oireettomat jaksot ly-henevät ja vaiheiden sekamuotoisuus sekä tiheäjaksoisuus lisääntyvät. (Gaudiano, ym., 2015; Kampman & Leinonen, 2010)

Runsas alkoholin ja muiden päih-teiden käyttö on yleisempää sairauden maniavaiheessa, erityisesti stimulantit ja kannabis pahentavat manian oi-reita. Alkoholia käytetään enemmän masennusvaiheessa, erityisesti nais-ten keskuudessa, mutta masennuksen pahentuessa on yleistä myös käyt-tää stimulantteja ja/tai kannabista, jotka nopeuttavat maniavaiheen tai maniaoireiden ilmenemistä. Sairauden ollessa tasapainossa, on tyypillistä, että päih-teiden käyttö vähenee. (Gordon, 2008, s. 44) Kaksisuuntaista mie-lialahäiriötä sairastaville päih-dehäiriöisille voidaan suositella lääkehoitoon yhdistettynä erilaisia integroituja hoitomuotoja, joissa yhdistyvät muun muassa kognitiiviset käyttäytymismallit, perhetyö sekä päih-detyö (Gau-diano, ym., 2015).

3 KAKSOISDIAGNOOSIPOTILAAN HOITO PSYKIATRISELLA OSASTOLLA

Kaksoisdiagnoosin hoidossa on tyypillisesti käytetty jaksottaista tai rinnakkaista hoitomallia. Jaksottaisessa hoitomallissa on ensin hoidettu päihdehäiriötä päihdehuollon yksikössä ja, kun riittävä hoitotulos on saavutettu, on siirrytty psykiatrian piiriin. Rinnakkaisessa hoitomallissa häiriötä hoidetaan samanaikaisesti, mutta ne hoidetaan eri yksiköissä. Uudempana hoitomallina on otettu käyttöön integroitu hoitomalli, jossa tapahtuu myös tarvittaessa hoitojen jaksottamista, esimerkiksi erotusdiagnoosiin vuoksi. (Aalto, 2008) Päihdepsykiatriassa pyritään erotusdiagnoosiin, sillä se on erittäin tärkeää tehokkaimman hoidon löytämiseksi. Erotusdiagnoosissa selvitetään, onko kyseessä primaari mielenterveyshäiriö, päihteen aiheuttama mielenterveyshäiriö vai päihtymyksestä tai vieroituksesta johtuvat oireet. (Aalto & Vormaa, 2013)

Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidoksi suositellaan integroitua hoitomallia, jossa molemmat häiriöt huomioidaan samanaikaisesti ja hoito tapahtuu yhdessä yksikössä. Integroitu hoitomalli ei ole hoitomuoto, vaan se viittaa kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidon järjestämiseen. Keskeistä integroidussa hoitomallissa on moniammatillinen työryhmä, joka on perehtynyt sekä mielenterveyden häiriöiden, että päihdehäiriöiden hoitoon. (Aalto, 2007) Kaksoisdiagnoosipotilaan integroitu hoito järjestetään yhdessä yksikössä, joka vastaa sekä päihdehuollosta, että psykiatrian palveluista. Yleensä hoitava yksikkö on psykiatrian piirissä. (Kylmänen, 2017) Kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa keskeistä on häiriöiden arvioiminen ja hoitaminen samanaikaisesti sekä kokonaisvaltaisesti (Aalto 2007).

3.1 Lääkehoidot

Kaksoisdiagnoosipotilaan lääkehoito yhdistettynä lääkkeettömiin hoitoihin parantaa molempien häiriöiden ennustetta. Lääkehoidon haasteena on kuitenkin potilaan sitoutuminen ja mahdollisesti vääristynyt ajatus lääkehoidon toteuttamisesta, potilas saattaa ajatella, että pelkkä lääke riittää, jolloin muuhun hoitoon sitoutuminen jää vajaaksi tai potilas alkaa sairaalahoitoa jälkeen käyttää lääkkeitä väärin. Kaksoisdiagnoosipotilaan lääkehoito vaatiikin tavallista enemmän tukea ja valvontaa. Lisäksi suurena haasteena lääkehoidossa on sopivan lääkkeen löytäminen mielenterveyshäiriön hoitoon, jolla ei ole yhteisvaikutuksia käytetyn päihteen kanssa. (Niemelä, 2013)

Bentsodiatsepiinien käyttö psykoosisairautta sairastavalla päihdehäiriöllä lisää lääkkeen väärinkäytön ja kuolleisuuden riskiä, tästä syystä lääkettä ei tulisi määrätä avopalveluissa olevalle potilaalle. (Gordon, 2008, s. 55) Yleisesti bentsodiatsepiinien käyttöä päihdehäiriöisillä potilailla tulisi välttää, mutta lyhytaikaisesti, 1-2 viikon jaksona valvotusti, bentsodiatsepiinien käyttöä voidaan harkita vaikean ahdistuneisuuden ja unettomuuden hoidossa. Mikäli potilaalla on bentsodiatsepiiniriippuvuus, siirrytään

lyhytvaikutteisesta pitkävaikutteiseen ja pyritään 2-4 viikon osastovieroitukseen. Selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät eli SSRI-lääkkeet so-pivat ahdistuneisuudesta kärsivän päihdehäiriöisen hoitoon, lääkityksen tulee olla hyvässä hoitotasapainossa, ennen kuin bentsodiatsepiinivieroi-tus saatetaan loppuun. (Gordon, 2008, ss. 38-39; Niemelä, 2013)

Persoonallisuushäiriöitä, joiden yhteydessä esiintyy päihdehäiriö, harvoin hoidetaan lääkkein. Lääkehoidolle on kuitenkin silloin tarvetta, kun per-soonallisuushäiriön yhteydessä esiintyy masennusta, ahdistusta tai hätäti-lanne, kuten psykoosi tai voimakas agitaatio eli ahdistuneisuus, johon liit-tyy voimakas kehon liikkeiden levottomuus. Näissä tilanteissa voidaan har-kita depressiolääkkeitä tai antipsykootteja. Persoonallisuushäiriön kanssa esiintyvään alkoholihäiriön hoitoon suositellaan näyttöön perustuvien lääkkeiden, kuten naltreksonin käyttöä. Myös opioidikorvaushoito on suo-siteltavaa, sillä se voi edesauttaa potilaan psykososiaalista kuntoutumista. (Kaloija & Parmar, 2018)

Masennuksesta kärsivän kaksoisdiagnoosipotilaan lääkehoidon suunnitte-lussa on tärkeää selvittää, johtuuko masennus pitkäaikaisesta päihteiden-käytöstä, päihteestä vieroittumisesta vai primaarista mielenterveyden häi-riöstä. Häiriöiden samanaikainen hoito parantaa molempien häiriöiden en-nustetta, mutta tarkemman masennusoireiston selvittämiseksi suositel-laan pitempää raittiusjaksoa, jotta vieroitusoireista johtuva masennus voi-daan poissulkea. Mielialalääkityksestä ei ole hyötyä, jollei kyseessä ole pri-maari, päihteistä riippumaton masennus. Mirtatsapiinia suositellaan ensi-sijaiseksi lääkkeeksi, sillä pienelläkin annoksella se parantaa unen laatua, mikä helpottaa masennusoireita. Erytisen tärkeää on selvittää, minkä päihteiden käyttöä potilaalla on ollut, sillä se vaikuttaa ratkaisevasti lää-keen valintaan. Alkoholi esimerkiksi pahentaa trisyklisten masennuslääk-keiden ja mirtatsapiinin sedatiivisia vaikutuksia, lisäksi myös kannabiksen on todettu pahentavan erityisesti trisyklisten masennuslääkkeiden sedatii-visia vaikutuksia. Serotoniinioireyhtymän riskiä lisäävät SSRI-lääkkeiden ja serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjät eli SNRI-lääkkeiden kanssa samanaikaisesti käytettävä LSD ja stimulantit, kuten ekstaasi tai metamfetamiini. Lisäksi stimulantit lisäävät stimulanttimyrkytyksen riskiä SNRI-lääkityksen yhteydessä. (Gordon, 2008, ss. 20, 24; Niemelä, 2013)

Skitsofreniaa sairastaville päihteiden käyttäjille suositellaan lääkitykseksi toisen sukupolven psykoosilääkkeitä, sillä näyttäisi siltä, että potilaiden hoitomyyntyvyys on parempi uudempiin lääkkeisiin. Lisäksi toisen suku-polven psykoosilääkkeiden haittavaikutukset ovat vähäisempiä ja ne eivät aiheuta niin suurta dopamiinisalpausta, joka saattaa lisätä halua päihteiden käyttöön. Klotsapiinista on eniten positiivista näyttöä, se vähentää psykoosioireita, niiden uusiutumista sekä päihteiden käyttöä muita psy-koosilääkkeitä enemmän. Bentsodiatsepiinien käyttö hoidossa tulisi rajata akuutin psykoosin hoitoon valvotuissa oloissa. (Niemelä, 2013) Skitsofre-

niaa sairastavalle voidaan suositella suun kautta otettavien antipsykoottien sijaan pitkävaikutteisia injektioita, erityisesti silloin, kun lääkehoidon toteuttaminen itsenäisesti laiminlyödään (Alphs, ym., 2018).

Päihdehäiriöisen kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavan lääkehoidoksi suositellaan valproaattia. Hoidon tehostamiseksi sen rinnalle voidaan lisätä litium. On kuitenkin huomioitava, että alkoholi, opiaatit ja kannaabis lisäävät valproaatin ja litiumin sekä karpamatsepiinin sedatiivisia vaikutuksia. Lisäksi alkoholi lisää litiumin toksisia haittavaikutuksia. Psykoosilääkkeistä suositellaan ketiapiinia, joka ei kuitenkaan sekään sovellu alkoholiriippuvaiselle. (Gordon, 2008, ss. 43-48; Niemelä, 2013) Lamotrigiini sen sijaan useimmiten soveltuu kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoitoon, riippumatta samanaikaisesta alkoholiriippuvuudesta, lisäksi lamotrigiinilla on todettu olevan tehoa myös erityisesti kokaiiniriippuvuuden hoidossa (Kampman & Leinonen, 2010).

Riippuvuuksien lääkehoidon ja korvaushoidon toteutus riippuvat potilaan väärinkäyttämästä päihteestä, mutta myös mielenterveyshäiriön laadusta ja mitä lääkettä mielenterveyshäiriön hoitoon käytetään (Gordon, 2008). Metadonihoido sopii opioidiriippuvuuden hoitoon skitsofreniaa, kaksisuuntaista mielialahäiriötä tai masennusta sairastavalle (Niemelä, 2013). On kuitenkin huomioitava, että mielialalääkkeistä fluoksetiini, fluvoksamiini ja paroksetiini voivat suurentaa metadonipitoisuutta ja mäkikuisma voi puolestaan laskea metadonipitoisuutta. Edellä mainituista syistä johtuen, näiden lääkkeiden käyttöä tulisi välttää opioidikorvaushoidon aikana. (Gordon, 2008)

3.2 Lääkkeettömät hoidot

Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitoon on kehitetty erilaisia hoitomalleja, jotka on voitu todeta toimiviksi, kun hoito on asianmukaisesti järjestetty. Sairaalahoidossa voidaan käyttää esimerkiksi erilaisia terapioidia ja interventioita intensiivisesti. (Kampman & Lassila, 2007)

3.2.1 Psykososiaaliset hoidot

Psykososiaalisilla hoidoilla tarkoitetaan esimerkiksi keskusteluihin ja käytännön harjoituksiin perustuvia keinoja. Yhdessä lääkehoidon kanssa psykososiaaliset hoidot muodostavat kokonaisuuden. (Aalto & Alho, 2013)

Motivoiva haastattelu on keskeinen hoitomuoto päihdepotilaan ja näin ollen myös kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa. Motivoivan haastattelun avulla tavoitellaan potilaalle positiivista kuvaa muutoksesta. Motivoiva haastattelu parantaa potilaan sitoutumista hoitoon ja vähentää päihdeiden käyttöä enemmän kuin muut lyhyet interventiot. Motivoivan haastattelun keskeisiä piirteitä ovat potilaan hyväksyminen sekä potilaan terveyden ja motivaation edistäminen. Motivoiva haastattelu perustuu yhteistyöhön.

Potilaan muutospuhetta vahvistetaan heijastavalla kuuntelulla sekä avoimilla kysymyksillä, rehellinen ja suora palaute on tärkeää, mutta vastakainasettelua ja työntekijän asiantuntijaroolia vältetään. Olennaista motivoivan haastattelun onnistumiseksi on potilaan ristiriitojen ymmärtäminen, toimiva yhteistyösuhde ja työntekijän empaattisuus. (Koski-Jännes, Lahti & Rakkolainen, 2013)

Motivoivan haastattelun prosessi voidaan jakaa neljään vaiheeseen. Prosessi alkaa yhteistyösuhteen muodostamisella, jonka aikana voidaan jo keskustella potilaan elämän arvoista ja tavoitteista. Toisessa vaiheessa on tavoitteena löytää hoidolle suunta tai tavoitteet, jotka voivat muuttua tai tarkentua keskusteluiden aikana. Kolmannessa vaiheessa vasta alkaa varsinainen potilaan motivointi, kun hoidon suunta on selvillä. Tämän vaiheen tärkein tavoite on auttaa potilasta selvittämään, mihin muutokseen hän on valmis sitoutumaan. Viimeisessä vaiheessa luodaan käytännön suunnitelma muutosten toteuttamiseen. Vaiheet voivat toteutua osin päällekkäin ja tarvittaessa vaiheissa voidaan palata myös aikaisempaan. (Koski-Jännes, Lahti & Rakkolainen, 2013)

Kognitiivisten käyttäytymismallien, kuten itsetarkkailun, tavoitteiden asettamisen, ihmissuhdetaitojen ja elämäntapamuutosten vahvistaminen ovat osoittautuneet tehokkaaksi keinoksi kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa. Motivoivalla haastattelulla pyritään motivoimaan potilasta ja saamaan hänet sitoutumaan hoitoon paremmin. (Glanville, Godrey, Hewitt, Martyn-St James, Neilson, Perry & Woodhouse, 2015)

3.2.2 Terapiat

Kognitiivinen käyttäytymisterapia on psykoterapiamuoto, jonka on todettu olevan tehokas muun muassa masennuksen, kaksisuuntaisen mielialahäiriön, skitsofrenian sekä ahdistuneisuus-, persoonallisuus- ja päihdehäiriöiden hoidossa. Kognitiivinen käyttäytymisterapia soveltuu kaiken ikäisille ja sitä voidaan käyttää niin yksilö- kuin ryhmämuotoisena. Terapia perustuu kognition, tunteiden ja käyttäytymisen välisiin suhteisiin. Terapiassa korostuvat kolme näkökulmaa: automaattiset ajatukset, kognitiiviset vääristymät sekä alustavat uskomukset tai tavat. Terapiassa lähestymistapa on käytännöllinen ja asiakaslähtöinen, jossa terapeutti ja potilas työskentelevät yhteistyössä, jonka tavoitteena on muuttaa potilaan ajattelun ja käyttäytymisen malleja, jotta saadaan aikaan positiivinen muutos potilaan mielialassa ja elämäntavassa. Potilaan terapia suunnitellaan yksilöllisesti riippuen potilaan diagnoosista ja muista ongelmista. (Chand & Huecker, 2019)

Dialektinen käyttäytymisterapia (DKT) on paljon käytetty hoitomuoto niille, joilla on useita, vakavia psykososiaalisia häiriöitä, mukaan lukien itsetuhoiset henkilöt. Koska monilla edellä mainituista häiriöistä kärsivällä on myös päihdehäiriö, dialektista käyttäytymisterapiaa kehitettiin soveltu-

vaksi myös heille. Päihdehäiriöstä kärsivien terapiaan sisällytettiin yksityiskohtia, joilla pyritään edistämään päihdeistä pidättäytymistä, vähentämään repsahduksien pituutta sekä niistä aiheutuvia haittoja. Lisäksi on kehitetty niin kutsuttu kiinnitysstrategia, joka sisältää aktiivisen päihdeneuvonnan sekä aktiivisen yrityksen tavoittaa potilaita, jotka eivät käy DKT:n istunnoissa. (Dimeff & Linehan, 2008) DKT on edullista aloittaa silloin, kun potilaat eivät ole enää vakavan kriisin tilassa, eivätkä käytä suuria määriä päihdeitä, sillä uusien taitojen oppiminen tunteidensa ja riippuvuuksiensa säätämiseksi edellyttää terapiaan osallistuvan henkilön lisääntyntä oppimiskykyä (Bermphohl, ym., 2014).

Dual-focus schema therapy (DFST) eli ”kaksoiskeskittyneessä” skeematerapiassa käytetään syvällisiä psykologisia ja käyttäytymishoitoelementtejä (Bermphohl, ym., 2014). Skeematerapiassa keskitytään tunnelukkojen työstämiseen, se perustuu kognitiiviseen psykoterapiaan ja siihen on yhdistetty parhaat ominaisuudet psykodynaamisesta, hahmo-, mindfulness- sekä ratkaisukeskeisestä terapiasta (Skeematerapia, n.d). DFST:ssä keskitytään erityisesti henkilön maladaptiiviseen skeemoihin. Termi "maladaptiivinen skeema" viittaa epäsuotuisiin kognitiivisiin, emotionaalisiin ja käyttäytymiseen liittyviin refleksiin tai tunnelukoihin, joita muistot, tunteet, ajatukset ja käyttäytymismallit ovat muodostaneet. Tällaiset kaaviot aktivoituvat tyypillisissä tilanteissa keskeisillä ärsykeillä, ohjaavat käyttäytymistä myös silloin, kun ne ovat suoraan tai epäsuorasti haitallisia yksilölle. Tämä tarkoittaa siis sitä, että henkilö ajautuu helpommin käyttämään esimerkiksi päihdeitä. (Bermphohl, ym., 2014) Maladaptiiviset skeemat ovat yleensä kehittyneet elämän varhaisessa vaiheessa toimimattomien perhesuhteiden ja ympäristön vuoksi (Anderson, Shorey & Stuart, 2014).

Integroitu ryhmäterapia on kehitetty erityisesti kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastaville potilaille, joilla on samanaikainen päihdehäiriö. Hoidossa korostetaan näiden häiriöiden välistä suhdetta keskittyen samankaltaisiin ajatus- ja käyttäytymismalleihin, jotka liittyvät molempiin häiriöihin. Integroitu ryhmäterapia toteutetaan 20 viikon hoitajaksona, tunnin mittaisina tapaamisina kerran viikossa. Keskeistä tässä hoitomuodossa on ajatus siitä, että ne toimet, jotka helpottavat toipumista yhdestä häiriöstä, lisäävät toipumisen todennäköisyyttä myös toisessa häiriössä. Vastaavasti ne toimet, jotka haittaavat toipumista yhdessä häiriössä, haittaavat todennäköisesti toipumista myös toisesta häiriöstä. (Daley, ym., 2007)

Useimmat tapaamiset käsittelevät molempia häiriöitä samanaikaisesti, esimerkiksi miten selviytyä masennusjaksosta ilman alkoholia. Lisäksi tapaamisissa käsitellään häiriöiden välistä vuorovaikutusta, esimerkiksi miten päihteen väärinkäyttö vaikuttaa maniajakson aikana ja miten silloin, kun mielenterveyshäiriö on tasapainossa. Potilaat kertovat viikoittain omasta päihdeiden käytöstään, mielialastaan, lääkkehoidostaan ja miten ovat toimineet, jos vastaan on tullut tilanne, jossa jompikumpi häiriö pääsee vallalle. (Daley, ym., 2007)

3.2.3 Interventiot

Mindfulness-pohjaisen intervention on todettu olevan tehokas käyttäytymiseen perustuva hoitomuoto, erityisesti vakavien päihdehäiriöiden ja komorbidin masennuksen uusiutumisen ehkäisyssä (Bowen, Roos, & Witkiewitz, 2017). Uusiutumisen ehkäisyyn perustuva mindfulness-interventio yhdistää perinteiset, psykoterapeuttiset uusiutumisen ehkäisyne keinot meditaatioharjoituksiin. Mindfulness-pohjaisia interventioita käytetään yhä useammin lähestymistapana käyttäytymiseen liittyvissä terveysongelmissa. Mindfulness-pohjaista interventiota voidaan käyttää yksittäisenä hoitomuotona tai se voidaan yhdistää muihin hoitomuotoihin. Tämän intervention lähtökohtana on nykyisen hetken määrätietoinen huomioiminen sekä asioiden hyväksyminen sellaisena kuin ne ovat. (Booth, Colaiaco, Grant, Hempel, Motala, Shanman & Sorbero, 2017) Mindfulness-pohjaiset interventiot kestävät tavallisimmin kahdeksan viikkoa, jotka pitävät sisällään noin kahden tunnin mittaiset istunnot säännöllisesti (Desbordes, Greenberg, de Jong, Pedrelli & Shapero, 2018).

Meditointiharjoitusten yhdistäminen perinteisiin psykoterapeuttisiin keinoihin on tarkoitettu ehkäisemään uusiutumista tai repsahtamista. Tavallisimmin mindfulness-pohjaista interventiota toteutetaan viikoittain kahden tunnin ryhmätapaamisissa, kahdeksan viikon ajan. Tapaamisissa tehdään meditaatioharjoituksia sekä pyritään ohjaamaan potilasta pois emotionaalista, kognitiivisista ja fyysisistä toimista, jotka saattavat aiheuttaa himoa päihteeseen tai palaamaan toimintaan, joka lisää mielenterveyshäiriön uusiutumista. (Booth, ym., 2017)

Eräs uudempi interventio yhdistää motivoivan haastattelun ja kognitiivisen käyttäytymisterapian (MH-KKT), jonka on todettu olevan tehokas psykoosin ja samanaikaisen päihdehäiriön hoitamisessa. Tämän integroidun hoidon tarkoituksena on jatkaa motivoivaa haastattelua läpi kognitiivisen käyttäytymisterapia ja näin saada potilas paremmin sitoutumaan ja motivoitumaan hoitoonsa. (Barrowclough, Beardmore, Butler, Earnshaw, Eisner, Fitzsimmons & Nothard, 2012) Hoito alkaa motivoivalla haastattelulla, jonka alku on jaettu neljään vaiheeseen; sitoutuminen, keskittyminen, motivointi ja suunnitelman laatiminen. Edellä mainitut vaiheet voidaan käydä läpi osin samaan aikaan ja kutakin vaihetta ei välttämättä tarvitse käsitellä omassa istunnossaan. Näiden vaiheiden jälkeen aloitetaan kognitiivinen käyttäytymisterapia, jonka kesto suunnitellaan jokaiselle potilaalle yksilöllisesti. KKT:n aikana voidaan palata motivoivan haastattelun eri vaiheisiin ja lisätä näin potilaan motivaatiota ja sitoutumista hoitoon. (Naar & Safren, 2017)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tavoite ja tarkoitus kertovat mitä opinnäytetyöllä aiotaan selvittää, kehittää tai tuottaa ja miksi. Opinnäytetyön tarkoituksen tulisi olla selkeä ja se voi täsmentyä opinnäytetyöprosessin edetessä. Tavoitteella ilmaistaan sitä, miten tilaaja hyötyy opinnäytetyöstä sekä miten opiskelija kehittyy ammatillisesti. Tavoitteessa kerrotaan millaista tietoa ja kenelle opinnäytetyön avulla voidaan saavuttaa. (KAMK, n.d)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata kaksoisdiagnoosipotilaan hoitoa psykiatrisella osastolla. Tavoitteena on koota selkeä kokonaisuus, jota moniammatillinen työryhmä sekä alan opiskelijat voivat hyödyntää työskennellessään kaksoisdiagnoosipotilaiden parissa. Lisäksi tavoitteena on vastata tutkimuskysymyksiin ja lisätä omaa asiantuntijuutta aiheesta sekä kehittyä ammatillisesti.

Opinnäytetyössä haetaan vastausta kahteen tutkimuskysymykseen;
Mitkä ovat kaksoisdiagnoosipotilaan erityispiirteet?
Mitkä ovat kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon erityispiirteet?

5 TUTKIMUSMENETELMÄ JA TIEDONHAKU

Tutkimusmenetelmäksi valikoitui kirjallisuuskatsaus tilaajan toiveiden mukaisesti ja päädyin valitsemaan kuvailevan kirjallisuuskatsauksen, sillä se sopii hyvin aiheeseen, josta saatavilla oleva tieto on hyvin hajanaista. Tässä kappaleessa käsitellään kuvaileva kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä sekä tiedonhaun prosessi.

5.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kuvailevien eli narratiivisten katsausten tehtävänä on kuvata aiemmin tehtyä tutkimusta (Axelin, Stolt & Suhonen, 2015) ja tähdätä ymmärrettävään kuvaukseen. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta käytetään paljon hoito- ja terveystieteissä, sillä se soveltuu hyvin esimerkiksi kliinisen tiedon kokoamiseen. Tarkoituksena on useimmiten etsiä vastaus kysymykseen, mitä ilmiöstä jo tiedetään ja koota ilmiöstä aineistolähtöinen ja ymmärrettävä, kuvaileva kokonaisuus. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus voi keskittyä esimerkiksi teoreettisen tai käsitteellisen kehityksen luomiseen, tiettyyn aiheeseen liittyvän tiedon esittämiseen ja ongelmien tunnistamiseen. (Ahonen, ym., 2013, ss. 291-292)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen rakentaminen jaetaan neljään vaiheeseen: tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen ja tuotetun tuloksen tarkasteleminen. Näiden vaihei-

den jäsentäminen lisää menetelmän luotettavuutta, vaikka kuvailevan kirjallisuuskatsauksen erityispiirteenä on, että edellä mainitut vaiheet tapahtuvat osin päällekkäin. Tutkimuskysymys ohjaa koko prosessia, sen avulla valitaan aineisto, luodaan kuvaileva vastaus tutkimuskysymykseen sekä lopuksi tuloksia tarkastellessa arvioidaan muun muassa, saatiinko tutkimuskysymykseen vastaus. Tutkimuskysymyksen tulee olla tarpeeksi rajattu, mutta kuitenkin joustava, jotta se voi tarkentua prosessin aikana. (Ahonen, ym., 2013, ss. 294-295)

Aineiston valinta perustuu tutkimuskysymykseen ja valinta on joko implisiittinen tai eksplisiittinen. Implisiittisessä aineiston keruussa ei raportoida erikseen käytettyjä tietokantoja tai valintakriteereitä. Lähteiden valinta ja luotettavuus perustellaan esittelemällä valittu kirjallisuus sekä valitun kirjallisuuden suhde tutkimuskysymykseen. Eksplisiittisessä aineiston keruussa aineiston valinta raportoidaan tarkasti esimerkiksi taulukoimalla tietokannat, hakusanat ja valintakriteerit. Valituista hakusanoista ja kriteereistä voidaan poiketa kesken prosessin, jos se on olennaista tutkimuksen kannalta. Tällöin poikkeukset tuodaan ilmi raportin tekstissä. Valitun aineiston sisällöllä on eniten painoarvoa, tästä syystä sekä aineisto, että tutkimuskysymys voivat tarkentua prosessin aikana. (Ahonen, ym., 2013, ss. 295-296)

Varsinaisen kuvailun rakentaminen aloitetaan jo aineiston keruun vaiheessa. Rakentamisen vaiheessa yhdistetään, vertaillaan ja syntetisoidaan valittujen aineistojen sisältö sekä luodaan kuvaileva vastaus tutkimuskysymykseen. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen analyysin ei siis ole tarkoitus siteerata tai tiivistää alkuperäisaineistoa vaan analysoida olemassa olevaa tietoa sekä tehdä laajempia päätelmiä aineistosta. Valitusta aineistosta valitaan ilmiötä koskevat keskeisimmät asiat ja ne jaetaan sisällöllisesti kokonaisuuksiksi. Kuvailu voidaan esittää hierarkkisesti, kronologisesti, rakenteena tai prosessina. Kuvailuun voidaan käyttää yhtä päälähdettä, joka muodostaa perustan kuvailulle. Päälähdettä täsmennetään tai kritisoidaan tarvittaessa muun kirjallisuuden avulla. (Ahonen, ym., 2013, ss. 296-297)

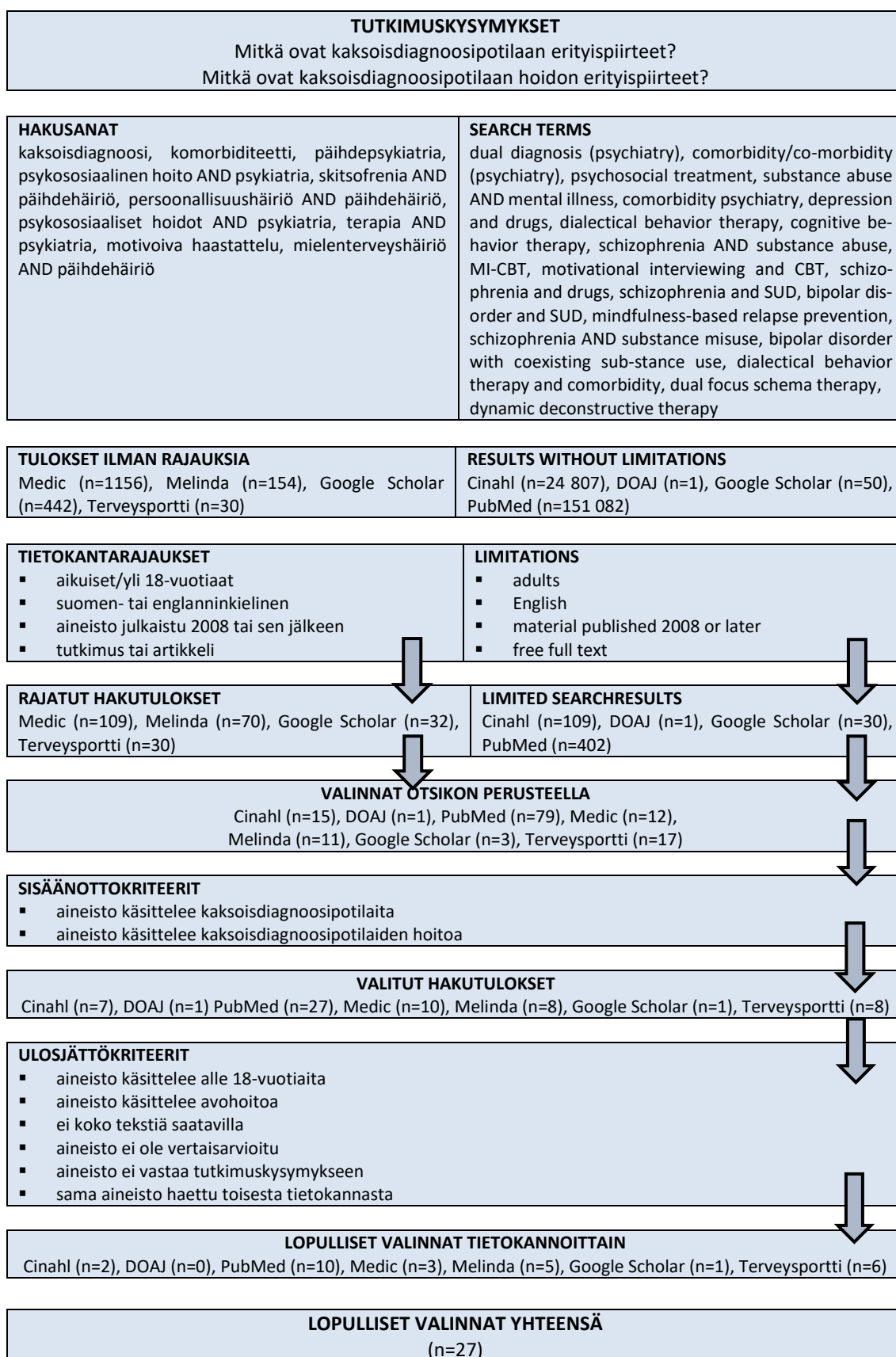
Tulosten tarkasteluun kuuluvat olennaisesti pohdinta sekä tutkimuksen luotettavuuden ja etiikan arviointi. Saadut, keskeiset tulokset kootaan ja niitä tarkastellaan laajemmassa kontekstissa. Tulosten tarkastelun vaiheessa tutkimuskysymystä voidaan kritisoida, miettiä tulevaisuuden haasteita ilmiöön liittyen sekä esitellä mahdolliset jatkotutkimushaasteet. Vaikka etiikan arviointi tapahtuu vasta tulosten tarkastelun vaiheessa, korostuu se silti koko prosessin ajan. Tutkimuskysymystä muodostaessa tulee ottaa huomioon näkökulman valinta ja aineiston valinnassa sekä kuvailun rakentamisessa noudatetaan tutkimusetiikan liittyviä säädöksiä ja ohjeita. (Ahonen, ym., 2013, ss. 297-298)

5.2 Tiedonhaun prosessi

Tiedonhaun aloitin tutustumalla yleisesti kaksoisdiagnoosiin käsitteenä sekä tutustumalla HYKS Psykiatriakeskuksesta saamiini materiaaleihin. Käsitteen tultua tutuksi, aloitin tiedonhaun suomalaisilla hakukoneilla, Medicin ja Melindan tietokannoilla sekä täydensin hakua Terveysportin tietokannalla. Tärkeimpinä hakusanoina kaksoisdiagnoosi, komorbiditeetti ja päihdepsykiatria. Suomenkielinen aineisto oli melko hajanaista, joten pyrin täydentämään materiaalia englanninkielisillä aineistoilla. Englanninkielistä aineistoa hain pääasiassa PubMedin tietokannoista sekä lisäksi Cinahlista, DOAJ:sta ja GoogleScholarista.

Aloitin suomen kielisen tiedonhaun vähillä rajauksilla, sillä tiesin, että aiheesta ei ole kovinkaan runsaasti tutkimustietoa suomeksi. Tärkeimpinä rajauksina oli aineiston ikä sekä aineiston tuli käsitellä yli 18-vuotiaita kaksoisdiagnoosipotilaita. Kansainvälisistä tietokannoista hakiessa rajaukset olivat alusta alkaen tarkemmat, sillä muualla kaksoisdiagnoosi (dual diagnosis) ja erityisesti komorbiditeetti (comorbidity tai co-morbidity) tarkoittavat myös useamman somaattisen sairauden samanaikaista esiintymistä, mikä vaikeutti aineiston keruuta. Taulukossa 1. on esitelty tiedonhaun prosessi. Taulukkoon on eritelty suomen- ja englanninkieliset hakusanat sekä tietokannat selkiyttämään tiedonhaun etenemistä ja kuvastamaan kuinka paljon vähemmän aiheesta on saatavilla tietoa suomeksi. Tiedonhaun edessä, erityisesti, kun on etsitty täydentävää tietoa, on jouduttu luopumaan joidenkin aineistojen kohdalla sisäänotto kriteereistä, pääosin aineiston iän rajausta on jouduttu laajentamaan.

Taulukko 1. Tiedonhaun prosessi



Manuaalihaussa olen käyttänyt pääosin HYKS Psykiatriakeskuksesta saamiini materiaaleja, joko sellaisenaan, jos materiaali on ollut näyttöön perustuvaa tai käymällä läpi materiaalin lähteitä. Manuaalihakuun olen käyttänyt myös aiheeseen liittyvien näytönastekatsauksien lähdeluetteloita. Manuaalihauksi voisi kutsua myös Google-hakuja, joilla olen varmistanut käsitteiden ja termien oikeaa merkitystä ja ohessa löytänyt aineiston valinnan kriteerit täyttävää materiaalia.

5.3 Valitun aineiston laadun kuvaus

Aineistona on käytetty pääosin tieteellisistä tietokannoista haettua aineistoa, jotka on kuvattu taulukossa 1. Taulukossa 2. on kuvattu opinnäytetyössä käytetyt tutkimukset. Tutkimuksista on esitelty lyhyesti niiden tarkoitus, aineisto sekä tulokset.

Taulukko 2. Käytetyt tutkimukset

TEKIJÄ(T), MAA	TARKOITUS	AINEISTO	MENETELMÄ	TULOKSET
Zelda Peters, 2010, Iso-Britannia	Tutkia kaksoisdiagnoosin hoidon haasteita sekä miten palveluiden tulisi vastata hoidontarpeeseen	40-vuotias kaksoisdiagnoosista kärsivä nainen, 10 vuotta hoidon piirissä.	tapaustutkimus	Integroitua hoitoa on haasteellista tarjota, sillä hoitohenkilökunta kokee tietonsa ja taitonsa puutteelliseksi, kun puhutaan kaksoisdiagnoosista. Hoidon onnistuminen vaatii oikean diagnoosin tekemistä varhaisessa vaiheessa, lisäksi palveluiden saatavuutta ja integroitumista on edistettävä.
Daley, D., Doreau, H., Greenfield, S., Griffin, M., Hennen, J., Kolodziej, M., Najavits, R. & Weiss, L., 2007, USA	verrata integroitua ryhmäterapien tehokkuutta tavalliseen päihdeneuvontaan	yli 18-vuotiaat kaksisuuntaistamielialahäiriötä sairastavat, joilla samanaikaista päihdeiden käyttöä. 31 osallistui ryhmäterapiaan, 31 päihdeneuvontaan	satunnaistutkimus	Integroituun ryhmäterapiaan osallistuvien päihdeiden käyttö väheni terapian aikana ja sen jälkeisessä seurannassa enemmän kuin päihdeneuvontaa saavien ryhmässä. Ryhmäterapiassa käyneiden potilaiden mania- ja masennusoireet kuitenkin olivat voimakkaampia. Päihdeiden käytön kannalta integroitu ryhmähoito on suositeltava tälle potilasryhmälle.
Bolton, J., Mota, N., Sareen, J. & Turner, S., 2018, Kanada	Tutkia itselääkinnän esiintyvyyttä kaksoisdiagnoosipotilailla, jotka kärsivät mieliala- ja/tai ahdistuneisuushäiriöistä	22 alkuperäistutkimusta vuosilta 1997-2018, joissa tutkittiin itselääkinnän esiintyvyyttä mieliala- ja ahdistuneisuushäiriöillä, joilla oli samanaikainen päihdehäiriö	narratiivinen katsaus	Itselääkinnän esiintyvyys alkoholilla ja/tai huumeilla vaihteli 21,9 %:sta 24,1 %:iin. Miessukupuoli, nuorempi ikä, irtisanominen sekä ero tai leskeksi jääminen nostivat itselääkinnän määrää.
Kaloia, G. & Parmar, A., 2018, Intia	Selvittää, 1. mitkä ovat todisteet sille, että persoonallisuushäiriö ja päihdehäiriö esiintyvät yleensä samanaikaisesti. 2. Onko käytävissä olevaa kirjallisuutta tämän komorbiditeetin etiopatogeneesistä? 3. Miten persoonallisuushäiriö vaikuttaa päihdehäiriön ennusteeseen ja 4. Mikä on paras näyttöön perustuva, saatavilla oleva hoitomuoto	alkuperäistutkimukset, jotka koskivat persoonallisuushäiriöitä ja samanaikaista päihdehäiriötä	narratiivinen katsaus	Kaikkiin tutkimuskysymyksiin on saatu vastauksia, niiden näyttö ei kuitenkaan ole vielä tarpeeksi vahvaa, jotta tutkimusten tuloksia voitaisiin yleistää maailmanlaajuisesti koko väestöön ja laatia maailmanlaajuiset hoitosuositukset.
Bermpohl, F., Kienast, T., Lieb, K. & Stoffers, J., 2014, Saksa	tutkia epävakaa persoonallisuushäiriön ja addiktion samanaikaisen esiintymisen epidemiologiaa ja hoitoa	satunnaistetut tutkimukset, jotka tutkivat epävakasta persoonallisuushäiriöstä kärsivä, joilla samanaikainen addiktio	katsausartikkeli	Lääkehoidon rajoittamisesta ei ole näyttöä. Vähäisestä näytöstä huolimatta voidaan suosittelä dialektista käyttäytymisterapiaa, skeematerapiaa sekä dynaamista dekonstruktivistista terapiaa näille potilaille.
Bowen, S., Roos, C. & Witkiewitz, K., 2017, USA	tutkia mindfulness-lähtöisten interventioiden tehokkuutta samanaikaisen päihdehäiriön ja masennuksen tai ahdistuksen hoidossa	286 osallistujaa, jotka jaettiin kolmeen ryhmään: mindfulness-lähtöinen interventio, kognitiivinen käyttäytymisterapia ja perinteinen hoitomalli	toissijainen data-analyysi	Mindfulness-lähtöinen interventio on tehokas, kun päihdehäiriö ja komorbidimasennus ovat vakavia, huomattavaa eroa hoitomallien välillä ei ollut, jos päihdehäiriö ja komorbidimasennus olivat lieviä.

Barrowclough, C., Beardmore, R., Butler, R., Earnshaw, P., Eisner, E., Fitzsimons, M. & Nothard, S., 2012, USA	kehittää luotettava ja pätevä mittari arvioimaan MH-KKT*:n vaikeuttavuutta psykoosien ja päihdehäiriön hoidossa. *motivoivan haastattelun ja kognitiivisen käyttäytymisterapian integraatio	aineisto valittiin useista eri lähteistä, joissa MH-mittarit ja KKT-mittarit oli todettu päteviksi ja laadukkaiksi	laadullinen tutkimus	MH:n ja KKT:n integraatio on todettu tehokkaaksi hoitomuodoksi psykoosien ja päihdehäiriöiden hoidossa. Tutkimuksessa kehitetty mittari on hyödyllinen arvioimaan em. integroidun hoidon noudattamista.
Alphs, L., Bermak, J., Lynn Starr, H., Mao, L. & Rodrigues, S., 2018, USA	selvittää komorbidin päihdehäiriön vaikutuksia skitsofrenian lääkityksessä sekä verrata injektoitavan antipsykootin käyttöä oraaliseen antipsykoottiin	450 skitsofreenikkaa, joista 269:llä (60%) oli komorbidi päihdehäiriö ja 181 (40%) skitsofreenikkaa, joilla ei ollut komorbidia päihdehäiriötä. Päihdehäiriöisistä 130 potilasta sai oraalisen lääkkeen, 134 injektoitavan. Toisessa ryhmässä 96 saa oraalisen lääkkeen ja 84 injektoitavan	määrällinen tutkimus	Päihdehäiriöisillä lääkityksen epäonnistumista havaittiin 56,2 %:lla injektioita saaneista ja 64,2 %:lla oraalisen lääkkeen saaneista. Toisessa ryhmässä epäonnistumista havaittiin 36,5 %:lla injektioita saaneista ja 53,6 %:lla oraalisen lääkkeen saaneista. Molemmista ryhmistä ilmeni, että oraalisen lääkkeen epäonnistumisen riski oli suurempi kuin injektioita saavien lääkityksessä. Injektioita saavien vaikutukset heikentyvät komorbidista päihdehäiriön käytöstä, mikä tarkoittaa, että tätä potilasryhmää tulisi edelleen tutkia tarkemmin.
Gaudiano, B., Miller, I., Tezanos, K., Weinstock, L. & Wenzel, S., 2015, USA	tutkia integroidun hoito-ohjelman vaikuttavuutta kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla, joilla on myös päihdehäiriö	30 osastohoidossa olevaa, kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavaa, joilla samanlainen alkoholi- tai huumeongelma	kontrolloitu satunnaistutkimus	Integroituun hoito-ohjelmaan osallistuneet osoittivat huomattavasti nopeampaa ja parempaa toimintakykyä, masennuksen ja manian paranemista kuin ne, jotka eivät osallistuneet integroituun hoito-ohjelmaan.
Anderson, S., Shorey, R. & Stuart, G., 2014, USA	tutkia maladaptiivisten skeemojen yhteyttä epäsosiaalisen ja epävakaaan persoonallisuushäiriön ja päihteitä käyttävien miesten välillä	98:n miehen potilastiedot kesäkuusta lokakuulle 2011, joita hoidettiin hoitolaitoksessa, joka tarjosi 12-asteen ohjelmaan pohjautuvaa hoitoa, jossa keskityttiin lisäksi maladaptiivisiin skeemoihin	määrällinen tutkimus	Alkoholin käyttö liittyi usein huumeiden käyttöön ja huumeiden käyttö liittyi usein epäsosiaaliseen ja epävakaseen persoonallisuushäiriöön. Edellä mainitut häiriöt liittyivät olennaisesti viiteen skeemaan, joita tutkimuksessa tutkittiin: heikentynyt autonomia, rajattomuus, valppaus ja estottomuus

6 TULOSTEN TARKASTELU

Tässä kappaleessa tarkastellaan tähän opinnäytetyöhön käytettyjä tutkimuksia hoitotyön sekä asetettujen tutkimuskysymysten näkökulmasta. Hoitotyön yhtenäisimmäksi tutkimustulokseksi nousi useammasta tutkimuksesta integroitujen hoitomuotojen tehokkuus kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa.

6.1 Kaksoisdiagnoosiin liittyvät tutkimukset

Kaloija & Parmar (2018) tutkivat kaksoisdiagnoosia persoonallisuushäiriön näkökulmasta. He halusivat tutkimuksellaan selvittää persoonallisuushäiriön ja päihdehäiriön samanaikaisen esiintymisen yleisyyttä ja mikä on paras saatavilla oleva näyttöön perustuva hoitomuoto sekä löytyykö aiheesta näyttöön perustuvaa kirjallisuutta. Tutkimuskysymyksiin löydettiin satunnaisia vastauksia. Pienten otantojen vuoksi niiden näyttö ei kuitenkaan ole vielä niin vahvaa, jotta näitä tuloksia voitaisiin yleistää maailmanlaajuisesti. Myös Bermpohl ja kumppanit (2014) ovat tutkineet kaksoisdiagnoosia persoonallisuushäiriön näkökulmasta. Heidän tutkimuksestaan selvisi, että kaksoisdiagnoosia, jonka taustalla on persoonallisuushäiriö ei välttämättä tulisi hoitaa lääkkein väärinkäyttöriskin vuoksi, mutta lääkehoidon rajoittamisesta ei kuitenkaan ole tarpeeksi vahvaa näyttöä. Tutkimuksessa tehokkaaksi oli kuitenkin todettu lääkkeettömistä hoidoista dialektinen käyttäytymisterapia, skeematerapia, joka keskittyy molempiin häiriöihin sekä dynaaminen dekonstruktioivinen terapia. Bolton ja kumppanit (2018) tutkivat itselääkinnän esiintyvyyttä potilaille, joilla taustalla oli mielialaja/tai ahdistuneisuushäiriö. Mielenterveyshäiriön lisäksi miessukupuoli, ikä, ero sekä leskeksi ja työttömäksi jääminen nostivat itselääkinnän riskiä.

Anderson, Shorey ja Stuart (2014) mainitsevat omassa tutkimuksessaan useita aiempia tutkimuksia, joista käy ilmi, että varhaisessa vaiheessa kehittyneet maladaptiiviset skeemat ovat riskitekijänä persoonallisuushäiriöiden kehittymiseen sekä lisäksi myös päihdehäiriön kehittymiseen. Varsinaista tutkimusta näiden kahden häiriön yhteisestä riskitekijästä ei ole tehty, mutta tutkittaessa persoonallisuushäiriön yhteyttä päihteiden käyttöön metadonikorvaushoitopotilailla, huomattiin, että kaikilla potilailla yhteistä oli varhaisessa vaiheessa kehittyneet maladaptiiviset skeemat. Andersonin ja kumppaneiden omassa tutkimuksessa tutkittiin epäsosiaaliseen ja epävakaaseen persoonallisuushäiriöön liittyvien skeemojen yhteyttä päihteiden käyttöön. Tutkimuksesta selvisi, että alkoholiongelmia johti usein huumeongelmaan, jolla taas oli yhteys epäsosiaaliseen ja epävakaaseen persoonallisuushäiriöön. Näiden häiriöiden taustalta löytyi useampi maladaptiivinen skeema, jotka olivat samoja molemmissa häiriöissä.

Näitä skeemoja ovat heikentynyt autonomia, rajattomuus, valppaus sekä estottomuus.

6.2 Hoitoon liittyvät tutkimukset

Alphs kumppaneineen (2018) tutki päihdehäiriön vaikutusta skitsofrenian lääkehoitoon. Tutkimuksessa tutkittiin lääkehoidon laiminlyömistä pitkävaikutteisen injektio- ja oraalisen lääkehoidon välillä kahdessa ryhmässä, skitsofrenia komorbidin päihteiden käytön kanssa sekä skitsofrenia ilman päihteiden käyttöä. Molemmista ryhmistä havaittiin lääkehoidon laiminlyömistä, mutta enemmän lääkehoidon epäonnistumista tapahtui potilailla, joilla oli komorbidin päihdehäiriö. Tutkimuksessa voitiin myös osoittaa, että pitkävaikutteisen injektio- ja oraalisen lääkehoidon kanssa lääkehoito epäonnistui harvemmin kuin oraalisen lääkityksen kanssa. Tässä potilasryhmässä kaksoisdiagnoosi siis vaikuttaa lääkehoidon onnistumiseen.

Tässä opinnäytetyössä käytetyistä tutkimuksista useampi osoitti, että integroidut hoitomuodot ovat kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa tehokkaampia. Niiden toteuttaminen kuitenkin koetaan haastavaksi. Petersin (2010) tekemässä tutkimuksessa havaittiin, että integroidun hoidon tarjoaminen on haasteellista sen vuoksi, että hoitohenkilökunta kokee omat taitonsa ja taitonsa puutteellisiksi, jotta voisivat tehokkaasti hoitaa kaksoisdiagnoosipotilaan molempia häiriöitä. Tutkimuksesta kävi myös ilmi, että oikeanlaista hoitoa on vaikeaa tarjota, koska erotusdiagnoosi on haastavaa.

Daley ja kumppanit (2007) vertasivat tutkimuksessaan integroidun ryhmäterapien tehokkuutta kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla tavalliseen päihdeneuvontaan. Integroidussa ryhmäterapiassa käyneiden päihteiden käyttö väheni merkittävästi ryhmäterapian aikana ja sen jälkeisessä seurannassa verrattuna ryhmään, joka kävi tavallisessa päihdeneuvonnassa. Tutkimuksessa todettiin myös, että integroitua ryhmäterapiaa saaneiden masennus- ja maniaoireet olivat voimakkaampia kuin verrokkiryhmässä. Gaudianon ja kumppanien (2015) uudemmassa tutkimuksessa kuitenkin päästiin tulokseen, että integroitu hoito-ohjelma parantaa toimintakykyä, masennus- ja maniaoireita sekä vähentää päihteiden käyttöä tehokkaammin kuin tavanomainen hoito. Myös Barrowcloughin ja kumppanien (2012) tutkimuksessa tultiin siihen tulokseen, että integroidut hoitomuodot ovat tehokkaampia tavanomaisiin hoitomuotoihin verrattuna kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa.

Bowen, Roos ja Witkiewitz (2017) tutkivat myös integroitua hoitomuotoa, mindfulness-pohjaista interventiota ja sen tehokkuutta masennuksen ja/tai ahdistuneisuushäiriön hoidossa, kun siihen liittyy päihdehäiriö. Mindfulness-interventiota verrattiin tavanomaiseen psykososiaaliseen hoitomuotoon. Tutkimuksesta selvisi, että häiriöiden ollessa vakavia,

mindfulness-pohjainen interventio on tehokkaampi kuin perinteinen hoitomalli, mutta häiriöiden ollessa lieviä, hoitomallien välillä ei ollut merkittävää eroa.

6.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet

Huolimatta siitä, että kaksoisdiagnoosi on melko yleinen maailmanlaajuisesta, aiheesta on saatavilla melko vähän tutkittua, näyttöön perustuvaa, yhtenäistä tietoa. Tähän opinnäytetyöhön käytetyt tutkimukset osoittavat, että aihe vaatii paljon lisää tutkimusta sekä esimerkiksi erotusdiagnostisia kriteereitä, joiden avulla voidaan selvittää, kumpi häiriö oli ensin ja mikä hoitomuoto olisi tehokkain. Kaksoisdiagnoosipotilaille suunnattuja hoitomuotoja on kehitetty ja tutkittu, mutta niiden vaikuttavuutta ei voida täysin yleistää, eikä niiden perusteella voida luoda hoitosuosituksia maailmanlaajuisesti pienien otantojen ja yksittäisten tutkimusten perusteella. Eniten tutkittua ja yhtenäistä tietoa on saatavilla integroiduista hoitomuodoista, joissa yhdistyvät hoitomuodot, joita perinteisesti käytetään yksittäin joko päihdepotilaille tai mielenterveyspotilaille.

Jatkotutkimushaasteena voidaan esittää haaste suomalaiselle tutkimukselle. Hoitotyön näkökulmasta aiheesta ei ole saatavilla näyttöön perustuvaa tietoa, joka olisi suoraan sovellettavissa suomalaiseen väestöön.

Jatkotutkimushaasteina voidaan esittää esimerkiksi:

- hoitohenkilökunnan kokemukset kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidosta
- hoitohenkilökunnan valmiudet hoitaa kaksoisdiagnoosipotilaita
- hoitohenkilökunnan valmiudet toteuttaa integroitua hoitoa
- integraation merkitys kaksoisdiagnoosipotilaan hoidossa

7 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena on ollut alusta saakka kerätä tietoa kaksoisdiagnoosipotilaan hoidosta psykiatrisella osastolla ja koota aiheesta kuvaileva kokonaisuus psykiatrisen osaston hoitohenkilöstön käyttöön. Mielestäni tarkoitus on hyvin säilynyt mielessä läpi opinnäytetyöprosessin ja se näkyy lopputuloksessa, vaikka monet tässä opinnäytetyössä esitellyt hoitokeinot ovat mahdollisia käytettäväksi myös avohuollon palveluissa. Tavoitteena oli koota selkeä kokonaisuus, jota moniammatillinen työryhmä sekä alan opiskelijat voivat hyödyntää työskennellessään kaksoisdiagnoosipotilaiden parissa. Lisäksi tavoitteena oli vastata tutkimuskysymyksiin ja lisätä omaa asiantuntijuutta aiheesta sekä kehittyä ammatillisesti.

Tavoite on tarkentunut opinnäytetyöprosessin aikana useammankin keran, mutta alkuperäisenä tavoitteena oli kuitenkin koota selkeä koko-

naisuus aiheesta yksiin kansiin ja tämän tavoitteen olen mielestäni onnistunut työssä saavuttamaan. Lisäksi tavoitteena oli oman asiantuntijuuden ja ammatillisuuden kehittyminen, joissa olen kehittynyt tämän prosessin aikana huomattavasti. Hyviä esimerkkejä ammatillisesta kehittymisestä ovat näyttöön perustuvan tiedon hankinnassa ja lähdekriittisyydessä kehittyminen sekä kokonaisuuden luominen, joka on työelämälähtöinen.

7.1 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa luotettavuuden kannalta keskeistä on selkeästi esitelty ja teorialla perusteltu tutkimuskysymys. Eettisyys tulee ilmi valitun näkökulman huolellisessa valinnassa sekä raportoinnin oikeudenmukaisuudessa, rehellisyydessä ja tasavertaisuudessa. Luotettavuuden arvioinnille keskeistä on aineiston valinnan perustelut. Luotettavuutta heikentävät vajaat perustelut aineiston valinnasta. (Aho, 2013, ss. 297-298)

Tutkimuskysymykset muodostuivat työn tilaajan esittämästä tarpeesta ja lopulliseen muotoonsa ne tarkentuivat aineiston valinnan vaiheessa, kun työn teoriapohja alkoi muodostua. Opinnäytetyön näkökulmaksi on valittu kaksoisdiagnoosipotilaan hoitotyö osastolla, avopalveluissa tarjottava hoito on rajattu aiheen ulkopuolelle. Opinnäytetyön luotettavuutta on lisätty esittelemällä tiedonhaun prosessi sekä opinnäytetyöhön käytetyt tutkimukset tarkasti. Aineiston valinnassa on käytetty kriteereitä (taulukko 1.), joiden perusteella käytetty aineisto on valittu. Aineiston valinnan ja kuvailun rakentamisen vaiheessa aineiston ikä-kriteeristä on jouduttu hiekan joustamaan, jotta teoriaa on saatu täydennettyä.

Hyvän tutkimuksen etiikkaan kuuluu tutkimuskysymysten kritisointi siinä vaiheessa, kun tutkimuksen tulokset ovat selvillä. Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä oli ”Mitkä ovat kaksoisdiagnoosipotilaan erityispiirteet?”. Käytetyistä tutkimuksista kysymykseen ei varsinaista vastausta saatu, mutta sen sijaan käytetyt artikkelit on valittu niin, että ne vastaavat tutkimuskysymykseen. Jälkikäteen tarkasteltuna tätä tutkimuskysymystä, voidaan huomata, että se olisi voinut olla tarkempi tai eri tavalla muotoiltu, jotta aiheen rajaus olisi ollut selkeämpää ja juuri tähän tutkimuskysymykseen olisi mahdollisesti löytynyt selkeämpi ja monipuolisempi vastaus tutkimuksista.

Toisena tutkimuskysymyksenä oli ”Mitkä ovat kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon erityispiirteet?”. Tähän opinnäytetyöhön käytetyistä tutkimuksista löytyi yhtenäinen, selkeä ja melko merkittävä vastaus esitettyyn tutkimuskysymykseen. Molempia häiriöitä voidaan siis hoitaa perinteisillä hoitomuodoilla, joko yhdessä tai erikseen. On kuitenkin usean tutkimuksen kautta selvää, että kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon erityispiirteenä on lääkkeettömän hoidon tehostuminen, kun kaksi perintäistä hoitomuotoa integroidaan yhteen.

Kuvailu on rakennettu usean lähteen pohjalta, jotta sen luotettavuus on parempi. Kuvailusta on jätetty pois esimerkiksi ne hoitomenetelmät, joista ei ole saatavilla tai tehty kuin yksi tutkimus. Aineiston luotettavuutta lisää se, että samat asiat ovat tulleet esille useammasta kuin yhdestä lähteestä. Aineistona on käytetty pääosin kansainvälisiä tutkimuksia ja artikkeleita. Kuvailu on rakennettu omin sanoin ja työssä on nähtävillä tiedonhaun prosessi, käytetyt tutkimukset, lähdeviittaukset sekä lähdeluettelo. Opinnäytetyön luotettavuutta lisäävät myös Hämeen ammattikorkeakoulun tarjoamat työpajat, joista opiskelijat saavat apua ja neuvoja opinnäytetyön tekemiseen. Tässä opinnäytetyössä käytin hyödykseni HAMK:n informaation tiedonhaun työpajoja, laadullisen tutkimusmenetelmän työpajaa sekä osallistuin säännöllisesti omaan opinnäytetyöpiiriini palautteen ja korjaus-ehdotuksien saamiseksi.

7.2 Ammatillinen kehittyminen

Aloittaessani opinnäytetyöprosessia tiesin aiheesta jonkin verran, mutta aiheen tutkiminen ja tutkimuksen tekeminen olivat minulle täysin vieraita. Olen kehittynyt erityisesti tiedon hakijana tämän opinnäytetyöprosessin aikana, koskien tietoa aiheeseen liittyen sekä tietoa hoitotyön tutkimuksista. Ammatillinen kehittyminen näkyy myös kirjoittamani tekstin selkeydessä ja siinä, miten olen asiat tässä työssä esittänyt. Ensimmäisessä opinnäytetyöversiossa ei ollut näkyvillä hoitotyön tai sairaanhoitajan näkökulmaa, jotka ovat selkiytyneet itselleni entisestään tämän prosessin myötä ja sen olen pyrkinyt tuomaan myös esille tässä opinnäytetyössä.

Tämän opinnäytetyöprosessin viimeiset kaksi kuukautta työskentelin opiskelijana erilaisilla psykiatrian osastoilla sekä psykiatrian kuntoutusosastolla, jolloin olen pystynyt tuomaan opinnäytetyöprosessin aikana oppimiani asioita myös käytäntöön sekä pystynyt pohtimaan kaksoisdiagnoosipotilaan hoitotyötä käytännössä. Olen myös tämän prosessin aikana oivaltanut kunnolla aikaisemmin oppimiani asioita, joiden uskon näkyvän ammatillisessa kehittämisessäni.

7.3 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyöprosessi käynnistyi tutkimusmenetelmän valinnalla ja tutkimuskysymyksen muodostamisella sekä aiheeseen tutustumisella syyskuussa 2018. Tilaajan toiveina olivat kirjallisuuskatsaus ja kaksoisdiagnoosipotilaan hoito psykiatrisella osastolla. Tutustuttuani aiheeseen, valitsin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tutkimusmenetelmäksi ja tutkimuskysymykseksi muodostui ”Mitkä ovat kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon erityispiirteet?” Lokakuussa 2018 aloitin aineiston keruun, joka jatkui joulukuuhun asti. Tammikuussa 2019 aloitin tarkemman aineiston valinnan sekä kuvailun rakentamisen. Helmikuussa opinnäytetyön teoriaosuus alkoi olla lopullisessa muodossaan, mutta aiheeseen liittyvät tutkimukset puuttuivat.

Maaliskuussa jatkoin aineiston keruuta ja sen edetessä koin tarpeelliseksi kuvata myös kaksoisdiagnoosipotilaan erityispiirteet, jolloin tutkimuskysymyksiä muodostui kaksi: ”Mitkä ovat kaksoisdiagnoosipotilaan erityispiirteet?” ja ”Mitkä ovat kaksoisdiagnoosipotilaan hoidon erityispiirteet?”. Huhtikuun alkupuolella aloin löytää aiheeseen liittyviä tutkimuksia ja opinnäytetyö alkoi edetä vauhdikkaammin kohti lopputulostaan. Vuodenvaihteessa asetin tavoitteeksi, että pidän väliseminaarin huhti-/toukokuussa 2019 ja työn esittelen tilaajalle toukokuussa. Opinnäytetyö valmistui ja esiteltiin tilaajalle toukokuussa 2019.

LÄHTEET

Aalto, M. (2018). Kaksoisdiagnoosi. *Lääkärin käsikirja* 13.6.2018. Haettu 15.10.2018 osoitteesta <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/ykt01412?search=kaksoisdiagnoosi>

Aalto, M. (2008). Tehoa kaksoisdiagnoosien hoitoon. *Kansanterveys* 4/2008, ss. 7–8. Haettu 05.12.2018 osoitteesta <http://www.julkari.fi/handle/10024/102164>

Aalto, M. (2007). Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö – kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste. *Aikakauskirja Duodecim* 11/2007. Haettu 15.10.2018 osoitteesta <https://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2007/11/duo96517>

Aalto, M. & Vormaa, H. (2013). Erikoissairaanhoidon päihdepsykiatria etenee kohti tarkempaa erotusdiagnoosiikkaa. *Aikakauskirja Duodecim* 19/2013. Haettu 06.11.2018 osoitteesta <https://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2013/19/duo11264>

Aalto, M. & Alho, H. (2013). Alkoholiriippuvuuden lääkehoito muun hoidon tukena. *Suomen lääkärilehti* 25-32/2013. Haettu 18.12.2018 Medicietokannasta <https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.hamk.fi/pdf/2013/SLL252013-1899.pdf>

Addington, D. & Crockford, D. (2017). Schizophrenia and other psychotic disorders with coexisting substance use disorders. *Canadian Journal of Psychiatry* 2017, Vol. 62(9) 624–634.

Ahonen, S-M., Jääskeläinen, P., Kangasniemi, M., Liikanen, E., Pietilä, A-M. & Utriainen, K. (2013). Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (2013) 4, ss. 291–301. Haettu 31.10.2018 osoitteesta <http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1614408>

Alphs, L., Bermak, J., Lynn Starr, H., Mao, L. & Rodrigues, S. (2018). Comparison of long-acting and oral antipsychotic treatment effects in patients with schizophrenia, comorbid substance abuse, and a history of recent incarceration: An exploratory analysis of the PRIDE study. *Schizophrenia Research* 2018 Apr; 194:39-4. Haettu 21.4.2019 PubMed-tietokannasta <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28601497>

Anderson, S., Shorey, R. & Stuart, G. (2014). The relation between antisocial and borderline personality symptoms and early maladaptive schemas in a treatment seeking sample of male substance users. *Clin Psychol Psychother.* 2014 Jul-Aug;21(4):341–51. Haettu PubMed-tietokannasta 7.5.2019 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23650153>

Axelin, A., Stolt, M. & Suhonen, R. (2015). *Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä*. Turku: Juvenes Print

Baker, A., Kay-Lambkin, F. & Lewin, T. (2007). Steps towards better treatment. Teoksessa A. Baker & R. Velleman (toim.) *Clinical handbook of co-existing mental health and drug and alcohol problems*. Lontoo: Routledge

Barrowclough, C., Beardmore, R., Butler, R., Earnshaw, P., Eisner, E., Fitzsimmons, M. & Nothard, S. (2012). Assessing fidelity to integrated motivational interviewing and CBT therapy for psychosis and substance use: the MI-CBT fidelity scale (MI-CTS). *Journal of Mental Health* Vol. 21, 2012. Haettu 20.4.2019 Cinahl-tietokannasta

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/09638237.2011.621470?journalCode=ijmh20>

Berpohl, F., Kienast, T., Lieb, K. & Stoffer, J. (2014). Borderline personality disorder and comorbid addiction. *Deutsches Ärzteblatt International* 2014 Apr; 18. Haettu 21.3.2019 PubMed-tietokannasta

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4010862/>

Bolton, J., Mota, N., Sareen, J. & Turner, S. (2018). Self-medication with alcohol or drugs for mood and anxiety disorders: A narrative review of the epidemiological literature. *Depress Anxiety* 2018 Sep;35(9): 851–860. Haettu 30.01.2019 PubMed-tietokannasta

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6175215/>

Booth, M., Colaiaco, B., Grant, S., Hempel, S., Motala, A., Shanman, R. & Sorbero, M. (2017). Mindfulness-based Relapse Prevention for Substance Use Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Addict Med*. 2017 Sep/Oct;11(5):386–396. Haettu 28.4.2019 PubMed-tietokannasta

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28727663>

Bowen, S., Roos, C. & Witkiewitz, K. (2017). Baseline Patterns of Substance Use Disorder Severity and Depression and Anxiety Symptoms Moderate the Efficacy of Mindfulness-Based Relapse Prevention. *J Consult Clin Psychol* 2017 Nov; 85(11): 1041–1051. Haettu 21.3.2019 PubMed-tietokannasta

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5679292/>

Chand, S. & Huecker, M. (2019). Cognitive Behavior Therapy (CBT). *StatPearls Publishing*; 2019 Jan 19. Haettu 20.03.2019 PubMed-tietokannasta

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29261869>

Chengsen, H., Ping, Y., Rui, T., Shen, L., Ying, W. & Xiaochu, Z. (2018). The Risk Factors of the Alcohol Use Disorders—Through Review of Its Comorbidities. *Front Neurosci*. 2018; 12: 303. Haettu 20.03.2019 PubMed-tietokannasta

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5958183/>

Daley, D., Doreau, H., Greenfield, S., Griffin, M., Hen-nen, J., Kolodziej, M., Najavits, R. & Weiss, L. (2007). A randomized trial of integrated group therapy versus group drug counseling for patients with bipolar disorder and substance dependence. *The American Journal of Psychiatry* 2007 Jan;164(1):100-7. Haettu 29.4.2019 osoitteesta

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=A+randomized+trial+of+integrated+group+therapy+versus+group+drug+counseling+for+patients+with+bipolar+disorder+and+substance+dependence>

Desbordes, G., Greenberg, J., de Jong, M., Pedrelli, P. & Shapero, B. (2018). Mindfulness-based interventions in psychiatry. *Focus (Am Psychiatr Publ)*. 2018 Winter; 16(1): 32–39. Haettu 24.5.2019 osoitteesta

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5870875/>

Dimeff, L. & Linehan, M. (2008). Dialectical Behavior Therapy for Substance Abusers. *Addict Sci Clin Pract*. 2008 Jun; 4(2): 39–47. Haettu 24.4.2019 PubMed-tietokannasta

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2797106/>

Dixon, L. (1999). Dual diagnosis of substance abuse in schizophrenia: prevalence and impact on outcomes. *Schizophrenia Research* Vol. 35, Supplement 1; 1 March 1999, ss. 93–100. Haettu 15.03.2019 osoitteesta

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996498001613>

Fong, C., Magura, S., Matusow, H., Moore, T., Rosenblum, A., Uttaro, T. & Vogel, H. (2014). Efficacy of dual focus mutual aid for persons with mental illness and substance misuse. *Drug & Alcohol Dependence* Feb2014; 135 (1), ss. 78–87. Haettu Cinahl-tietokannasta 19.12.2018

<http://dx.doi.org.ezproxy.hamk.fi/10.1016/j.drugalcdep.2013.11.012>

Gaudiano, B., Miller, I., Tezanos, K., Weinstock, L. & Wenze, S. (2015). Adjunctive Psychosocial Intervention Following Hospital Discharge for Patients with Bipolar Disorder and Comorbid Substance Use: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Psychiatry Res*. 2015 Aug 30; 228(3): 516–525. Haettu PubMed-tietokannasta 1.5.2019

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4532639/>

Glanville, J., Godfrey, C., Hewitt, C., Martyn-St James, M., Neilson, M., Perry, A. & Woodhouse, R. (2015). Interventions for drug-using offenders with co-occurring mental illness. *Cochrane Library*. Haettu 06.11.2018 osoitteesta

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010901.pub2/full#CD010901-sec1-0002>

Gordon, A. (2008). Comorbidity of mental disorders and substance use: A brief guide for the primary care clinician. *Drug and alcohol services South Australia*.

Huttunen, M. (2017). Alkoholiriippuvuus (alkoholismi). *Lääkärikirja Duodecim*. Haettu 23.10.2018 osoitteesta https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00196

Isohanni, M., Koponen, H. & Moilanen, K. (2003). Skitsofrenian yhteydessä esiintyvät muut psykiatriset häiriöt. *Aikakauskirja Duodecim* 2003, vol. 119 no. 1. Haettu 17.3.2019 Medic-tietokannasta <https://www-terveysportti-fi.ezproxy.hamk.fi/xmedia/duo/duo93359.pdf>

Kaloiya, G. & Parmar, A. (2018). Comorbidity of Personality Disorder among Substance Use Disorder Patients: A Narrative Review. *Indian Journal of Psychological Medicine* 2018 Nov-Dec; 40(6): 517–527. Haettu 19.3.2019 PubMed-tietokannasta <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6241194/>

KAMK (n.d). Tutkimuksen – Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite. Haettu 7.5.2019 osoitteesta <https://www.kamk.fi/fi/opari/Opinnayte-tyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Tavoite-ja-tarkoitus>

Kampman, O. & Lassila, A. (2007). Samanaikaisen mielenterveys- ja päihdeongelman hoitoon on kehitetty integroitu arviointimalli. *Suomen lääkärilehti* 2007;62(47):4447–4451. Haettu 15.10.2018 osoitteesta <https://www.terveysportti.fi/apps/ltk/sll29256?search=kaksoisdiagnoosi>

Kampman, O. & Leinonen, E. (2010). Kaksisuuntaisen mielialahäiriön monihäiriöisyys. *Aikakauskirja Duodecim* 15/2010. Haettu 05.12.2018 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2010/15/duo98981>

Koski-Jännes, A., Lahti, J. & Rakkolainen, M. (2013). Motivoiva haastattelu kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa. *Aikakauskirja Duodecim* 19/2013. Haettu 26.11.2018 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/duo11266>

Kylmänen, P. (2017). Päihde- ja mielenterveysongelmien samanaikainen esiintyminen. *Sairaanhoitajan käsikirja*. Haettu 05.11.2018 Ezproxy-tietokannasta http://www.terveysportti.fi.ezproxy.hamk.fi/dtk/shk/koti?p_artikkeli=shk04050&p_haku=kannabis

Naar, S. & Safren, S. (2017). Integrating motivational interviewing and cognitive-behavioral therapy. *Motivional interviewing and CBT: Combining strategies for maximum effectiveness*. Haettu 24.5.2019 osoitteesta <https://www.guilford.com/excerpts/naar2.pdf?t>

Niemelä, S. (2013). Päihdepsykiatrisen potilaan lääkehoito. *Aikakauskirja Duodecim* 19/2013. Haettu 26.11.2018 osoitteesta <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/2013/19/duo11262>

Oksanen, J. (2013). Kaksisuuntaisen mielialahäiriön ja päihdeongelman integroitu psykososiaalinen hoito. *Käypä hoito Duodecim*. Haettu

25.9.2019 osoitteesta <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak06551>

Peters, Z. (2010). Substance misuse and mental health. *Mental Health Today*. Haettu 14.10.2018 Cinahl-tietokannasta <http://search.ebscohost.com.ezproxy.hamk.fi/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=105137263&site=ehost-live>

Skeematerapia (n.d). Tervetuloa Skeematerapia-sivuille. Haettu 7.5.2019 osoitteesta <https://www.skeematerapia.fi/>

THL. (2018). Päihdehuollon huumeasiakkaat 2017: Tilastot kuvina. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Haettu 23.10.2018 osoitteesta <https://www.slideshare.net/THLfi/pihdehuollon-huumeasiakkaat-2017-tilasto>

Verne (n.d). Tiedon analysointi. Haettu 01.03.2019 osoitteesta <https://www.tut.fi/verne/tutkimusmenetelmat/tiedon-analysointi/>