

Opinnäytetyö (AMK)

Sosionomi AMK

2024

Daniela Saxell & Ossi Rantala

Toipumisorientoituneen  
riippuvuuskuntoutuksen vaikutus  
asiakkaan kokemiin  
masennusoireisiin

– Tutkimuksellinen opinnäytetyö



Opinnäytetyö (AMK) | Tiivistelmä

Turun ammattikorkeakoulu

Sosiaalialan koulutusohjelma (Aikuistyö)

2024 | 46 sivua + 2 sivua liitteitä

Daniela Saxell & Ossi Rantala

## Toipumisorientoituneen riippuvuuskuntoutuksen vaikutus asiakkaan kokemiin masennusoireisiin

- Tutkimuksellinen opinnäytetyö

Opinnäytetyö vastaa tutkimuskysymykseen ”missä määrin asiakkaat ovat kokeneet toipumisorientoituneen riippuvuuskuntoutuksen vaikuttaneen heidän kokemiinsa masennusoireisiin?” Kysymys heräsi päihdekuntoutuskeskus Rehab365:n henkilökunnalla heidän havaitessaan asiakkaiden mielialan kohonneen kuntoutuksen aikana. Vähäisen tutkimustiedon vuoksi Rehab365 päätti tilata tutkimuksen aiheesta, jossa aineistona käytettäisiin validoidun kyselyn (BDI II) tuloksia asian arvioimiseksi. Varsinaisen tutkimuskysymyksen lisäksi tutkimuksessa on tarkasteltu kuntoutukseen hakeutumisen ajankohtaa.

Tutkimusaineiston analysointi aloitettiin tammikuussa 2023, jolloin Rehab365 oli saanut kerättyä vuoden 2022 ajan asiakkailtaan BDI – kyselyn vastauksia. Kyselylomake oli annettu asiakkaille täytettäväksi kuntoutuksen alkaessa ja sen päättyessä suunnitellusti. Tutkimuksessa käytettyä aineistoa saatiin yhteensä 51 (n51) asiakkaalta. Prosessi aloitettiin keräämällä tulokset yhdessä Rehab365:n kanssa heidän asiakastietojärjestelmästä. Materiaalin ollessa kohtuullisen pieni päädyttiin käyttämään kokonaisotantaa. Aineisto jaettiin tilastollisella analyysillä ikäluokkiin sukupuolittain.

Tutkimuksen tulokset nojaavat laajempaan tutkimusnäyttöön esimerkiksi sen osalta, että naisilla todettiin olevan (4,6 pistettä, 19,3%) korkeammat pisteet BDI – kyselyssä, kuin miehillä kuntoutuksen alkaessa. Sukupuolien välinen ero kuntoutuksen vaikutuksesta asiakkaan kokemiin masennusoireisiin oli tämän tutkimuksen perusteella 1,4 pistettä. (N11,2 ja M12,6 pistettä.)

Asiasanat:

Toipumisorientaatio, kuntoutus, riippuvuudet, masennus.

Bachelor's Thesis| Abstract

Turku University of Applied Sciences

Degree programme in Social Services (Adult Education)

2024 | 46 pages + 2 pages in attachments

Daniela Saxell & Ossi Rantala

## The effect of recovery focused addiction rehabilitation on the depression symptoms experienced by the client

- Research thesis

This thesis answers the research question, how have clients felt that recovery-oriented addiction rehabilitation has affected their depressive symptoms? The question arose for the staff of the substance abuse rehabilitation center Rehab365 when they saw the mood of the clients increased during the rehabilitation. Due to the lack of research information, Rehab365 decided to commission a study on the subject, which would use a reliable questionnaire (BDI II) to assess the issue. In addition to the actual research question, the study has examined the timing of applying for rehabilitation.

The work started in January 2023, when Rehab365 had been able to collect BDI results from its customers for 2022 – results when the rehabilitation started and when it ended as planned. The results used for the study were obtained from a total of 51 (n51) customers. The process started by collecting the results together with Rehab365 from their customer information system. As the material was reasonably small, it was decided to use the overall sample. The data was divided by statistical analysis into age groups by gender.

The results of the study are based on broader research evidence, for example, in that women were found to have (4.6 points, 19.3%) higher scores on the BDI questionnaire than men at the start of rehabilitation. Based on this study, the difference between the sexes in the effect of rehabilitation on the depressive symptoms experienced by the client was 1.4 points. (N11.2 and M12.6 points.)

Keywords:

Substance abuse treatment, addictions, depression, BDI, recovery focused

# Sisältö

<b>1 Johdanto</b>	<b>6</b>
<b>2 Tutkimuksen taustalähtökohdat</b>	<b>8</b>
<b>3 Riippuvuudet ja taustateoria</b>	<b>10</b>
3.1 Huumausaineriippuvuus	12
3.2 Alkoholiriippuvuus / alkoholismi	14
3.3 Lääkeaineriippuvuus	16
3.4 Rahapeliriippuvuus	17
<b>4 Masennus, hoitomenetelmät ja yhteys päihteiden käyttöön</b>	<b>20</b>
4.1 Masennuksen hoitomenetelmät	21
4.2 Päihteidenkäytön yhteys masennukseen	22
<b>5 Toipumisorientaatio</b>	<b>25</b>
<b>6 Aineisto ja menetelmät</b>	<b>28</b>
6.1 Tavoitteet	29
6.2 Beckin depressioasteikko – BDI	30
6.3 Luotettavuus ja eettisyys	31
<b>7 Tulokset</b>	<b>34</b>
<b>8 Johtopäätökset</b>	<b>38</b>
8.1 Tulosten julkaisu ja levittäminen	39
8.2 Yhteenvedo	40
<b>Lähteet</b>	<b>45</b>

## Liitteet

Liite 1. BDI – testi.

Liite 2. BDI – testi.

## **Kuvat**

Kuva 1. Beckin depressioasteikon tulkinta.	31
--	----

## **Taulukot**

Taulukko 1. Asiakkaiden iällinen jakauma suhteessa kuntoutuksen aloittamiseen.	34
Taulukko 2. Oireiden keskimääräinen vähentyminen.	35
Taulukko 4. Naisten tulo -ja lähtötilanne.	36
Taulukko 5. Miesten tulo- ja lähtötilanne.	36

# 1 Johdanto

Naantalın Rymättylässä sijaitseva päihdekuntoutuslaitos Rehab365 tuottaa riippuvuuskuntoutusta täysi-ikäisille kuntoutujille. Kuntoutukseen ohjautuu asiakkaita hyvinvointialueiden maksusitoumuksilla sekä itsemaksavina. Vuodesta 2021 myös rikosseuraamuslaitos on sijoittanut kuntoutuslaitokseen lyhytaikais- ja sakkovankeja suorittamaan tuomiotaan päihdekuntoutuksena. Kuntoutuksessa keskitytään huumaus-, lääkeaine-, alkoholi- ja peliriippuvuuksien hoitoon. Kuntoutus kestää yleisimmin noin kuukauden, mutta joissain tilanteissa myös tätä pidemmät hoitajakset ovat mahdollisia. Pitempien kuntoutusjaksojen taustalla on yleisimmin pitkä vieroittautumisaika, sosiaalisen tilanteen epävarmuus (asunnottomuus) tai rikosseuraamuslaitoksen asiakkailla tuomion kesto.

Toipumisorientoituneella riippuvuuskuntoutuksella tarkoitetaan päihteettömään elämäntapaan tähtäävää kuntoutusmallia, jonka keskiössä on kemiallisen riippuvuuden ymmärtäminen, toipumisen mahdollistava ympäristö, jossa yksilö kykenee tuntemaan osallisuutta, merkityksellisyyttä ja vertaistukea. Kuntoutuksen aikana asiakas käy läpi hyvin henkilökohtaisen prosessin, jossa hän kohtaa oman käyttäytymisensä luonteen ja sen seuraukset. Kuntoutuksessa opitaan tuntemaan riippuvuus sairautena sekä sen vaikutus yksilössä. Myös läheiset otetaan mukaan hoitoprosessiin ja heidät kohdataan koulutetun työntekijän ohjaamana.

Rehab365:n toiminnan käynnistyttyä työntekijät havaitsivat kuntoutusjakson aikana merkittäviä positiivisia muutoksia asiakkaiden psyykkisessä hyvinvoinnissa ja ryhtyivät kartoittamaan, kuinka muutos olisi todennettavissa käyttämällä helppokäyttöistä ja yleisesti käytettyä masennuksen tilaa kuvaavaa testiä. Käytettäväksi työkaluksi valikoitui BDI (Beckin depressioasteikko) –testi, joka asiakas pyydettiin täyttämään hänen aloittaessa kuntoutuksen sekä uudelleen kuntoutuksen päättyessä suunnitellusti.

Opinnäytetyön tarkoituksena on tarkastella asiakkailla teetettyjen testien tuloksia ja pyrkiä muodostamaan kokonais käsitystä siitä, eroaako iältään ja

sukupuoleltaan erilaisten ihmisten kokemukset toisistaan. Opinnäytetyössä käsitellään erilaisia riippuvuuksia teoriatasolla sekä niiden ilmenemismuotoja ja vaikutuksia yksilöön. Opinnäytetyössä tarkastellaan myös masennuksen teoriataustaa sekä masennuksen yhteyttä eri riippuvuuksiin.

***Opinnäytetyö vastaa kysymykseen “kuinka toipumisorientoitunut riippuvuuskuntoutus vaikuttaa asiakkaan kokemiin masennusoireisiin?”  
Opinnäytetyö on tutkimuspainotteinen.***

## 2 Tutkimuksen taustalähtökohdat

Rehab365 kuntoutuslaitoksen kuntoutuspäällikkö Juha Lantz (2021) kehitti Humanistisen ammattikorkeakoulun opinnäytetyönään hoidontarpeen arviointia, jotta asiakkaan akuutit ongelmat ja hoidon tarve saataisiin kartoitettua mahdollisimman tarkasti ja asiakkaan hoitosuunnitelman mukainen kehitys todennettua myös myöhemmässä vaiheessa. Tässä yhteydessä hoitolaitoksen käyttämään 6 dimension arvioitmalliin lisättiin kokonaisvaltaisemman tilannearvioinnin tueksi itsetunto-, mieliala- ja peliriippuvuustestit, joista BDI – kyselylomake vakiintui käytettäväksi aina arviointijakson yhteydessä. Käytettävät testit ja mittarit tuottavat hoidon sisällön suunnittelijalle lisäinformaatiota asiakkaan tilasta sekä auttavat myös asiakasta itseään ymmärtämään ongelmien vakavuutta. Testien uusiminen hoidon edetessä auttaa seuraamaan hoidon vaikuttavuuden kehitystä, ja ne ovat tärkeä osa hoidon tuloksellisuuden arvioimista. (Lantz 2021, 52.)

BDI-kyselyn käyttöön ottamisen jälkeen päihdekuntoutuslaitos Rehab365:ssä havaittiin testitulosten perusteella asiakkaiden kokemien masennusoireiden merkittävää helpottamista kuukauden kuntoutusjakson aikana. Testi teetettiin asiakkailta heidän aloittaessaan kuntoutusjakson ja tutkimusaineiston keräämiseksi aloitettiin vuoden 2022 alussa testin teettäminen myös kuntoutuksen päättyessä. Havaitusta, huomattavasta muutoksesta syntyi kysymys riippuvuuskuntoutuksen vaikuttavuudesta asiakkaiden kokemuksiin masennusoireisiin. (Rehab365 2022.)

Suomalais-Amerikkalaisessa kaksoistutkimuksessa havaittiin teini-iässä todetun masennuksen ennustavan säännöllistä humalajuomista, tupakointia sekä huumeiden ja nuuskan käyttöä. Riippumatta perimästä, lapsuudenaikaisista kokemuksista tai perheen toimeentulosta, masennuksen ja päihteidenkäytön yhteys on todettavissa. (Sihvola ym. 2008.; Lääkärilehti 2008.)

Elina Sihvolan tutkimuksessa (2010), osana kaksosten kehitys- ja terveystutkimusta tarkasteltiin varhaista masennusta ja siihen liittyviä tai sen yhteydessä esiintyviä mielenterveyden häiriöitä ja päihteiden käyttöä.

Tutkimuksessa seurattiin kaikkia vuosina 1983-1987 Suomessa syntyneitä kaksosia ikävuosina 12, 14, 17.5 ja 20-24. Tulokset perustuivat henkilökohtaisiin haastatteluihin ja seurantakyselyihin. Tutkimuksen mukaan myös lievemät masennustilat altistavat mm. Päihteidenkäytön merkittäväälle lisääntymiselle ja tällä on mahdollisesti myös huomattava kansanterveydellinen merkitys. (Sihvola 2010, 32-35.; Lääkärilehti 2010.)

### 3 Riippuvuudet ja taustateoria

Tässä opinnäytetyössä käsittelemme riippuvuuksista vain Rehab365:n hoito-ohjelmassa työstettäviä peli- ja päihderiippuvuuksia. Kuitenkin riippuvuus on laaja käsite, josta löytyy paljon kirjallisuutta, ja aihetta on tutkittu laajasti.

Mielenterveyden keskusliitto (2024) kuvailee riippuvuuden voivan syntyä mihin tahansa aineeseen tai toimintaan, joka tuottaa hetken mielihyvän, mutta pitkään jatkuessaan aiheuttaa haittoja yksilölle ja tämän läheisille. Riippuvaiseksi voi esimerkiksi tulla päihteisiin, raha- tai digipeleihin, pornografiaan tai syömiseen. (Hallitsevatko riippuvuudet elämäsi: Mielenterveyden keskusliitto, 2024.)

Suomessa on tutkittu alkoholiin liittyviä aiheita yhteiskunnallisesti pitkään. Muuten riippuvuuksien tutkimustieto Suomessa on vähäistä. Tehtyjen tutkimuksien alue on Suomessa ja etenkin kansainvälisesti kohdistunut biolääketieteeseen. Lääketieteellinen viitekehys tarkastelee addiktiota sairautena ja tällöin erityisen tarkastelun alla on ollut riippuvuuden syntymekanismeihin liittyvät seikat. Käsite riippuvuudesta on vahvasti medikalisoitunut, joka on jättänyt sen yhteiskunnallisen suhteen ja merkityksen vähemmälle huomiolle. (THL 2022).

Riippuvuuksien ajatellaan yleisesti liittyvän päihteisiin, mutta useat tutkimukset osoittavat, että riippuvuus voi aineen lisäksi kohdistua myös toimintaan. Pikkuhiljaa keskusteluun addiktioista on tuotu myös toiminnalliset riippuvuudet, joista tunnetuimpia ovat peli-, seksi- ja ostoriippuvuus. Toiminnalliset riippuvuudet on hyväksytty riippuvuusluokitukseen Amerikan psykiatriayhdistyksessä. Toki tähän kategoriaan on toistaiseksi hyväksytty ainoastaan rahapeliriippuvuus, mutta myös seksi- ja ostoriippuvuuksista puhutaan nykyään usein toiminnallisina riippuvuuksina. (THL 2022).

Riippuvuuden eli addiktion pääasiallinen oire on jonkin aineen käyttämisen tai toiminnan pakonomaisuus. Ihminen hakee aineen tai toiminnan aiheuttamaa mielihyvää tai tunnetilaa, eikä kykene säätelemään aineiden käytön tai toiminnan aloitusta, lopetusta tai määrää. Henkilö itse ei välttämättä ole kykeneväinen tunnistamaan riippuvuussairautta tai hänen voi olla vaikeaa

myöntää itselleen tilannetta ja sen aiheuttamia terveydellisiä, taloudellisia ja sosiaalisia haittoja sekä oireita. (THL 2022.)

Riippuvuussairaudet vaikuttavat laajasti yksilön elämään ja sen laatuun. Terveydellisten, taloudellisten ja sosiaalisten haittojen lisäksi esiintyy myös psyykkisiä haittoja ja oireita, **esimerkiksi masennusta**, ahdistusta sekä sosiaalista eristyneisyyttä. Riippuvuudella kemiallisesta aineesta tarkoitetaan yleensä niin sanottua fyysistä riippuvuutta, jolle tavallisimpia piirteitä ovat vieroitusoireet. Vieroitusoireet syntyvät, kun hermoston altistus kyseiselle aineelle äkkiä lakkaa. Psykkisessä riippuvuudessa somaattiset vieroitusoireet puuttuvat. Toleranssin lisääntyminen ei ole vieroitusoireiden edellytys, mutta se liittyy usein riippuvuuteen. (Tacke ym.1998.)

Riippuvuus ajatellaan usein yksilön ongelmaksi, vaikka riippuvuuden syntyyn vaikuttaa kuitenkin yksilön toiminnan ja ominaisuuksien lisäksi myös yhteisö ja yhteiskunta, jossa elämme. Koska riippuvuussairaudet nähdään pitkälti yksilön ongelmana ja vajaavaisuutena, on sairaus itsessään yksilöä kohtaan hyvin leimaava ja tämä voi vaikuttaa negatiivisesti hoitoon hakeutumiseen sekä avun saamiseen, jolloin oikeanlaisen hoidon saaminen voi viivästyä. (THL 2022.)

Riippuvuus kehittyy toistuvan aineen käyttämisen tai toiminnan seurauksena, johon liittyy aivo- ja psykososiaalisia muutoksia. Myös perintötekijöillä on merkittävä vaikutus riippuvuuksien kehittymiselle. Esimerkkinä voidaan nähdä arvioita, joiden perusteella alkoholiriippuvuudelle altistavien perintötekijöiden on arvioitu lisäävän riippuvuuden kehittymisen riskiä noin 50 %. Suurentunut riippuvuusriski on yhdistetty myös eräisiin mielenterveyden häiriöihin, kuten masennukseen. (THL 2022).

Tutkimusten mukaan vuonna 2017 huumeiden (amfetamiinien ja opioidien) ongelmakäyttöä esiintyi 0,9-1,3 prosentilla väestöstä. Alkoholiriippuvuutta tai haitallista käyttöä esiintyi noin 9 prosentilla vuonna 2016 ja ongelmallista rahapelaamista vuonna 2019 noin kolmella prosentilla. (THL 2022.)

Addiktioon liittyvissä ongelmissa yhdistyvät biologiset, lääketieteelliset, psykologiset ja yhteiskunnalliset kysymykset. Havainnot osoittavat, miten

tärkeää on addiktioiden käsittäminen krooniseksi relapsoivaksi aivosairaudeksi, joka vaatii psykososiaalista interventiota. (Tacke ym. 1998.)

Tässä opinnäytetyössä käsittelemme riippuvuuksista vain Rehab365:n hoito-ohjelmassa työstettäviä peli- ja päihderiippuvuuksia. Kuitenkin riippuvuus on laaja käsite, josta löytyy paljon kirjallisuutta- ja aihetta on tutkittu laajasti. Mielenterveyden keskusliitto (2024) kuvailee riippuvuuden voivan syntyä mihin tahansa aineeseen tai toimintaan, joka tuottaa hetken mielihyvän, mutta pitkään jatkuessaan aiheuttaa haittoja yksilölle ja tämän läheisille. Riippuvaiseksi voi esimerkiksi tulla päihteisiin, raha- tai digipeleihin, pornografiaan tai syömiseen. (Hallitsevatko riippuvuudet elämäsi: Mielenterveyden keskusliitto 2024.)

### 3.1 Huumausaineriippuvuus

Käypähoito -suosituksen julkaisusta selviää, että yleisesti huumausaineiden käyttö ja niihin liittyvät haasteet ovat pysytelleet viime vuosikymmenet melko vakaina. Metamfetamiinin sekä kannabiksen käyttö on kuitenkin viime vuosina lisääntynyt. (Huumeongelmat: Käypä hoito -suositus, 2022.)

Vuoden 2014 väestökyselyn (Karjalainen ym. 2020, 12-19) mukaan 19 % 15–69-vuotiaista suomalaisista on käyttänyt jotain laitonta huumetta ainakin kerran elämässään. Naisista 13 % ja miehistä 20 % oli kokeillut kannabista.

Kokaiinin käyttö on viimeisen kymmenen vuoden aikana lisääntynyt. Vuonna 2014 sitä oli kokeillut 1,7 % suomalaisista. Noin 2 % väestöstä kertoi käyttäneensä amfetamiinia. Amfetamiinin käyttäjien määrä näyttää vähentyneen, kun taas metamfetamiinin käyttäjät ovat lisääntyneet. Opioidien käyttäjien määrä taas ei ole merkittävästi lisääntynyt viimeisen 10 vuoden aikana. (Karjalainen ym. 2020, 15-22.)

Vuonna 2012 Suomessa arvioitiin olevan 18 000 – 30 000 huumausaineiden ongelmakäyttäjää opioidien ja amfetamiinien käyttöä arvioivan rekisteritutkimuksen mukaan. Amfetamiinien käyttäjien osuus tästä arvioitiin olevan 11 000 – 18 000 ja opioidien 13 000 – 15 000. Verrattuna aiempiin

tutkimuksiin käyttäjien määrä on kasvussa. Nuorten käyttäjien osuuden arvioitiin kuitenkin olevan vuonna 2012 vähemmän, kuin 2000 – luvun alussa. Nykyisin käyttäjistä lähes puolet ovat 25 – 34 – vuotiaita ja heistä naisten osuus on noin kolmannes. (Karjalainen ym. 2020, 15-22.)

Huumausaineiden käytön rangaistavuudella voi olla vaikutusta asian puheeksi ottoon. Potilas ei aina uskalla ottaa asiaa puheeksi lääkärinsä kanssa, eikä lääkärikään aina kyselyistään huolimatta saa ongelmaa selville. (Huumeongelmat: Käypä hoito -suositus, 2022.)

Sepän ym. (2012, 25-30) mukaan huumeriippuvuus eli narkomania voi olla sekä psyykkistä että fyysistä. Huumeriippuvuus on krooninen sairaus, jolle ominaista on toleranssin kehittyminen, pakonomainen tarve saada huumetta ja kykenemättömyys kieltäytyä huumeesta. Riippuvuuden vaikutukset heijastuvat yksilön kokonaisvaltaiseen terveyteen. Psyykkisellä riippuvuudella tarkoitetaan yleisesti ymmärretyyn huumeriippuvuuden kaltaista tilaa.

Fyysinen riippuvuus taas viittaa yleisesti ajateltuna vieroitusoireiden ilmenemiseen huumeen käytön loppuessa. Toleranssi sekä fyysinen riippuvuus liittyvät olennaisesti päihteiden toistuvaan käyttöön. Vaikka ne saattavat vaikuttaa riippuvuuden kehittymiseen, eivät ne kuitenkaan merkitse psyykkistä riippuvuutta. Psyykinen ja fyysinen riippuvuus on normaali biologinen sopeutumisilmiö, joka kehittyy monien lääkeaineiden käytön seurauksena. Jatkuvan käytön seurauksena kehittyy fyysinen riippuvuus. Kuten toleranssissakin on riippuvuudessa kysymys hermoston sopeutumisesta elimistössä jatkuvasti tai toistuvasti olevaan päihteeseen. Päihteeseen sopeutunut ja siitä fyysisesti riippuvainen elimistö vaatii siis jatkuvaa päihteen käyttöä toimiakseen normaalisti. (Seppä ym. 2012, 25-30.)

Huumeiden käytön aloittaminen liittyy vahvasti ympäristötekijöihin, kuten seuraan sekä muuhun sosiaaliseen ympäristöön. Huumeiden käytön jatkumisessa merkittävänä tekijöinä näyttäytyvät yksilön neurobiologiset ominaisuudet, joita ohjaavat perintötekijät. Perintötekijöiden vaikutukset huumeriippuvuuteen tulevat esiin siinä vaiheessa, kun yksilö on altistunut huumeen vaikutuksille ja niistä on jäänyt muistijälkiä keskushermostoon.

Tehtyjen laskelmien mukaan sekä ympäristö- että perintötekijät vaikuttavat yhdessä mitä suurimmassa määrin huumeiden käyttöön ja riippuvuuden kehittymiseen. Perintötekijät voivat olla huumeriippuvuuden riskiä lisäävä tekijä, mutta kenestäkään ei tule narkomaania pelkästään perintötekijöidensä vuoksi. (Seppä ym. 2012, 29 – 32.)

### 3.2 Alkoholiriippuvuus / alkoholismi

Alkoholi muuttaa keskushermoston toimintaa. Nämä muutokset usein johtavat alkoholille tyypillisiin käyttäytymismuutoksiin, jonka nähdään selittävän riippuvuuden kehittymistä. Ensisijaisena syynä alkoholin käyttöön pidetään sen positiivisia ja virkistäviä tunnetiloja sekä mielihyvää tuottavia vaikutuksia, jotka saattavat olla tiedostettuja tai tiedostamattomia. Vaikutukset myös vahvistavat ja edesauttavat alkoholin toistuvaa käyttöä. Näin yksilölle kehittyy vähitellen halu saada alkoholia. Tästä syystä keskeisin alkoholin käyttöä ohjaava tekijä on alkoholi itse. (Kiiänmaa 2013, 43.)

Alkoholi on Kiiänmaan (2013, 43-44) mukaan päihteenä, jonka riippuvuuspotentiaali on täysin rinnastettavissa huumausaineisiin. Riippuvuuden mekanismit ovat lähtökohtaisesti samankaltaisia, koska ne aiheuttavat muutoksia aivojen keskeisissä mielihyvätöiminnoissa. Alkoholin toistuvasta ja jatkuvasta käytöstä voi seurata alkoholiriippuvuus, alkoholismi. Alkoholismi on itse aiheutettu, tunnetusti etenevä, krooninen aivojen sairaus.

Sopeutumismuutokset, kuten toleranssin kehittyminen ja herkistyminen alkoholin joillekin vaikutuksille edesauttavat lisääntyvien alkoholimäärien nauttimista sekä alkoholiriippuvuuden kehittymistä. Tämä selittää osaltaan juomishimoa sekä alkoholin käytön muuttumista pakonomaiseksi ja hallitsemattomaksi. (Kiiänmaa 2013, 43-44).

Alkoholiriippuvainen ei kykene pidättäytymään alkoholista eikä hallitsemaan sen käyttöä. Kehittyessään alkoholiriippuvuus huonontaa yksilön kokonaisvaltaista terveydellistä sekä sosiaalista hyvinvointia. Riippuvuus voi olla sekä psyykkistä

että fyysistä. Psykkisessä riippuvuudessa kyse on addiktiosta tai addiktiivisesta käyttäytymisestä. Pakonomainen tarve saada alkoholia, heikentynyt kyky hallita päihteen ottamista sekä juomisen jatkuminen huolimatta sen aiheuttamista negatiivisista seurauksista ovat tyypillisiä psyykkisen riippuvuuden oireita. Alkoholistina voidaan pitää henkilöä, joka on psyykkisesti riippuvainen alkoholista. Alkoholismille on myös diagnostiset kriteerit. (Kiiänmaa 2013, 43- 44.)

Pakkomielteinen ja humalahakuinen riippuvuutta ilmaiseva alkoholin käyttö on erittäin vakava sairaus. Psykologisesti nähtynä pakonomainen juominen aiheuttaa alkoholistissa suuren avuttomuuden tunteen. Taustalla biologisesta näkökulmasta katsottuna on keskushermoston toiminnan muutokset, jonka vuoksi alkoholisti ei pysty lopettamaan juomistaan, vaan tarvitsee ammatillista apua juomapatkan katkaisemiseen esimerkiksi katkaisuhoidon avulla. Keskushermostossa tapahtuneet muutokset korjaantuvat hitaasti sen jälkeen, kun päihteettömyys on saavutettu. (Alkoholiriippuvuus: Terveyskirjasto, 2023)

Alkoholilla on todettu olevan vahva yhteys masennukseen. Vaikka molemmat ovat merkittäviä ongelmia myös yksinään, esiintyvät ne usein samanaikaisesti. Alkoholin ja masennuksen samanaikaisuudesta ajatellaan niiden ruokkivan toinen toistaan. Haastava tilanne syntyy niitä hoidettaessa erillisinä häiriöinä. Tällöin usein toinen jää huomaamatta ja voi aiheuttaa tilanteen pitkittymisen. (Levola & Aalto 2019).

Yhteys masennustilojen ja alkoholiongelman välillä on tutkitusti pystytty näyttämään toteen. Levola & Aalto (2019) kirjoittavat katsauksessaan (lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim) olevan neljä teoriaa, joiden ajatellaan olevan merkityksellisiä; ”yksi häiriö altistaa toiselle – häiriöillä on yhteiset riskitekijät – häiriöillä on erilliset, mutta toisiinsa yhteydessä olevat riskitekijät – kyseessä on saman häiriön eri ilmenemismuodot.”

Levolan & Aallon (2019) mukaan alkoholi -ja masennushäiriöiden samanaikaisuus voi vaikeuttaa hoitoa. Jos alkoholin käyttö aiheuttaa masennusta (sekundaarinen masennus), juomisen vähentäminen tai

lopettaminen voisi vähentää tai poistaa masennusoireet. Toisaalta, jos alkoholia käyttävä lääkitsee sillä masennustaan (primaari masennus) voisi masennuksen oikeanlaisen hoidon vähentää alkoholinkäyttöä. Jos taas molempien häiriöiden taustasyyt ovat yhteiset, ei yhden häiriöin hoitaminen välttämättä vaikuta toiseen. Joka tapauksessa häiriöt saattavat pahentaa toisiaan.

### 3.3 Lääkeaineriippuvuus

Keskushermostoon pääasiassa vaikuttavat lääkkeet eli PKV-lääkkeet ovat lääkärin määräämiä, lääketieteelliseen arvioon perustuvia lääkkeitä. Ne ovat tarkoitettu useimmiten kivun, ahdistuksen ja unettomuuden hoitoon. Osa vahvimista lääkkeistä luokitellaan huumausaineiksi. Kaikki PKV-lääkkeet vaikuttavat vireystilaan ja ne saattavat aiheuttaa riippuvuutta. Useat lääkärit ja terveydenhuollon toimipisteet ovat tiukentaneet lääkkeen määräyskäytäntöjä jopa siinä määrin, ettei potilas saa aina tarvitsemaansa hoitoa. Syynä määräyskäytänteiden muutokseen on huoli lääkkeiden väärinkäytöstä. (Tacke ym. 1998.)

Bentsodiatsepiinit sekä vahvat kipulääkkeet kuten fentanyyli, morfiini, oksikodoni ja metadoni ovat riippuvuutta aiheuttavia lääkkeitä. Kun elimistö sopeutuu lääkkeen vaikutuksiin, puhutaan toleranssista. Tällöin aiemmin tehonnutta lääkkeen annostusta on nostettava, jotta hoidollinen vaste saavutetaan. Suuren ja pitkään käytössä olleen lääkannoksen lopettaminen johtaa fyysisiin ja usein myös psyykkisiin vieroitusoireisiin. Näin ollen toleranssin ja riippuvuuden välillä on yhteys. (Tacke ym. 1998.)

Päihdehakisesti bentsodiatsepiineja käyttävät ovat useimmiten nuorempiin ikäryhmiin kuuluvia. Usein he käyttävät lisäksi samanaikaisesti muita päihteitä tai alkoholia. Yleistä on, että käyttäjillä on jokin psykiatrinen sairaus. (Tacke ym. 1998.)

Vuonna 2000 tehdyn väestökyselyn mukaan alle 5 % väestöstä on kokeillut unilääkkeitä, rahoittavia tai kipulääkkeitä ei-lääkinnällisiin tarkoituksiin. Tilastojen mukaan bentsodiatsepiineja käyttää Suomessa vuosittain noin 6 %

väestöstä, heistä 44 % säännöllisesti tai pitkäaikaisesti. Arvioilta puolelle lääkkeiden käyttäjistä kehittyä lääkeriippuvuus. Päihdehuollon asiakkaista tiedetään, että kaksi kolmasosaa hoitoon hakeutuneista käyttää ainakin kolmea eri päihdettä. Alle 10 % riippuvuuksien hoitoon hakeutuneista ihmisistä ensisijainen syy on rauhoittavien lääkkeiden ongelmakäyttö. (Seppä ym. 2012, 62-66.)

Päihdehakuiseen lääkekäyttöön viittaavia seikkoja on useita. Määrätyt annosrajat ylittyvät tai lääkkeitä katoaa. Väärinkäyttöön viittaavia seikkoja ovat myös epäselvä ja vaihteleva oireiden kuvaus sekä potilaan hyvä lääkkeiden tuntemus ja vaatimus saada juuri tiettyjä lääkkeitä. Potilaat haluavat vai harvoin erityisyksiköihin, he asioivat usein perusterveydenhuollossa sekä kiertelevät eri terveysasemilla ja yksityisillä vastaanotoilla. (Seppä ym. 2012, 69.)

### 3.4 Rahapeliriippuvuus

Jaakkolan (2008) mukaan rahapelaajat pyrkivät usein salaamaan ongelmansa, joten peliriippuvuuden tunnistaminen on haasteellista. Riippuvuuden seuraukset voivat olla äärimmäisen vakavina ja ne ilmenevät esimerkiksi psyykkisinä, fyysisinä, sosiaalisina ja taloudellisina ongelmina, jotka on huomioitava peliriippuvuuden hoidossa. Mielenterveys- ja päihdehuollon haasteena on tunnistaa ja auttaa asiakasta kokonaisvaltaisesti, kun peliriippuvuuteen liittyy samanaikaisia ongelmia, kuten masennusta tai päihdeongelmaa.

Ensimmäinen laajempi tutkimus, jossa selvitettiin suomalaisten rahasta pelaamisen ja peliongelman yleisyyttä on sosiaali- ja terveysministeriön Taloustutkimus Oy:ltä tilaama tutkimus vuodelta 2003. Se toistettiin keväällä 2007. Peliongelman tunnistaminen on vaikeaa. Peliongelma saattavat kertoa taloudelliset ongelmat, stressioireet ja univaikeudet. Peliriippuvuus jää myös herkästi jonkin toisen oireen taakse ja usein pelaaja itse pyrkii salaamaan riippuvuutensa. (Jaakkola 2008.)

Heidi Villikan päihdetapauskannan perusteella tehdyn selvityksen mukaan 5,1 %:lla päihdeasiakkaista oli myös peliongelma. Peluurin asiakkaista mielenterveysongelmia esiintyy vähintään 17 %:lla asiakkaista ja päihdeongelma 10 %:lla. Mielenterveysongelmat ovat yleisempiä naispuolisilla ongelmapelaajilla ja päihdeongelmat miespuolisilla ongelmapelaajilla. Masennus on ehkä yleisin pelaajilla ilmenevä psykiatrinen häiriö.

Ruotsalainen neurobiologi Stefan Brené (2007) on korostanut peliriippuvuuden geneettisiä tekijöitä ja samanaikaisuutta alkoholismiin, huumeiden käytön ja erilaisten psykiatristen diagnoosien kanssa. Brenén (2007) käsityksen mukaan peliriippuvuutta ei tulisi tarkastella erillisenä, vaan pikemminkin tilana, joka hyvin usein esiintyy yhdessä muiden psykiatristen diagnoosien kanssa.

Rahapeliongelman kanssa samanaikaisesti esiintyviä ovat tutkimusten mukaan mm. kaksisuuntainen mielialahäiriö (33-75 %:lla pelaajista), ahdistuneisuushäiriö (9-40 %:lla) ja päihdeiden väärinkäyttö (30-50 %:lla).

Miehillä peliongelma on noin kaksi kertaa yleisempi kuin naisilla. Miehet usein aloittavat pelaamisen nuorena ja peliongelma syntyy varhaisessa aikuisiässä. Naiset puolestaan vaikuttavat aloittavan pelaamisen myöhemmällä iällä, mutta heille ongelma kehittyy miehiä nopeammin. (Jaakkola 2008.)

Peliongelman synty on moniulotteinen prosessi. Ongelman kehittyminen vaihtelee eri henkilöillä niin ajallisesti kuin vaikutuksiltaan. Ongelman kehittymiseen vaikuttavat yksilön psykologiset ja biologiset tekijät sekä sosiaaliset ja ympäristötekijät, kuten pelipalvelujen järjestäminen. (Jaakkola 2008.)

Välittömiä riskitekijöitä ovat toiminnalliset ja kognitiiviset tekijät, jotka vaikuttavat suoraan peliongelman syntyyn ja joihin tulisi voida vaikuttaa hoidon ja ennaltaehkäisyn avulla. Ennaltaehkäisyn näkökulmasta olisi hyvä kiinnittää huomiota pelipalveluiden järjestämiseen, sillä pelien saatavuus, sijoittelu ja rakenne vaikuttavat peliongelmaan. Mitä helpommin ja lähempänä pelit ovat saatavilla sekä mitä nopeammin ja välittömämmin palkitsevia ne ovat, sitä helpommin niihin syntyy riippuvuus. Pelihimo tai peliriippuvuus luokitellaan psykiatriassa käyttäytymis- ja hillitsemishäiriöihin. Peliongelma on toiminnallinen

riippuvuus, jossa riippuvuus kehittyy tekemiseen, eli pelaamiseen ja siitä aiheutuviin tunteisiin. (Jaakkola 2008.)

## 4 Masennus, hoitomenetelmät ja yhteys päihteiden käyttöön

Yhtenä globaalisti yleisimmistä mielenterveyden häiriöistä, masennus vaikuttaa miljooniin ihmisiin iästä tai taustasta riippumatta. Yhdysvaltalainen psykiatrien ammatillinen järjestö luokittelee masennuksen (myös kliininen masennus, depressio tai masennushäiriö) vakavaksi mielenterveyden häiriöksi, joka psyykkisinä oireina on yleisimmin pitkäkestoinen ja voimakas surumielisyyys, väsymys, yleinen kiinnostuksen puute sekä itsetunnon lasku. Fyysisinä oireina esiintyy useimmin unihäiriöitä ja ruokahalun muutoksia. (American Psychiatric Association 2013.)

Epidemiologisten tutkimusten perusteella masennus voidaan luokitella yhdeksi suurimmista sairauskuormitusten aiheuttajista. Syyt masennukseen ovat moninaisia, ja sen esiintyvyys vaihtelee alueittain ja väestöryhmittäin. (Whiteford ym, 2013. 1575-1586) Tutkimusten mukaan masennusta esiintyy runsaammin naisilla kuin miehillä (Kuehner, 2017. 146-158).

Keskeisinä masennuksen syinä näyttäytyvät geneettiset tekijät ja neurokemialliset muutokset aivoissa. Perinnöllisyystutkimusten valossa voitaisiinkin siis sanoa, että masennusalttius kulkee usein suvuissa ja perheissä. Myös erilaiset ympäristötekijät, kuten stressi, traumaattiset elämäntapahtumat (esim. avioero tai läheisen menetys), sosiaalinen eristyneisyys sekä erilaiset negatiiviset ajattelumallit voivat lisätä masennusriskiä tai voimistaa masennusoireita. (Masennus: Käypä hoito – suositus. 2023)

American Psychiatric Associationin (2013) mukaan masennusoireet voivat vaikuttaa merkittävästi masentuneen elämänlaatuun ja toimintakykyyn. Oireisto kattaa usein seuraavia piirteitä:

- *Alakuloisuus*;pitkäkestoinen surumielisyyys tai merkityksettömyyden tunne

- *Kiinnostuksen puute*; kyvyttömyys saada iloa normaaleista aktiviteeteista
- *Unihäiriöt*
- *Energian puute*; ilmenee usein pitkäkestoisena väsymyksenä ja yleisenä voimattomuuden tunteena
- *Itsetunnon lasku*; myös omanarvontunteen heikentyminen ja itseen kohdistuvan arvostelun lisääntyminen
- *Keskittymisvaikeudet*
- *Ruokahalun muutokset*
- *Itsetuhoiset ajatukset*

#### 4.1 Masennuksen hoitomenetelmät

Masennukseen käytetään erilaisia hoitomuotoja, jotka usein valikoituvat ja vaihtelevat masennuksen vaikeusasteen sekä yksilöllisten tekijöiden mukaan. Erilaiset psykoterapiamuodot ovat osoittautuneet tehokkaiksi masennuksen hoidossa. Psykoterapiassa potilas oppii tunnistamaan negatiivisia ajattelumallejaan ja oppii uusia tapoja käsitellä vaikeita tunteitaan. Erityisen tehokkaana masennuksen hoidossa on osoittautunut kognitiivinen käyttäytymisterapia. (Masennuksen hoito: Käypä hoito 2023.)

Lääkehoitona masennukseen käytetään yleisimmin selektiivisiä serotoniinin takaisinoton estäjiä (SSRI lääkkeet) sekä serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjiä (SNRI lääkkeet). Yleensä lääkitystä suositellaan vaikean masennuksen hoidossa tai mikäli psykoterapia ei ole riittävän tehokasta. Arviolta noin kaksi kolmasosaa lääkitystä säännöllisesti käyttävistä saavat siitä avun, ja noin puolella oireet väistyvät suurelta osin kolmen ensimmäisen kuukauden kuluessa. Vaikean masennuksen hoidossa saatetaan käyttää myös neuromodulaatiohoitoja, joista tunnetuin lienee sähköhoitoa. (Rovasalo 2022.; Masennuksen hoito: Käypä hoito 2023.)

Elämäntavoilla, kuten säännöllisellä liikunnalla ja erilaisilla päivärutiineilla on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia erityisesti lievän masennuksen oireisiin.

Sosiaalinen eristäytyminen ja passivoituminen pahentavat masennusoireita, joten erityisesti läheisten ja ystävien aktiivinen tuki on masennuspotilaalle tärkeää. (Rovasalo 2022.)

Päihteet altistavat masennukselle ja heikentävät sairaudesta toipumista. Masennusta sairastavilla henkilöillä on usein runsasta päihteiden käyttöä ja/tai päihderiippuvuutta, koska päihteistä haetaan usein helpotusta masennuksen oireisiin. Esimerkiksi alkoholin, huumeiden ja tupakan käyttö voi olla yleistä masennusta sairastavien keskuudessa. (Hasin ym. 2005, 1097–1106.)

#### 4.2 Päihteidenkäytön yhteys masennukseen

Päihdehäiriöiden ja samanaikaisten muiden mielenterveyshäiriöiden ajallisia ja syy suhteita koskeva tutkimustieto on ristiriitaista. Kliinisen kokemuksen perusteella on tuotu esiin ns. itselääkitysmalli, jonka mukaan henkilö päätyy käyttämään päihteitä helpottaakseen omaa pahaa oloaan. Päihteiden käyttö saattaa pahentaa jo olemassa olevia mielenterveydellisiä ongelmia tai nopeuttaa häiriön kehittymistä. Päihdehäiriön ja depression ilmaantumisjärjestyksessä on havaittu sukupuolieroja siten, että miehillä päihdehäiriö alkaisi useammin ennen mielialahäiriötä ja naisilla järjestys on päinvastainen. (Pirkkola ym. 2007, 7–8.)

Mielenterveys ja huumeiden käyttö, mukaanluettuna riippuvuutta aiheuttavat lääkkeet, voivat liittyä toisiinsa eri tavoin. Huumeiden välittömät vaikutukset voivat aiheuttaa psykiatrisia oireita, jotka häviävät muutaman viikon kuluttua päihteiden käytön lopettamisesta. Päihteitä käyttävällä voi olla myös ns. itsenäinen mielenterveydenhäiriö, joka ei häviä pitkäänkäynnin jälkeen. Tällöin päihteet voivat kuitenkin pahentaa mielenterveyden häiriön oireita tai heikentää siihen tarkoitetun hoidon tehoa. Yksi mahdollinen yhteys on myös mielenterveydenhäiriön itselääkintä, joka voi olla osa riippuvuuskäyttäytymistä. (Aalto ym. 2018, 200.)

Itselääkinnällä tarkoitetaan tilannetta, jossa psykiatrisista oireista tai häiriöstä kärsivä henkilö käyttää päihteitä helpottaakseen oloaan. Tämä on kuitenkin vain

yksi mahdollinen selittäjä mielenterveyden ja huumeiden, mukaan lukien riippuvuutta aiheuttavien lääkkeiden käytön yhteydelle. (Aalto ym. 2018, 203.)

Päihteet usein huonontavat mielialaa sekä ylläpitävät masennusta. Monen saattaa olla vaikea yhdistää lisääntyntä alakulon-, ahdistuksen- ja ärtyneisyydentunteita omaan päihteiden käyttöön. Masennuksen ja päihteidenkäytön välille voi syntyä ns. kehä. Päihteiden käyttö saattaa edistää masennuksen puhkeamista ja oireiden jatkumista ja toisaalta masentuneena saattaa käyttää herkemmin päihteitä, koska ne tuntuvat tuovan hetkellistä helpotusta oloon. (Omahoito-ohjelma: Mielenterveystalo.)

Hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää selvittää, aiheuttaako päihteiden käyttö oireita vai ovatko psyykkiset oireet pääosin itsenäisiä ja olemassa olevia myös ilman päihteiden käyttöä. Mikäli psyykkiset oireet aiheutuvat päihteidenkäytöstä, hoidossa keskitytään päihdeongelman käsittelyyn ja hoitoon. Kaksoisdiagnoosin ollessa kyseessä hoidossa huomioidaan psykiatristen oireiden lievittäminen ja päihdeongelman hoito. (Aalto ym. 2018, 200–201.)

Masennukseen sairastumisen todennäköisyyttä lisäävät esimerkiksi työttömyys ja päihteidenkäyttö. Monet päihteiden käyttäjät kokevat olevansa masentuneita ja itsetuhoisia, kun myös moni masentunut ja itsetuhoinen käyttää runsaasti päihteitä. Masennuksen on todettu ajoittain edeltävän päihteidenkäyttöä, mutta useasti masennus ilmenee päihteidenkäytön seurauksena. Suomessa masennus ja päihdeongelmat eriytetään toisistaan. Päihdepalveluja järjestetään Suomessa pääasiassa sosiaalipalveluina, joiden psykiatrinen osaaminen on usein rajallista. Masennuksen ollessa psykiatrinen sairaus, jää sen huomioon ottaminen usein hoidon ulkopuolelle tunnistamatta jääneiden oireiden vuoksi. (Mäkelä ym.1998.)

Päihdehäiriöiden esiintymisluvut vaihtelevat eri mielenterveydenhäiriöissä. ECA-tutkimuksen mukaan masennusta sairastavilla 30 % on jossain vaiheessa päihdeongelma. (Aalto ym. 2018, 201.)

Lääketieteen lisensiaatti Mari Archer on todennut väitöstutkimuksessaan, että masennuspotilaista viidesosalla ilmenee haitallista alkoholinkäyttöä, ja

alkoholiriippuvaisista henkilöistä kolmasosalla on samanaikainen masennus. Tutkimukseen osallistui 242 psykiatrisessa hoidossa olevaa masennuspotilasta, joista noin puolella (99) ilmeni samanaikaisesti alkoholin suurkulutusta. (Archer 2022.)

## 5 Toipumisorientaatio

Toipumisorientaation viitekehys pohjautuu yksilöllisyyden, itsemääräämisoikeuden, osallisuuden ja kasvun mahdollisuuksien arvoihin. Viitekehysten monipuolisuuden takia ei ole olemassa yhtä ainoaa teoriaa, jolla voidaan kuvata ja perustella toipumisorientaatiota ilmiönä tai ideologiana. Toipumisorientaatio perustuu useaan eri taustateoriaan, esimerkiksi sosiaalisen konstruktionismiin, ratkaisu- ja voimavarakeskeisyyteen ja terveyden edistämisen teorioihin. (THL 2023).

Toipumisorientaation viitekehystä on mahdollista hyödyntää esimerkiksi palveluiden kehittämisessä, työohjauksessa ja asiakastyössä.

Toipumisorientaatiossa korostuvat;

- ***yksilöllisyys ja identiteetti***
- ***osallisuus yhteisössä***
- ***kokemuksellisuuden merkitys***
- ***positiivinen mielenterveys***
- ***toivon merkitys***

Toipumisorientaation ihmiskäsityksessä ajatellaan, että yksilön hyvinvointi koostuu useasta eri tekijästä ja henkilöllä voi olla useita erilaisia identiteettejä.

Toipumisen ajatellaan liittyvän yksilön omaan kokemukseen mielekkästä elämästä, eikä siihen vaikuta hänen diagnoosinsa tai muut kliinisten tutkimuksien tulokset. Toipumisorientaatiossa yksilö valitsee itse identiteetin, jonka kautta haluaa tulla kohdatuksi. Tärkeää on se, ettei häntä määritellä tai lokeroida sairaaksi tai kuntoutujaksi. (THL 2023).

Auttamistyössä on tärkeää keskittyä sairauden ja oireiden sijaan kokonaisuuteen. Yksilön hyvinvointiin liittyvät monet tekijät, kuten tämän läheiset

suhteet, sosiaalinen ympäristö, taloudellinen tilanne, ammatti ja työhistoria sekä osallisuuden kokemus yhteiskunnassa. (THL 2023).

Toipuminen nähdään ja koetaan toipumisorientaatioissa henkilön omana ja uniikkina prosessina, johon usein sisältyy muutoksia arvoissa, taidoissa, tunteissa, asenteissa ja tavoitteissa. Toipuminen näyttäytyy usein positiivisina muutoksina henkilön kokemuksissa. Esimerkiksi mielenterveys- ja päihdepalveluilla voidaan vahvistaa näiden kokemusten muodostumista. (THL 2023):

Vaikka toipumisprosessi on aina henkilökohtainen, voidaan siinä nähdä keskeisiä tekijöitä ja erilaisia vaiheita. Leamyn (2011) työryhmä teki toipumisorientaatioon liittyvistä tutkimuksista systemaattisen kirjallisuuskatsauksen. Katsauksen tuloksena löydettiin viisi kokonaisuutta, joihin vaikuttamalla edistettiin henkilökohtaista toipumista. Kokonaisuuksista nostettiin teemat yhteisöllisyyden ja kumppanuuden lisäksi toivo ja identiteetti sekä elämän merkityksellisyys ja voimaantuminen (CHIME). Toipumisorientaatio ei tarkoita vain lääkkeetöntä hoitoa, vaan hoitokokonaisuutta, joka on yksilölle sopiva (THL 2023).

Toipuminen on aina yksilöllistä ja jokainen yksilö arvioi toipumistaan oman näkökulmansa kautta. Toipuminen vaatii vastuunottamista omasta toipumisprosessistaan sekä yhteistyötä sekä ammattilaisten että ystävien ja perheen kesken. Tämä tarkoittaa sitä, ettei asiakas ole ainoastaan passiivinen palveluiden kohde. Yksilön itsenäistä toimintaa tukee valintojen tekeminen ja tämä edellyttää sen, että henkilöllä on käytettävissään vaihtoehtoja sekä mahdollisuuksia, joista on mahdollista tehdä valintoja. Henkilökohtainen vastuu lisääntyy, kun yksilö tietää sekä tunnistaa valintojensa seuraukset. (Nordling 2018, 1477 – 1480).

Toipumisorientaation mukaisella työotteella mielenterveys- ja päihdetyötä tekevät ammattilaiset vahvistavat asiakkaan osallisuutta. Vahvistamista voidaan toteuttaa ymmärtämällä asiakkaalle tärkeitä sosiaalisia verkostoja, mahdollistamalla vertaistuki sekä lisäämällä asiakkaan osallisuutta erilaisiin

kansalaistoimintoihin. Kokemusasiantuntijatoiminta on merkittävässä asemassa toipumisprosessia, sen mahdollistamien useiden osallisuuden muotojen vuoksi. (Nordling 2018, 1477-1480.)

## 6 Aineisto ja menetelmät

Opinnäytetyö käynnistyi päihdekuntoutuslaitos Rehab365:n toimeksiannosta tammikuussa 2023 kuntoutuslaitoksen kerättyä hyödynnettävää tutkimusaineistoa asiakkailtaan vuoden 2022 ajan. Tutkimus aloitettiin tekemällä opinnäytetyösopimus, jonka jälkeen aineistoa ryhdyttiin kokoamaan. Aineisto koottiin alkuvuodesta 2023 yhteistyössä kuntoutuslaitoksessa työskentelevän Sanni Harjun (sosionomi YAMK) kanssa tilaajan (Rehab365) asiakastietojärjestelmästä, siten ettei asiakkaiden yksilöintitietoja ollut nähtävillä. Aineisto kasattiin kootusti ja anonymisti taulukkoon, jonka jälkeen aineisto analysoitiin.

Opinnäytetyömme metodologisena pohjana voidaan pitää kvantitatiivista survey-tutkimusta, jossa tutkimusaineisto on kerätty vakioidut kysymykset ja vastausvaihtoehdot sisältävää strukturoitua kyselylomaketta käyttäen. Käyttämässämme BDI -kyselylomakkeessa käytettiin valmiita validoituja mittareita, jolloin kysymykset mittaavat juuri sitä, mihin on tarkoitus saada vastaus.

Tilastollisia menetelmiä voidaan Vilkan (2014, 44) mukaan käyttää selittämään sitä, kuinka jokin asia vaikuttaa toiseen. Otantamenetelmiä ovat yksinkertainen satunnaisotanta, systemaattinen otanta, ositettu otanta ja klusteriotanta eli ryväotanta. Näissä menetelmissä otos on perusjoukon osa, jolla voidaan saada kokonaiskuva populaatiosta. (Vilka 2014, 52).

Otantamenetelmien käytön osaaminen on tutkimuksen onnistumisen kannalta tärkeää, sillä pystyäkseen luomaan luotettavan yhteyden otoksen ja perusjoukon välille, tulee tutkimuksen tekijällä olla tieto otantamenetelmien kriteereistä (Kananen 2011, 69).

Kokonaisotanta ei ole varsinainen otantamenetelmä, koska siinä koko perusjoukko on otettu tutkimukseen mukaan, eikä rajausta ole jouduttu tekemään. Heikkisen (2014, 43) mukaan kokonaisotannan käyttämisestä voidaan harkita silloin, jos otantamenetelmää käyttäen tutkittavien ryhmän kooksi tulisi yli puolet tai yksi kolmasosa perusjoukosta. Salosen (2018) mukaan

kokonaisotannalla tehdyssä tutkimuksessa kaikki havaitut erot/vaikutukset ovat lähtökohtaisesti todellisia, mikäli käytetyt mittarit ja mittausmenetelmä ovat luotettavia. Tutkimuksessamme päädyimme käyttämään kokonaisotantaa, koska kohderyhmämme oli kohtalaisen pieni, ja sen vuoksi aineistoon saatiin otettua mukaan kaikki rajattuna aikana BDI-kyselyyn vastanneet Rehab365:n asiakkaat.

Määrällisessä analyysissä tutkimusaineisto esitetään tilastollisesti ja graafisesti. Mikäli tietosisältö on siirrettävissä numeeriseen muotoon, voidaan tutkimusaineistona käyttää lähes mitä tahansa ihmisen tuottamia dokumentteja. Tilastollisella analyysillä aineistoa hyödyntäen on mahdollista selvittää ilmiöiden lukumääriä, esiintymistä ja jäsentymistä luokkiin. Havaintoyksikkönä on pääsääntöisesti henkilö, jonka asenteita, mielipiteitä, ominaisuuksia ja käyttäytymistä tutkimuksella selvitetään. (Kuula 2006.)

Tutkimusaineistona käytetään asiakkaiden laitospääntösuunnitelmana aloittamis- ja päättämisaikoina tehty BDI – kyselyt. Kyselyt on kerätty päihdekuntoutuslaitos Rehab365:ssä vuoden 2022 aikana. Kyselyt tehtiin yhteensä 51 asiakkaalle, joista 18 (n 18) oli naisia ja 33 (n 33) miehiä. Aineisto jaettiin ikätasoihin, joihin valikoituivat osa-alueet 18-27 – vuotiaat, 28-37 – vuotiaat, 38-47 – vuotiaat, 48-57 – vuotiaat, 58-67 – vuotiaat ja yli 68 – vuotiaat. Tutkimusaineisto oli helposti siirrettävissä numeeriseen muotoon, jolloin analyysimenetelmäksi valikoitui tilastollinen analyysi. Aineiston tulokset on esitelty tässä opinnäytetyössä.

## 6.1 Tavoitteet

Tutkimuksen tavoitteena on tutkia ja havainnoida toipumisorientoituneen päihdekuntoutuksen vaikutuksia asiakkaiden kokemiin masennusoireisiin. Tutkimuksessa on käytetty 51 (n 51) asiakkaan BDI-kyselyn tuloksia, jotka on kerätty laitospääntösuunnitelman alkaessa sekä sen päättyessä suunnitellusti.

Tavoitteiksi asetettiin myös tarkastella kuntoutukseen hakeutumisen iällistä jakautumaa miesten ja naisten välillä sekä erityisesti sukupuolten mahdollisia

eroavaisuuksia masennusoireiden suhteen. Tutkimuksen ajateltiin myös tuottavan tietoa mahdollisten eroavaisuuksien huomioimiseen kuntoutuksellisesti. Erityisen mielenkiinnon kohteena on tulkita havaintoja päihteidenkäytön yhteydestä masennusoireisiin, kuten myös päihdehoitokeskus Rehab365 tarjoamien ympäristötekijöiden vaikutusta tuloksiin. Näiden erottelminen opinnäytetyön tuloksista on kuitenkin hypoteettista. Tiedon jakaminen voi osaltaan kannustaa lisätutkimuksien tekemiseen, jolloin tarkempi analyysi mahdollistuisi.

Tähän opinnäytetyöhön on kerätty BDI – testien kokonaistuloksia, eikä yksittäisten kysymysten vastauksia ole näin ollen tarkoituksenmukaista analysoida. Ne voivat kuitenkin tarjota näköalaa syvempään analyysiin jatkossa. Tämän opinnäytetyön tulokset voidaan hyödyntää kuitenkin mitattaessa vaikuttavuutta laajemmalla otannalla eri kuntoutuskeskusten kesken, jolloin palveluita voidaan tehostaa ja asiakkaiden hyvinvointia edistää tehokkaammin.

## 6.2 Beckin depressioasteikko – BDI

Beckin depressioasteikkoa käytetään yleisesti masennuksen tilaa arvioitaessa. Menetelmän on kehittänyt yhdysvaltalainen psykiatri Aaron Beck vuonna 1961. Kysely on laajalti maailmalla käytössä ja se koostuu 21 kysymyksestä, joihin jokaiseen on 4 vaihtoehtoa. Potilas valitsee näistä vaihtoehtoista omaa tilaansa parhaiten kuvaavan väittämän. Jokainen kysymys on pisteytetty asteikolla 0-3. Masennusoireiden vahvuus määrittelee pistemäärän. (Beckin depressioasteikon tulkinta: Duodecimlehti, 2008)

BDI- asteikkoa on kehitetty ensimmäisen kerran vuonna 1979 ja testin nykyisin käytettävä versio BDI II on julkaistu vuonna 1996. Uusimman version keskeisimmät muutokset koskevat väsymyksen, arvottomuuden ja energian puutteen osioita. Myös laihtumista kuvaava osio on vaihdettu nykyisin keskittymistä koskevaan osioon. Ruokahalua koskevaan osioon on lisätty sen lisääntymistä sekä vähentymistä koskeva osio, kun aikaisemmin sitä tarkasteltiin vain vähentymisen näkökulmasta. Testi on laajasti tutkittu ja se on todettu päteväksi ja luotettavaksi. Testin osista kahdeksan mittaa somaattis –

vegetatiivisia oireita ja 13 kognitiivis – affektiivisia oireita sekä ajattelutapoja. (Beckin depressioasteikon tulkinta: Duodecimlehti, 2008.)

0–12	normaali
13–18	lievä masennus
19–29	kohtalainen tai keskivaikea masennus
≥ 30	vaikea masennus

Kuva 1. Beckin depressioasteikon tulkinta.

### 6.3 Luotettavuus ja eettisyys

Kvantitatiivisen tutkimuksen edellytyksenä on ilmiön tunteminen sekä tieto tutkittavaan ilmiöön vaikuttavista tekijöistä. Jotta jotakin voidaan mitata, tulee olla tiedossa mitä mitataan. Määrällinen tutkimus perustuu määriteltyjen muuttujien mittaamiseen, niiden välisten suhteiden tutkimiseen sekä esiintyvyyden määrälliseen laskemiseen. (Kananen 2011, 12). Kvantitatiivinen tutkimus auttaa tutkittavassa ilmiössä tapahtuneiden muutosten lisäksi vastaamaan tutkimuskohteen lukumääriin sekä prosentiosuuksiin liittyviin kysymyksiin (Heikkilä 2014, 15).

Opinnäytetyössämme tutkimuksen aineistonhankinnan kohderyhmä, tutkimuksen toteutustapa sekä se mitä tutkimuksella pyrittiin selvittämään, olivat alusta asti selvillä. Vaikka tutkimusaineistona käytetty materiaali koottiin kohderyhmältä, jotka eivät kyselyyn vastanneet nimettömänä, ei varsinaisessa opinnäytetyön tutkimusaineistossa ilmennyt muita vastaajan yksilöintitietoja kuin sukupuoli ja ikä sekä kyselyssä saadut kokonaispisteet.

Tutkimuksen validiteetilla tarkoitetaan Heikkilän (2014, 27) mukaan sitä, että mitattavat asiat ovat tarkoituksenmukaisia suhteessa tutkimuskysymykseen. Tämän vuoksi ennalta asetetut tavoitteet ovat tutkimuksen onnistumisen kannalta olennaisia. Jos tavoitteita ei ole asetettu tarkasti, saatetaan tutkia vääriä asioita. Heikkilän (2014) mukaan vakiintuneilla mittareilla mitataan keskimäärin oikeita asioita.

### **Opinnäytetyössämme käytetty BDI – testin tulos on keskeisin mitattava asia tässä tutkimuksessa.**

Heikkilän (2014, 27) mukaan kyselylomakkeen kysymysten on vastattava tutkimusongelmaan ja tuottaa tähän ratkaisu. Perusjoukko, riittävän otoksen saaminen ja korkea vastausprosentti edistävät tutkimuksen toteuttamista.

Reliabiliteettia eli luotettavuutta arvioidaan tulosten tarkkuudella. Keskeistä Heikkilän (2014, 28) mukaan sattumanvaraisuutta ei voida sallia tuloksissa. Tutkimus olisi pystyttävä toistamaan vastaavin tuloksia uudelleen. Otoksen tulisi olla riittävän suuri, koska pieni otoskoko korostaa sattumanvaraisuutta tutkimuksessa.

Tätä opinnäytetyötä tehdessämme keskityimme pitämään prosessin eettisenä ja suunnitelmallisena. Mittareiden (BDI) ollessa vakiintuneita työvälineitä Sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnassa, pystyimme luottamaan tuloksiin riittävällä varmuudella. Kaikissa tapauksissa asiakkaat ovat täyttäneet kyselyt itsenäisesti eikä niiden tekemiseen ole näin ollen vaikuttanut. Tulosten mahdollisuuksia ei ole ennakoon päätelty. Yleisesti alemman korkeakoulututkinnon opinnäytetöitä ei pidetä tieteellisesti valideina. Kuitenkin tulosten levittäminen voidaan nähdä tärkeänä osana palveluiden kehittämisen ja tehostamisen näkökulmasta.

Rehab365:n kuntoutuksen vuonna 2022 läpi käyneitä asiakkaita oli enemmän, kuin mitä tässä tutkimuksessa olleita (n51 vrt. 100). Kuitenkaan kaikkia asiakkaita ei ollut pyydetty täyttämään BDI – testiä kuntoutuksen päättyessä tai kyselyn tuloksia ei ollut kirjattu asiakastietojärjestelmään. Osa asiakkaista saattoi myös poistua kuntoutuslaitokselta kuntoutuksen päättyttyä ennen kuin heiltä oli ehditty pyytää testin uusimista, eivätkä he näin ollen tuottaneet vertailukelpoista aineistoa. Osa asiakkaista olisi voinut myös kieltäytyä testin tekemisestä, mutta näin ei tietävästi tapahtunut. Kyselyyn osallistuneet ovat siis valikoituneet täysin sattumanvaraisesti. Otannan ollessa kuitenkin suhteellisen pieni, antaa se osviittaa eroavaisuuksista, mutta on mahdollista, että erot tasoittuisivat suuremmalla otannalla.

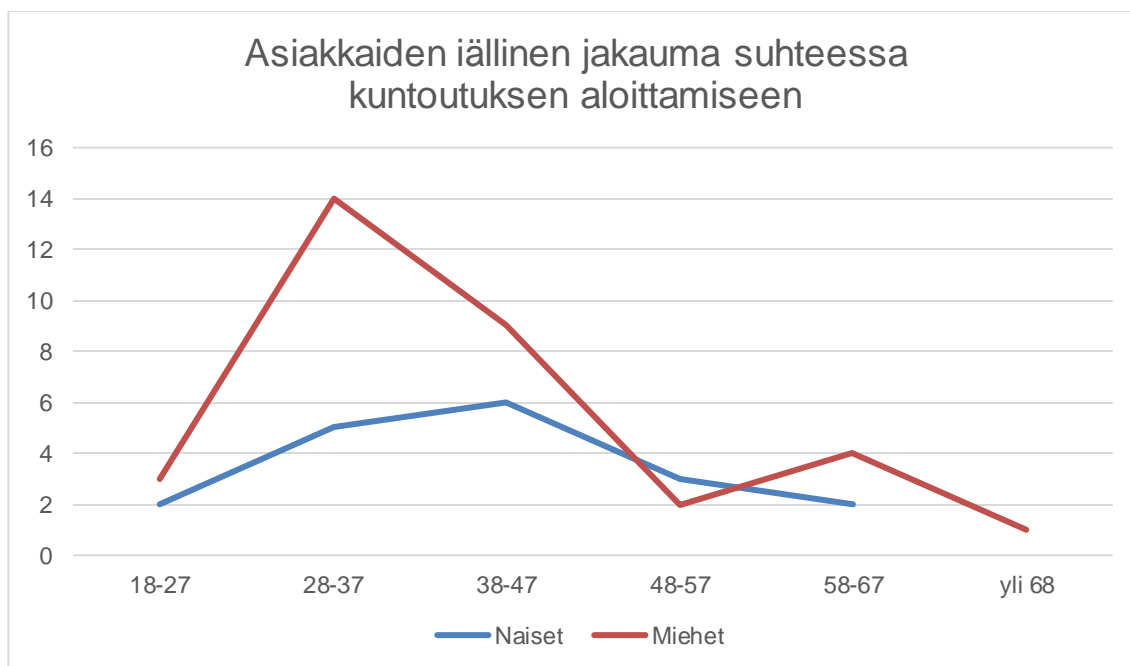
Tämän opinnäytetyön tulokset kuitenkin korreloivat tuloksia Markkula & Suvisaaren (2018) kirjoittamassa sosiaalilääketieteellisen aikakauslehdessä (2018: 55: 189-199) artikkelissa, jossa käydään läpi laajaa tutkimusta masennushäiriöiden esiintyvyydestä Suomessa ja globaalisti. Markkula & Suvisaari (2018) kirjoittavat 2000 ja 2011 terveys väestötutkimuksien tuloksista, joiden perusteella naisten masentuneisuus on korkeampaa kuin miesten, mikä on tämänkin opinnäytetyön tuloksista selvästi huomattavissa.

Markkula & Suvisaari (2018) kirjoittavat sosiaalilääketieteellisen aikakauslehdessä (2018: 55: 189-199) artikkelissaan Terveys – 2000 (n 6005) ja Terveys – 2011 (n 4478) tehtyjen väestötutkimuksien tuloksista, joissa on tutkittu masennushäiriöiden esiintyvyyttä Suomessa laajasti. Siinä missä globaali tilanne masennushäiriöiden esiintyvyydessä on vastaavissa tutkimuksissa pysynyt tilastollisesti ennallaan vuoden 1990 (4,4%) ja vuoden 2010 (4,4%) tutkimuksissa on Suomalaisten masennushäiriöt kasvaneet vuodesta 2000 (7,3%) vuoteen 2011 (9,6%) tilastollisesti merkittävästi naisilla, mutta ei miehillä.

Markkula & Suvisaari (2018) kirjoittavat artikkelissaan myös laajoissa psykiatrisissa tutkimuksissa esiintyvistä kato- ja valikoitumisharhoista, jotka todennäköisesti aiheuttavat sen, että todelliset luvut ovat pienempiä. Tästä huolimatta masennushäiriöiden esiintyvyys on naisilla kasvanut enemmän, kuin miehillä, mutta kato- ja valikoitumisharha huomioiden, ei tilastollisesti merkittävästi.

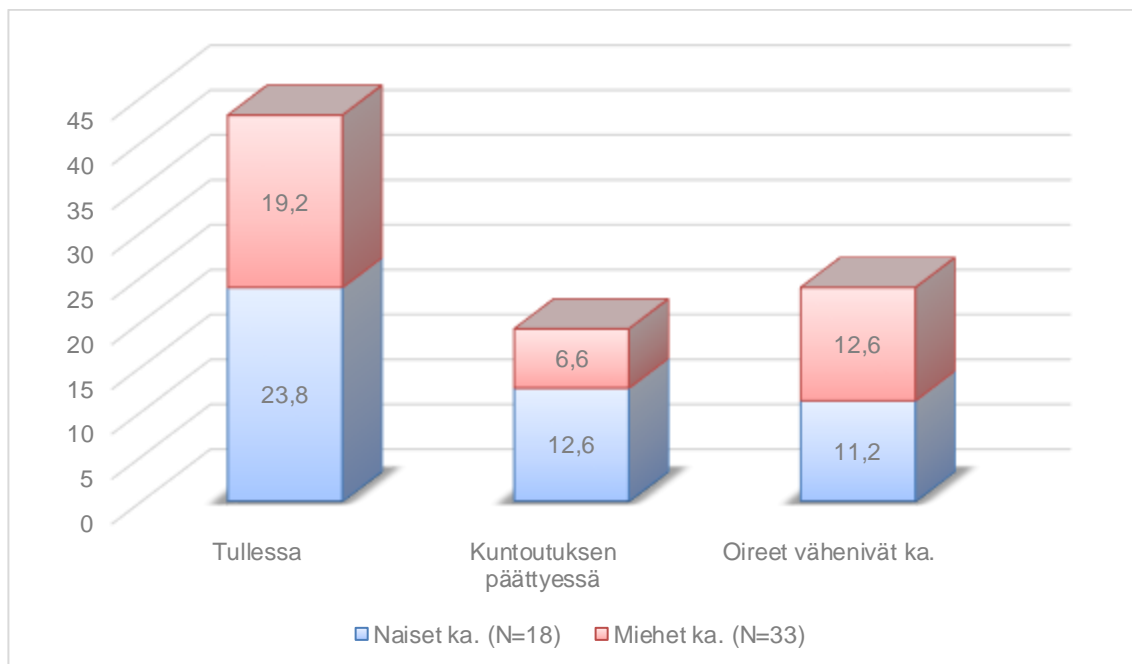
## 7 Tulokset

Tutkimustuloksista voidaan nähdä kuntoutukseen hakeutumisen iällinen jakautuminen. Miesten hakeutuminen kuntoutukseen tapahtui keskimääräisesti useammin 28 – 37 – vuotiaana (42,4%), kun naisten vastaava oli 38 – 47 – vuotiaana (33,3%).



Taulukko 1. Asiakkaiden iällinen jakauma suhteessa kuntoutuksen aloittamiseen.

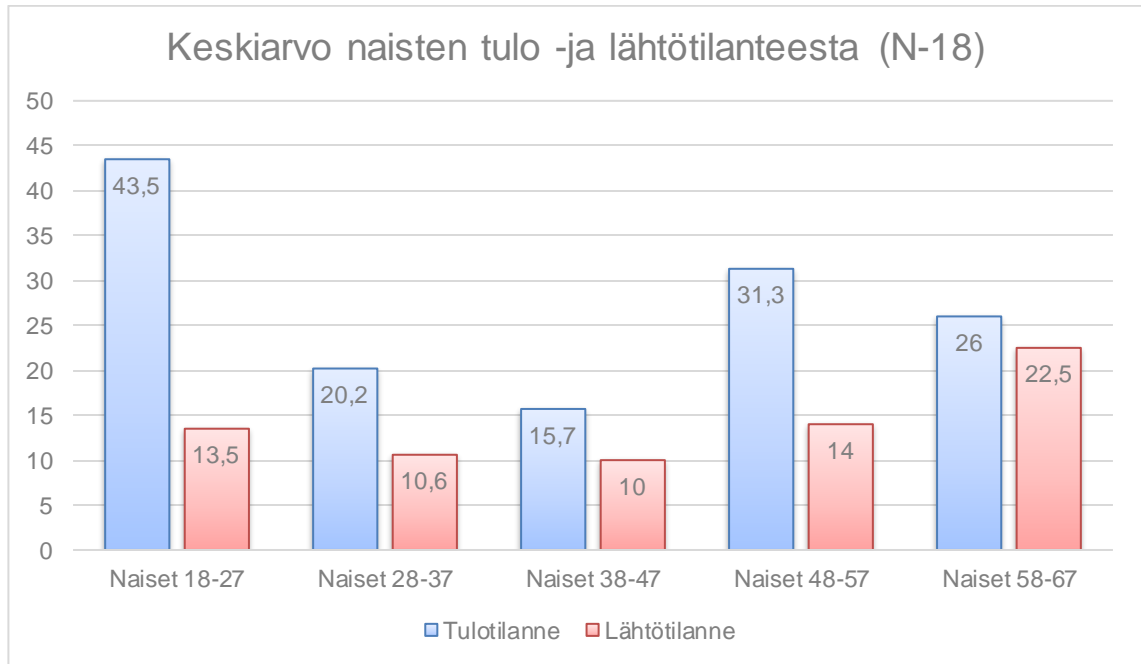
Naisten BDI – testin keskimääräinen tulos oli kuntoutuksen alkaessa 23,8 pistettä, kun miesten vastaava oli 19,2 pistettä. Naisten kokemus masennusoireista oli 19,3 % (4,6 pistettä) korkeampi, kuin miesten. Kuntoutuksen vaikutus naisten kokemiin masennusoireisiin oli BDI – testillä mitattuna vähentänyt oireita keskimääräisesti 11,2 pisteellä, joka tarkoittaa 47 % oirevähentymistä. Miesten kokemus kuntoutuksen vaikutuksesta masennusoireisiin BDI – testillä mitattuna oli vähentänyt oireita keskimäärin 66 % (12,6 pistettä).



Taulukko 2. Oireiden keskimääräinen vähentyminen.

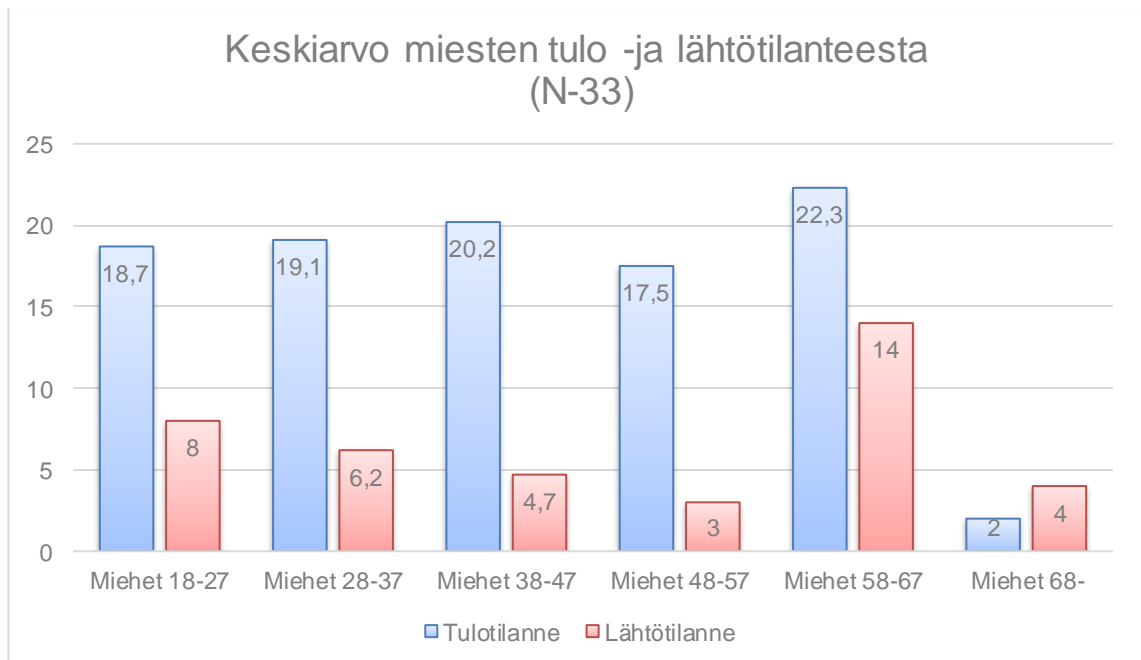
Kuntoutuksen suunniteltuna päättymishetkenä naisten keskimääräinen BDI – testin tulos oli 12,6 pistettä ja miesten vastaava 6,6 pistettä. BDI – testin uusin versio antaa pisteille 0-12 luokituksen; normaali mieliala. Näin ollen naisten tulos viittaisi keskimääräisesti lievään masennukseen, kun miesten tulos asettuu normaali mieliala – luokituksen keskiarvoon. Naisten kokemat masennusoireet kuntoutuksen päättyessä olivat 47,6% korkeammat, kuin miesten.

Kuntoutuksen vaikutus naisten kokemiin masennusoireisiin oli BDI – testillä mitattuna vähentänyt oireita keskimääräisesti 11,2 pisteellä, joka tarkoittaa 47% oirevähentymistä.



Taulukko 3. Naisten tulo -ja lähtötilanne.

Miesten kokemus kuntoutuksen vaikutuksesta masennusoireisiin BDI – testillä mitattuna oli vähentänyt oireita keskimäärin 66% (12,6 pistettä).



Taulukko 4. Miesten tulo- ja lähtötilanne.

**Kuntoutuksen vaikutus asiakkaan kokemiin masennusoireisiin oli siis tämän tutkimuksen mukaan verrattain samankaltainen miehillä ja naisilla (ero <1,5 p.). Kokemukseen vaikuttavat yksilölliset tekijät, mutta keskimäärin miesten kokemat masennusoireet olivat pienemmät kuntoutuksen suunnitellussa alkamisajankohdassa sekä päättymisajankohdassa, kuin naisten.**

Naisten ikäluokassa 18–27 vuotiaat, oireet vähenivät keskimäärin eniten. Tässä ikäluokassa kuntoutukseen hakeuduttiin kuitenkin vähiten. Naisten ikäluokassa 38 – 47 vuotiaat, jolloin kuntoutukseen hakeuduttiin useimmin, kokemus oireiden vähenemisestä oli kuitenkin toiseksi heikoin. Yksi hypoteesi tähän voisi olla primaari masennus, jolloin ”itselääkintä hypoteesi” olisi mahdollinen selittävä tekijä.

Miesten ikäluokassa 28 – 37 vuotiaat, jolloin kuntoutukseen hakeuduttiin useimmin, oli kokemus oireiden vähentymisestä kolmanneksi suurin. Miesten ikäluokassa 68 – vuotiaat ja siitä vanhemmat on ainoa tulos, jossa BDI – testin tulos on lähtiessä suurempi, kuin tullessa. Kyseisten testien molemmat tulokset ovat kuitenkin normaali mielialaa kuvaavia, joten kyseessä on saattanut olla myös epärehellinen vastaus.

Miehiä vuonna 2022 Rehab365 kuntoutukseen hakeutuneista oli 65% ja naisia 35%. THL (2023) tilastoraportin (72/2023) mukaan ensimmäistä kertaa huumeiden käytön vuoksi riippuvuuskuntoutukseen vuonna 2022 hakeutuneista 38% oli naisia. Tämä näyttö on hyvin samankaltainen tämän tutkimuksen kanssa.

## 8 Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen tuloksena masennusoireiden voimakkuus on suurempi naisilla, kuin miehillä kuntoutukseen tullessa ja kuntoutuksesta kotiutuessa, joka korreloi Markkula & Suvisaaren (2018) kirjoittaman Terveys kyselyiden tuloksiin, joiden perusteella naisten masentuneisuus oli miehiä yleisempää.

Keskimääräisesti kuntoutuksen vaikutus asiakkaiden kokemiin masennusoireisiin on kuitenkin samankaltainen, eikä eroa voida pitää merkittävänä.

Yleisenä ja tunnistettuna haasteena mielenterveys- ja päihdetyössä ovat kaksioisdiagnoosiasiakkaat, joilta usein evätään psykiatrinen hoito akuutin päihderiippuvuuden vuoksi ja toisaalta päihderiippuvuutta pidetään suurena vaikuttavana tekijänä mielenterveydellisten ongelmien taustalla. Tässä tutkimuksessa ei otettu huomioon kaksoisdiagnoosin mahdollisuutta, eikä mahdollisen primaarin masennuksen hoitoa, vaan asiakkaita kohdeltiin yhtenä tutkimusryhmänä taustoista riippumatta. Aallon ym. (2018, 200–201) mukaan on hoidon kannalta tärkeää, että häiriöiden ensisijaisuus tutkitaan, jotta hoito voidaan antaa oikea-aikaisesti hyödyntäen psykososiaalista kuntoutusta sekä lääkehoitoa. Tutkimuksen tulos kuitenkin osoittaa kuntoutuksen vaikuttavan suuresti asiakkaan kokemiin masennusoireisiin huolimatta primaaridiagnoosin varmistamattomuudesta, joskin naisten ikäluokassa 38 – 47 vuotiaat, jolloin kuntoutukseen hakeuduttiin keskimääräisesti useammin, oli kokemus oireiden vähenemisestä toiseksi heikointa, joka antaisi osviittaa masennuksen primaariydestä.

Toipumisorientoitunut viitekehys todennäköisesti vaikuttaa osaltaan kokemukseen masennusoireiden helpottamisesta. Tutkimusnäytön vähäisyys luo kuitenkin epävarmuutta ajatukselle, eikä varmaa johtopäätöstä voida tehdä ennen laajempaa tutkimusta. Tutkimuksen kysely on tehty kuntoutuksen alkaessa ja sen suunnitellussa päättymisessä. Voidaan ajatella, että kuntoutukseen hakeutuminen ja erityisesti kuntoutuslaitokseen kirjautuminen voi olla alakulua lisäävä tapahtuma, jota on mahdollisesti edeltänyt jokin erityisen traumaattinen tapahtuma. Usein päihde- ja peliriippuvuudessa

puhutaankin ns. pohjakosketuksesta, joka usein toimii sysäyksenä ongelman tunnistamiselle ja hoitoon hakeutumiselle. Näiden mahdollisten edeltävien tapahtumien vaikutusta testin tulokseen ole voitu eritellä. Testin tekemiseen liittyvät tilanteet ovat kuitenkin muutenkin niitä muissa yksiköissä tehdessä samankaltaisia, eikä sitä sen vuoksi tule tarkastella erityisen kriittisessä valossa.

Testin toisto on tapahtunut välittömästi kuntoutuksen päättyessä, eikä se näin ollen kuvaa asiakkaan autenttista tilaa siinä sosiaalisessa ympäristössä, josta hän on kuntoutukseen tullut. **Tämä tutkimus pyrkii kuitenkin vastaamaan kysymykseen, kuinka toipumisorientoitunut riippuvuuskuntoutus on vaikuttanut asiakkaan kokemiin masennusoireisiin, jolloin kyselyn uudelleen tekemisen ajankohta on tarkoituksenmukainen.**

Rehab365:n tuottama toipumisorientoitunut riippuvuuskuntoutus vaikuttaa siis asiakkaan kokemiin masennusoireisiin huomattavan positiivisesti, jonka seurauksena asiakkaan hyvinvointi lisääntyy psyykkisesti ja sitä kautta myös sosiaalisesti. Päihteiden käytön tai haitallisen toiminnan lopettaminen kokonaan edistää osallisuutta, hyvinvointia ja terveyttä merkittävästi asiakkaan tulevaisuudessa. Tästä syystä tämän tutkimuksen tulokset ovat rohkaisevia ja vaikuttavuudeltaan merkittäviä.

## 8.1 Tulosten julkaisu ja levittäminen

Toiminnan vaikuttavuuden arviointi ja siihen liittyvän mittariston kehittäminen on ollut kiivaankin keskustelun aiheena viime vuosina myös päihdehoidon kentällä. Mikä olisi toimiva mittari erilaisten hoitomuotojen vaikuttavuuden keskinäiseen vertaamiseen ja mitä asioita olisi oleellista mitata? Mitä mittaustuloksilla tavoitellaan ja mitä niillä tehdään? Kuinka mitata elämänlaadun kohentumista numeerisesti?

Rehab365 on pyrkinyt kehittämään erilaisia mittareita saadakseen tarkempaa tietoa tarjoamansa palvelun vaikuttavuudesta erityisesti toiminnan kehittämisen näkökulmasta. Säännöllisillä asiakaspalautekyselyillä sekä kuntoutuksen

vaikuttavuuden mittaamisella voidaan tehostaa palveluja sekä edistää asiakkaiden hyvinvointia parhailla, tutkittuun tietoon pohjautuvilla menetelmillä.

Tämän opinnäytetyön tulokset julkaistaan Rehab365:n verkkosivuilla ja yrityksen sosiaalisen median kanavilla sekä jaetaan Varsinais-Suomen hyvinvointialueen mielenterveys- ja päihdetyön yksiköiden henkilöstölle. Rakentava näkökulma olisi perustaa työryhmä vaikuttavuuden mittaamisen suunnittelua varten, jonka avulla voitaisiin luoda yhtenäiset tavat mitata riippuvuuskuntoutuksen vaikuttavuutta. Laadun valvonnalla ja yhtenäisten vaikuttavuusmittareiden luomisella ja seurannalla voitaisiin lisätä tasa-arvoista ja -laatuista riippuvuuskuntoutusta Suomessa. Hyvinvointialueiden vaihtelevat toimintatavat eriarvoistavat asiakkaita, eikä tasalaatuista, tutkimustietoon perustuvaa kuntoutusta välttämättä saa oikea-aikaisesti.

## 8.2 Yhteenveto

Toipumisorientoitunut riippuvuuskuntoutus tarkoittaa päihteettömään elämäntapaan tähtäävää kuntoutusmallia, sen keskiössä on kemiallisen riippuvuuden ymmärtäminen ja toipumisen mahdollistava ympäristö, jossa yksilö kykenee tuntemaan osallisuutta, merkityksellisyyttä sekä vertaistukea.

Rehab365:n toiminnan käynnistyttyä työntekijät havaitsivat kuntoutusjakson aikana merkittäviä positiivisia muutoksia asiakkaiden psyykkisessä hyvinvoinnissa ja ryhtyivät kartoittamaan, kuinka muutos olisi todennettavissa käyttämällä helppokäyttöistä ja yleisesti käytettyä masennuksen tilaa kuvaavaa testiä. Masennusoireiden arvioinnissa käytettiin BDI (Beckin depressioasteikko) –testiä, joka asiakas pyydettiin täyttämään kuntoutuksen alkaessa sekä sen päättyessä suunnitellusti.

Riippuvuus on laaja käsite, josta löytyy paljon kirjallisuutta, ja aihetta on tutkittu laajasti. Riippuvuus voi syntyä mihin tahansa aineeseen tai toimintaan, joka tuottaa hetken mielihyvän, mutta pitkään jatkuessaan aiheuttaa haittoja yksilölle ja tämän läheisille. Riippuvaiseksi voi esimerkiksi tulla päihteisiin, raha- tai digipeleihin, pornografiaan tai syömiseen.

Riippuvuuden eli addiktion pääasiallinen oire on jonkin aineen käyttämisen tai toiminnan pakonomaisuus. Ihminen hakee aineen tai toiminnan aiheuttamaa mielihyvää tai tunnetilaa, eikä kykene säätelemään aineiden käytön tai toiminnan aloitusta, lopetusta tai määrää. Henkilö itse ei välttämättä ole kykeneväinen tunnistamaan riippuvuussairautta tai hänen voi olla vaikeaa myöntää itselleen tilannetta ja sen aiheuttamia terveydellisiä, taloudellisia ja sosiaalisia haittoja sekä oireita. Riippuvuussairaudet vaikuttavat laajasti yksilön elämään ja sen laatuun. Terveydellisten, taloudellisten ja sosiaalisten haittojen lisäksi esiintyy myös psyykkisiä haittoja ja oireita, esimerkiksi masennusta.

Yhtenä globaalisti yleisimmistä mielenterveyden häiriöistä, masennus vaikuttaa miljooniin ihmisiin iästä tai taustasta riippumatta. Yhdysvaltalainen psykiatrien ammatillinen järjestö luokittelee masennuksen vakavaksi mielenterveyden häiriöksi, jonka psyykkisinä oireina on yleisimmin pitkäkestoinen ja voimakas surumielisyyys, väsymys, yleinen kiinnostuksen puute sekä itsetunnon lasku. Syyt masennukseen ovat moninaisia, ja sen esiintyvyys vaihtelee alueittain ja väestöryhmittäin. Masennukseen käytetään erilaisia hoitomuotoja, jotka usein valikoituvat ja vaihtelevat masennuksen vaikeusasteen sekä yksilöllisten tekijöiden mukaan.

Erilaiset psykoterapiamuodot ovat osoittautuneet tehokkaiksi masennuksen hoidossa. Lääkehoitona masennukseen käytetään yleisimmin selektiivisiä serotoniinin takaisinoton estäjiä (SSRI lääkkeet) sekä serotoniinin ja noradrenaliinin takaisinoton estäjiä (SNRI lääkkeet). Yleensä lääkitystä suositellaan vaikean masennuksen hoidossa tai mikäli psykoterapia ei ole riittävän tehokasta.

Päihdehäiriöiden ja samanaikaisten muiden mielenterveyshäiriöiden ajallisia ja syy suhteita koskeva tutkimustieto on ristiriitaista. Kliinisen kokemuksen perusteella on tuotu esiin ns. itselääkitysmalli, jonka mukaan henkilö päätyy käyttämään päihteitä helpottaakseen omaa pahaa oloaan. Päihteiden käyttö saattaa pahentaa jo olemassa olevia mielenterveydellisiä ongelmia tai nopeuttaa häiriön kehittymistä. Päihdehäiriön ja depression ilmaantumisympäristyksessä on havaittu sukupuolieroja siten, että miehillä

päihdehäiriö alkaisi useammin ennen mielialahäiriötä ja naisilla järjestys on päinvastainen.

Mielenterveys ja huumeiden käyttö, mukaanluettuna riippuvuutta aiheuttavat lääkkeet, voivat liittyä toisiinsa eri tavoin. Huumeiden välittömät vaikutukset voivat aiheuttaa psykiatrisia oireita, jotka häviävät muutaman viikon kuluttua päihteiden käytön lopettamisesta. Päihteitä käyttävällä voi olla myös ns. itsenäinen mielenterveydenhäiriö, joka ei häviä pitkänkään raittiina olon jälkeen. Tällöin päihteet voivat kuitenkin pahentaa mielenterveyden häiriön oireita tai heikentää siihen tarkoitetun hoidon tehoa. Yksi mahdollinen yhteys on myös mielenterveydenhäiriön itselääkintä, joka voi olla osa riippuvuuskäyttäytymistä.

Päihteiden käyttö saattaa usein huonontaa mielialaa sekä ylläpitää masennusta. Masennuksen ja päihteidenkäytön välille voi syntyä ns. kehä. Päihteiden käyttö saattaa edistää masennuksen puhkeamista ja oireiden jatkumista ja toisaalta masentuneena saattaa käyttää herkemmin päihteitä, koska ne tuntuvat tuovan hetkellistä helpotusta oloon.

Hoidon onnistumisen kannalta on tärkeää selvittää, aiheuttaako päihteiden käyttö oireita vai ovatko psyykkiset oireet pääosin itsenäisiä ja olemassa olevia myös ilman päihteiden käyttöä. Mikäli psyykkiset oireet aiheutuvat päihteidenkäytöstä, hoidossa keskitytään päihdeongelman käsittelyyn ja hoitoon. Kaksoisdiagnoosin ollessa kyseessä hoidossa huomioidaan psykiatristen oireiden lievittäminen ja päihdeongelman hoito.

Toipumisorientaation viitekehys pohjautuu yksilöllisyyden, itsemääräämisoikeuden, osallisuuden ja kasvun mahdollisuuksien arvoihin. Viitekehysten monipuolisuuden takia ei ole olemassa yhtä ainoaa teoriaa, jolla voidaan kuvata ja perustella toipumisorientaatiota ilmiönä tai ideologiana.

Toipumisen ajatellaan liittyvän yksilön omaan kokemukseen mielekkästä elämästä, eikä siihen vaikuta hänen diagnoosinsa tai muut kliinisten tutkimuksien tulokset. Toipumisorientaatiossa yksilö valitsee itse identiteetin,

jonka kautta haluaa tulla kohdatuksi. Tärkeää on se, ettei häntä määritellä tai lokeroida sairaaksi tai kuntoutujaksi.

Opinnäytetyö käynnistyi päihdekuntoutuslaitos Rehab365:n toimeksiannosta tammikuussa 2023 kuntoutuslaitoksen kerättyä hyödynnettävää tutkimusaineistoa asiakkailtaan vuoden 2022 ajan. Opinnäytetyön metodologisen pohjana voidaan pitää kvantitatiivista survey-tutkimusta, jossa tutkimusaineisto on kerätty vakioidut kysymykset ja vastausvaihtoehdot sisältävää strukturoitua kyselylomaketta käyttäen. Käytetyssä BDI - kyselylomakkeessa käytettiin valmiita validoituja mittareita, jolloin kysymykset mittaavat juuri sitä, mihin on tarkoitus saada vastaus.

Tutkimusaineistona hyödynnettiin asiakkaiden laitospääntösuunnitelmana aloittamis- ja päättämisaikoina tehdyt BDI – kyselyt. Kyselyt kerättiin päihdekuntoutuslaitos Rehab365:ssä vuoden 2022 aikana. Kyselyt tehtiin yhteensä 51 asiakkaalle, joista 18 (n 18) oli naisia ja 33 (n 33) miehiä. Aineisto jaettiin ikätasoihin, joihin valikoituivat osa-alueet 18-27 – vuotiaat, 28-37 – vuotiaat, 38-47 – vuotiaat, 48-57 – vuotiaat, 58-67 – vuotiaat ja yli 68 – vuotiaat.

Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia ja havainnoida toipumisoireituneen päihdekuntoutuksen vaikutuksia asiakkaiden kokemuksiin masennusoireisiin. Tutkimuksessa käytettiin 51 (n 51) asiakkaan BDI-kyselyn tuloksia, jotka kerättiin laitospääntösuunnitelman alkaessa sekä sen päättyessä suunnitellusti.

BDI-kyselyiden lisäksi tarkasteltiin myös kuntoutukseen hakeutumisen iällistä jakautumaa miesten ja naisten välillä sekä erityisesti sukupuolten mahdollisia eroavaisuuksia masennusoireiden suhteen. Erityisen mielenkiinnon kohteena on tulkita havaintoja päihteidenkäytön yhteydestä masennusoireisiin, kuten myös päihdehoitokeskus Rehab365 tarjoamien ympäristötekijöiden vaikutusta tuloksiin. Näiden erottelu opinnäytetyön tuloksista on kuitenkin hypoteettista.

Tutkimustuloksista voidaan nähdä kuntoutukseen hakeutumisen iällinen jakautuminen. Miesten hakeutuminen kuntoutukseen tapahtui keskimääräisesti useammin 28 – 37 – vuotiaana (42,4%), kun naisten vastaava oli 38 – 47 – vuotiaana (33,3%).

Naisten BDI – testin keskimääräinen tulos oli kuntoutuksen alkaessa 23,8 pistettä, kun miesten vastaava oli 19,2 pistettä. Naisten kokemus masennusoireista oli 19,3 % (4,6 pistettä) korkeampi, kuin miesten. Kuntoutuksen vaikutus naisten kokemiin masennusoireisiin oli BDI – testillä mitattuna vähentänyt oireita keskimääräisesti 11,2 pisteellä, joka tarkoittaa 47 % oirevähentymistä. Miesten kokemus kuntoutuksen vaikutuksesta masennusoireisiin BDI – testillä mitattuna oli vähentänyt oireita keskimäärin 66 % (12,6 pistettä).

Kuntoutuksen suunniteltuna päättymishetkenä naisten keskimääräinen BDI – testin tulos oli 12,6 pistettä ja miesten vastaava 6,6 pistettä. BDI – testin uusin versio antaa pisteille 0-12 luokituksen; normaali mieliala. Näin ollen naisten tulos viittaisi keskimääräisesti lievään masennukseen, kun miesten tulos asettuu normaali mieliala – luokituksen keskiarvoon. Naisten kokemat masennusoireet kuntoutuksen päättyessä olivat 47,6% korkeammat, kuin miesten.

Kuntoutuksen vaikutus naisten kokemiin masennusoireisiin oli BDI – testillä mitattuna vähentänyt oireita keskimääräisesti 11,2 pisteellä, joka tarkoittaa 47% oirevähentymistä. Miesten kokemus kuntoutuksen vaikutuksesta masennusoireisiin BDI – testillä mitattuna oli vähentänyt oireita keskimäärin 66% (12,6 pistettä).

Rehab365:n tuottama toipumisorientoitunut riippuvuuskuntoutus vaikuttaa siis asiakkaan kokemiin masennusoireisiin huomattavan positiivisesti, jonka seurauksena asiakkaan hyvinvointi lisääntyy psyykkisesti ja sitä kautta myös sosiaalisesti. Päihteiden käytön tai haitallisen toiminnan lopettaminen kokonaan edistää osallisuutta, hyvinvointia ja terveyttä merkittävästi asiakkaan tulevaisuudessa.

## Lähteet

Aalto, M.; Alho, H. & Niemelä, S. 2018. *Huume- ja lääkeriippuvuudet*. 1. painos. Helsinki: Duodecim.

American Psychiatric Association. 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

Archer, M. A role of Alcohol and Adiposity in Low-grade Inflammation of Depression. Academic dissertation. Faculty of Medicine and Health Technology of Tampere University. Tampere : Tampere University. Viitattu 3.3.2024. <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/137521/978-952-03-2314-1.pdf?sequence=2&isAllowed=y>.

Beckin depressioasteikon tulkinta. Duodecimlehti 2008; 124(21):2467-70. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. Viitattu 4.1.2024. <https://www.duodecimlehti.fi/duo97613>.

Heikkilä, Tarja 2014. Tilastollinen tutkimus. 9. painos. Porvoo: Bookwell Oy.

Huumeongelmat. Käypä hoito -suositus 2022. Suomalaisen Lääkäriseuran ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 2.3.2024. [Huumeongelmat \(kaypahoito.fi\)](#).

Häkkinen, M. 2023. Alkoholiriippuvuus. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 2.3.2024. [Alkoholiriippuvuus - Terveyskirjasto](#).

Jaakkola, T. 2008. Pelihimo – miten tunnistaa salattu ongelma?. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. Viitattu 2.3.2024. [Pelihimo - miten tunnistaa salattu ongelma? \(duodecimlehti.fi\)](#).

Kananen, Jorma 2011. Kvantti. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu julkaisuja: Tampereen yliopistopaino.

Karjalainen, K.; Pekkanen, N. & Hakkarainen, P. 2020. Suomalaisen huumeiden käyttö ja huumeasenteet. Huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992–2018. Helsinki: PunaMusta Oy.

Kiianmaa, K. (2013). Alkoholiriippuvuuden biologiset taustatekijät. Teoksessa Teuvo Peltoniemi (toim.) Pääasiana alkoholi. Käyttö, haitat, hoito, politiikka nyt ja 2040. Helsinki: Lönnberg painot Oy.

Kuehner, C. (2017). Why is depression more common among women than among men? *The Lancet Psychiatry*, 4(2), 146-158.

Kuula, Arja (2006) Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.

Lantz, J. (2021). Hoidontarpeen arvioinnin kehittäminen Rehab365 riippuvuudenhoitoyksikön hoito-ohjelmassa. Humanistinen ammattikorkeakoulu

Lundbom, P. & Vuohelainen, E. 2023. Ehkäisevä päihdetyö ammattikorkeakoulussa -Miksi ja miten?. Humanistinen ammattikorkeakoulu julkaisuja, 23. Humanistinen ammattikorkeakoulu. Viitattu 2.3.2024.

<http://phekaisevatyo.pbworks.com/w/file/attach/112180870/preventiimi-a5-netti%20Copy.pdf#page=19>.

Lääkärilehti. 2008. Teini-iän masennus ennustaa päihteiden käyttöä. Viitattu 2.3.2024. [Lääkärilehti - Teini-iän masennus ennustaa päihteiden käyttöä \(laakarilehti.fi\)](#).

Lääkärilehti. 2010. Teini-iän masennus ennustaa päihteiden käyttöä. Viitattu 2.3.2024. [Lääkärilehti - Nuoren masennus ennakoii päihteiden käyttöä \(laakarilehti.fi\)](#).

Markkula, N.; Suvisaari, J. 2018. Onko masennus lisääntynyt suomalaisessa väestössä?. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2018: 55: 189-199. Viitattu 14.2.2024. <https://journal.fi/sla/article/view/74420/36055>.

Mäkelä, R.; Nuorvala, Y. & Kuokkanen, M. 1998. Päihdepotilaan masennus. *Lääkärilehti* 6/1998. Viitattu 3.3.2024. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/paihdepotilaan-masennus/>.

Nordling, E. 2018. Mitä toipumisorientaatio tarkoittaa mielen terveystyössä? *Duodecim* 2018;134:1476–83.

Nuorten masennuksen omahoito-ohjelma 2024. Omahoito-ohjelma. Terveyskirjasto. Viitattu 3.3.2024. <https://www.mielenterveystalo.fi/fi/omahoito/nuorten-masennuksen-omahoito-ohjelma/miten-paihteet-vaikuttavat-masennukseen>.

Rehab365. 2024. Lääkeriippuvuus. Viitattu 2.3.2024. <https://www.rehab365.fi/riippuvuudet/laakeriippuvuus>.

Rovasalo, A. 2022. Masennustila eli depressio. Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 2.3.2024. [Masennustila eli depressio - Terveyskirjasto.](#)

Salonen, V. 2018. Opinkirjolle koottu materiaalipaketti. Viitattu 15.3.2024. [Aineiston analysointi ja tulosten visualisointi – Opinkirjo](#)

Seppä, K.; Aalto, M.; Alho, H. & Kiiänmaa, K. 2012. Huume- ja lääkeriippuvuudet. Helsinki: Duodecim.

Sihvola, E.; Rose, R.; Dick, D.; Pulkkinen, L.; Marttunen, M. & Kaprio, J. 2008. Early – onset depressive disorders predict the use of addictive substances in adolescence: a prospective study of adolescent Finnish twins. Viitattu 3.3.2024. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1360-0443.2008.02363.x>.

Sihvola, E. 2010. Doctoral dissertation. Early-Onset Depressive Disorders, Related Mental Health Disorders and Substance Use-A Prospective, Longitudinal Study of Finnish Twins Born 1983–1987. Faculty of medicine at the University of Helsinki. Helsinki: University of Helsinki. Viitattu 3.3.2024. <https://helda.helsinki.fi/server/api/core/bitstreams/c507606c-5443-4bcb-9c67-fd2f0c22e3f5/content>.

Tacke, U.; Kuoppasalmi, K. & Airaksinen, M. 1998. Lääkeriippuvuus ja vieroittaminen. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim. Viitattu 2.3.2024. [Lääkeriippuvuus ja vieroittaminen \(duodecimlehti.fi\).](#)

THL 2023. Toiminnalliset riippuvuudet. Viitattu 2.3.2024. [Päihde- ja toiminnalliset riippuvuudet - THL.](#)

Vilkkä, H. (toim.) 2021. Tutki ja kehitä. Jyväskylä. PS-kustannus.

Vilkkä, H. 2014. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Whiteford, HA.; Degenhardt, L. & Rehm, J. 2010. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 2013;382:1575–1586.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2023. Toipumisorientaatio. Viitattu 8.3.2024 <https://thl.fi/aiheet/miелenterveys/miелenterveiden-edistaminen/toipumisorientaatio>

## BDI II – kyselykaavake

### BDI-kysely

---

1.  En ole surullinen (0 p)  
 Olen alakuloinen ja surullinen (1 p)  
 Olen tuskastumiseen asti surullinen ja alakuloinen (2 p)  
 Olen niin onneton, etten enää kestä (3 p)
2.  Tulevaisuus ei masenna eikä pelota minua (0 p)  
 Tulevaisuus pelottaa minua (1 p)  
 Minusta tuntuu, ettei tulevaisuudella ole tarjottavanaan minulle juuri mitään (2 p)  
 Minusta tuntuu, että tulevaisuus on toivoton. En jaksa uskoa, että asiat muuttuvat tästä parempaan päin (3 p)
3.  En tunne epäonnistuneeni (0 p)  
 Minusta tuntuu, että olen epäonnistunut useammin kuin muut ihmiset (1 p)  
 Elämäni on tähän saakka ollut vain sarja epäonnistumisia (2 p)  
 Minusta tuntuu, että olen täysin epäonnistunut ihmisenä (3 p)
4.  En ole erityisen haluton (0 p)  
 En osaa nauttia asioista niin kuin ennen (1 p)  
 Minusta tuntuu, etten saa tyydytystä juuri mistään (2 p)  
 Olen haluton ja tyytymätön kaikkeen (3 p)
5.  En tunne erityisemmin syyllisyyttä (0 p)  
 Minusta tuntuu, että olen aika huono ja kelvoton (1 p)  
 Nykyään tunnen itseni huonoksi ja kelvottomaksi melkein aina (2 p)  
 Tunnen olevani erittäin huono ja arvoton (3 p)
6.  En koe, että minua rangaistaan (0 p)  
 Tunnen, että jotain pahaa voi sattua minulle (1 p)  
 Uskon, että kohtalo rangailee minua (2 p)  
 Tunnen, että olen tehnyt sellaista, josta minua on syytäkin rangaista (3 p)
7.  En ole pettynyt itseäni (0 p)  
 Olen pettynyt itseäni (1 p)  
 Inhoan itseäni (2 p)  
 Vihaan itseäni (3 p)
8.  Tunnen, että olen yhtä hyvä kuin muutkin (0 p)  
 Kritisoin itseäni heikkouksista (1 p)  
 Moitin itseäni virheistäni (2 p)  
 Moitin itseäni kaikesta, mikä "menee pieleen" (3 p)
9.  En ole ajatellut vahingoittaa itseäni (0 p)  
 Olen joskus ajatellut itseni vahingoittamista, mutten kuitenkaan tee niin (1 p)  
 Mielessäni on selvät itsemurhasuunnitelmat (2 p)  
 Tapan itseni, kun siihen tulee tilaisuus (3 p)
10.  En itke tavallista enempää (0 p)  
 Itken nykyään aiempaa enemmän (1 p)  
 Itken nykyään jatkuvasti (2 p)  
 En kykene enää itkemään, vaikka haluaisin (3 p)
11.  En ole sen ärtyneempi kuin ennenkään (0 p)  
 Ärsynnyn aiempaa herkemmin (1 p)  
 Tunnen, että olen ärtynyt koko ajan (2 p)  
 Minua eivät enää liikuta asiat, joista aiemmin raivostuin (3 p)

---

Beck AT. Depression: Causes and Treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1972.

### Liitteet 1. BDI - testi

### BDI-kysely

12.  Olen edelleen kiinnostunut muista ihmisistä (0 p)  
 Muut kiinnostavat minua aiempaa vähemmän (1 p)  
 Kiinnostukseni ja tunteeni muita kohtaan ovat miltei kadonneet (2 p)  
 Olen menettänyt kaiken mielenkiintoni muita kohtaan, enkä välitä heistä enää lainkaan (3 p)
13.  Pystyn tekemään päätöksiä, kuten ennenkin (0 p)  
 Yritän lykätä päätöksentekoa (1 p)  
 Minun on hyvin vaikeata tehdä päätöksiä (2 p)  
 En pysty enää lainkaan tekemään päätöksiä
14.  Mielestäni ulkonäköni ei ole muuttunut (0 p)  
 Olen huolissani siitä, että näytän vanhalta tai etten näytä miellyttävältä (1 p)  
 Minusta tuntuu, että ulkonäköni on muuttunut pysyvästi niin, etten näytä miellyttävältä (2 p)  
 Tunnen olevani ruma ja vastenmielisen näköinen (3 p)
15.  Työkykyni on säilynyt ennallaan (0 p)  
 Työn aloittaminen vaatii minulta ylimääräisiä ponnistuksia (1 p)  
 Saadakseni aikaan jotakin minun on suorastaan pakotettava itseni siihen (2 p)  
 En kykene lainkaan tekemään työtä (3 p)
16.  Nukun yhtä hyvin kuin ennen (0 p)  
 Olen aamuisin väsyneempi kuin ennen (1 p)  
 Herään nykyisin 1-2 tuntia normaalia aikaisemmin enkä nukahda enää uudelleen (2 p)  
 Herään aikaisin joka aamu, enkä pysty nukkumaan viittä tuntia pitempään yhtäjaksoisesti (3 p)
17.  En väsy sen nopeammin kuin ennen (0 p)  
 Väsyn nopeammin kuin ennen (1 p)  
 Väsyn lähes tyhjistä (2 p)  
 Olen liian väsynyt tehdäkseen mitään (3 p)
18.  Ruokahaluni on ennallaan (0 p)  
 Ruokahaluni on huonompi kuin ennen (1 p)  
 Ruokahaluni on nyt paljon huonompi kuin ennen (2 p)  
 Minulla ei ole lainkaan ruokahalua (3 p)
19.  Painoni on pysynyt viime aikoina ennallaan (0 p)  
 Olen laihtunut yli 2,5 kg (1 p)  
 Olen laihtunut yli 5 kg (2 p)  
 Olen laihtunut yli 7,5 kg (3 p)
20.  En ajattele terveyttäni tavallista enempää (0 p)  
 Kiinnitän tavallista enemmän huomiota särkyihin ja kipuihin, vatsavaivoihin ja ummetukseen (1 p)  
 Tarkkailen ruumiintuntemuksiani niin paljon, ettei muille ajatuksille jää aikaa (2 p)  
 Terveyteni ja tuntemusteni ajatteleminen on kokonaan vallannut mieleni (3 p)
21.  Kiinnostukseni sukupuolielämään on pysynyt ennallaan (0 p)  
 Kiinnostukseni sukupuolielämään on vähentynyt (1 p)  
 Kiinnostukseni sukupuolielämään on huomattavasti vähäisempää kuin aikaisemmin (2 p)  
 Olen menettänyt kaiken mielenkiintoni sukupuolielämään (3 p)

Pisteet yhteensä:

Normaali (0-12 pistettä) Kohtalainen tai keskivaikea masennus (19-29 pistettä)  
 Lievä masennus (13-18 pistettä) Vaikea masennus (30 pistettä tai yli)

Beck AT. Depression: Causes and Treatment. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1972.

## Liitteet 2. BDI – testi

