

Jonna Levola, Tuukka Mehtälä, Henna Haravuori ja Anna Keski-Rahkonen

## Päihdehäiriö ja traumaperäinen stressihäiriö – yleinen yhdistelmä haastaa klinikon ja palvelut

Päihdehäiriöiden ja traumaperäisen stressihäiriön (PTSD) tai monimuotoisen traumaperäisen stressihäiriön (cPTSD) yhteisesiintyvyys on yleinen kliininen haaste. Päihteen käyttö voi altistaa traumatisoitumiselle tai olla keino pyrkiä selviytymään traumatisoitumisen aiheuttamasta psyykkisestä kärsimyksestä, mutta taustalla saattaa myös vaikuttaa molempia ilmiöitä lisäävä yhteinen alttius. Lapsuuden ja nuoruuden aikaisilla kielteisillä kokemuksilla on yhteys myöhempään päihdehäiriöihin, mutta päihdeongelmien kehittymistä voidaan ehkäistä yksilöille ja perheille tarjottavalla tuella. Traumakeskeisten psykososiaalisten menetelmien vaikuttavuus traumaperäisten oireiden hoidossa on osoitettu myös silloin, kun potilaalla on samanaikainen päihdehäiriö, sen sijaan näyttö lääkähoidosta on ristiriitaista. Traumakeskeisen psykososiaalisen tuen saatavuutta tulee parantaa ja siihen sitoutumista tukea jo päihdehäiriön hoidon aikana.

Traumaperäisen stressihäiriön ja monimuotoisen traumaperäisen stressihäiriön esiintyvyydeksi länsimaissa arvioidaan 2–12,7 % (1). PTSD ja cPTSD esiintyvät usein samanaikaisesti päihdehäiriöiden kanssa (2). Yhdysvalloissa noin 40 % ja Australiassa jopa 50–60 % päihdehoitoon hakeutuneista täyttää myös PTSD:n diagnostiset kriteerit (3,4). Traumatisoitumisen vakavuuden ja päihdeongelmien vaikeuden välillä vallitsee annos-vastesuhde (5).

Traumaperäisen stressihäiriön ja päihdehäiriöiden yhteisesiintyvyyteen liittyvät heikompi yleinen psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen toimintakyky, suurempi psykiatrisen sairaalahoidon tarve sekä suurempi persoonallisuushäiriöiden ja itsemurhayritysten todennäköisyys (6–8). Yhteisesiintyvyys on myös liitetty heikompaan hoitoon sitoutumiseen ja toisaalta, ilman traumaoireiston hoitoa, suurentuneeseen päihderelapsien todennäköisyyteen (9). Traumatisoituminen – ja usein toistuva traumatisoiville tilanteille altistuminen – on valitettavasti arkipäivää erityisesti laittomia huumeita käyttävien parissa. Erityisen haavoittuvassa asemassa päihdemaailmassa ovat nuoret naiset.

### PTSD ja päihdehäiriöt Suomessa

Traumaperäinen stressihäiriö on diagnosoituna syntynyt Yhdysvalloissa 1980-luvulla alun perin sotilaslääketieteen tarpeisiin. Vaikka sotaveteraanien ahdistuneisuus, painajaiset, rai-vokohtaukset, väkivaltaisuus ja runsas alkoholiinkäyttö ovat Suomessakin olleet yleisiä sodan seurauksia, niistä on yleensä vaiettu (10). Tämä on todennäköisesti vaikuttanut pitkään myös näiden ilmiöiden tilastointiin ja tutkimukseen Suomessa.

PTSD:n yleisyys riippuu siitä, tutkitaanko tiettyjä riskiryhmiä, kuten sotia tai luonnonkatastrofeja kokeneita, vai yleisväestöä. Kun suomalaisten nuorten aikuisten mielenterveysoireilua arvioitiin 2000-luvulla SCID I -haastatteluin, 17,7 %:lla osallistujista oli esiintynyt masennusta ja 14,2 % kuvasi päihteen runsasta käyttöä tai päihderiippuvuutta, mutta alle 1 % osallistujista täytti PTSD:n diagnostiset kriteerit (11).

Suomessa PTSD on mahdollisesti yleisempi ulkomaalaistaustaisilla henkilöillä kuin Suomessa syntyneillä (12). Suomessa syntyneil-

**TIETOLAATIKKO.** Riippuvuuden määritelmä (16).

Riippuvuus on hoidettavissa oleva krooninen lääketieteellinen sairaus, johon kietoutuu monimutkaisella tavalla aivopiirin, perimän, ympäristön ja yksilön elämäkokemusten välisiä vuorovaikutuksia.

lä PTSD-diagnoosin saaneilla henkilöillä on todettu jokin psykiatrinen samanaikaishäiriö yleisemmin kuin ulkomaalaistaustaisilla, tyypillisimmin päihdehäiriö, kaksisuuntainen mielialahäiriö, ahdistuneisuushäiriö, syömishäiriö tai persoonallisuushäiriö (12).

### Traumatisoitumisen ja päihdehäiriöiden taustatekijät

PTSD syntyy uhkaavan ja ylivoimaisen lyhyt- tai pitkäkestoisen traumaattisen kokemuksen, esimerkiksi onnettomuuden, järkyttävän kokemuksen, väkivallan, sodan tai henkeä uhkaavan tilanteen seurauksena. cPTSD:n puolestaan ajatellaan kehittyvän tyypillisemmin pitkäaikaisen tai toistuvan traumatisoitumisen seurauksena, ja siihen liittyy tunnesäätelyn ongelmia, kielteinen minäkäsitys ja vaikeus ylläpitää pysyviä ihmissuhteita. Tavallisia cPTSD:n taustatekijöitä ovat kielteiset lapsuusajan kokemukset, kuten fyysinen tai seksuaalinen väkivalta, lähisuhdeväkivalta, sotakokemukset ja muut epäinhimillistä kärsimystä aiheuttavat tilanteet (13).

Yhteys päihdehäiriöiden ja traumaperäisen oireilun välillä voi johtua useista tekijöistä. On mahdollista, että traumaattisen tapahtuman kokeneet alkavat käyttää päihteitä selvittääkseen ahdistavien tunnetilojensa kanssa (niin sanottu itselääkintähypoteesi). Toisaalta esimerkiksi nuorena alkanut runsas päihteiden käyttö voi altistaa henkilön riskialttiille ja traumaattisille tilanteille sekä väkivallalle, joka rankassa päihdekierteessä elävillä on usein toistuvaa. On toisaalta mahdollista, että varhaislapsuuden kielteiset kokemukset, kuten vanhempien laiminlyömäksi tuleminen tai vanhempien päihteiden käyttö, altistavat sekä myöhemmälle päihteiden käytölle että sellaisille traumakokemuksille, joista seuraa traumaperäisiä oireita (14). Monimuotoiseen traumatisoitumiseen liittyvät tunnesäätelyn ja ihmissuhteiden vaikeudet ja

hyvin kielteinen minäkuva voivat olennaisesti vaikeuttaa päihdehäiriön hoitoa.

Australiassa on arvioitu, että noin kolmasosalle henkilöistä, jotka kokevat lapsuuden-aikaisia traumaattisia tapahtumia, kehittyy aikuisuudessa päihdeongelmia (15). Haitallisten lapsuuskokemusten (adverse childhood events, ACE) yhteys myöhempiin riippuvuusongelmiin on katsottu tutkimustiedon valossa siinä määrin vakuuttavasti osoitetuksi, että Yhdysvaltojen päihdelääketieteen yhdistys muutti vuonna 2019 riippuvuutta koskevan määritelmänsä kattamaan myös ACE-kokemukset (**TIETOLAATIKKO**) (13,15,16).

### Preventio

Lukuisat kansainväliset tutkimukset ovat selvittäneet, miten lapsuuden tai nuoruuden aikana traumatisoituneita voitaisiin tukea siten, että päihdehäiriön kehittyminen voitaisiin estää. Päihteiden käyttö alkaa tyypillisesti jo nuoruusiässä, joten tuki tulisi kohdistaa lapsiin, nuoriin ja heidän vanhempiansa (17).

Tutkijoiden esittämiä todennäköisesti vaikuttavia keinoja vähentää lapsena ja nuorena traumatisoituneiden päihdeongelmia ovat heidän vanhempiansa päihde- ja mielenterveysongelmien hoito, vanhemmuuden tukeminen sekä lapsen ja nuoren mielenterveyden tukeminen (tunnetaitojen harjoittelu, internalisoivien ja eksternalisoivien oireiden hoito) (18). Nuoruusiässä myös haitallisten kaveripiirien tunnistaminen, vaihtoehtoisen rakentavan harrastustoiminnan tarjoaminen ja nuoren PTSD-oireiden aktiivinen hoito voivat vähentää nuoren tarvetta turvautua päihteisiin (**KUVA**) (18).

Lapsena ja nuorena traumatisoituneiden päihdeongelmien varhaista puuttumista on tutkittu paljon, mutta tutkimukset ovat olleet menetelmiltään ja tuloksiltaan heterogeenisiä (17,19). Tavanomaisimpia tarjottuja tukimuotoja ovat erilaiset kognitiiviset terapiat, ryhmäterapiat tai nimetty oma työntekijä (17).

### Traumatietoinen työote

Traumatietoinen työote ei ole varsinainen hoidollinen interventio vaan lähestymistapa, jossa



**KUVA.** Varhaisen traumatisoitumisen ja traumatisoitumisen päihdeongelmaksi kehittymisen estäminen (18).

ammattilainen ottaa huomioon potilaan mahdolliset traumaattiset kokemukset ja niiden vaikutukset tämän hyvinvointiin, käyttäytymiseen ja vuorovaikutukseen. Se ei vaadi terapeutista traumatyöskentelyä vaan perustuu ymmärrykseen siitä, miten trauma voi vaikuttaa ihmiseen. Keskeiset periaatteet traumatietoisessa työssä liittyvät turvallisuuteen, luottamukseen ja läpinäkyvyyteen, voimaannuttamiseen ja vahvuuksien tukemiseen, ymmärrykseen traumatisoitumisen vaikutuksista sekä uudelleen traumatisoitumisen välttämiseen.

Fyysisen ja psyykkisen turvallisuuden varmistaminen on keskeistä, ja vastuu tästä on ennen kaikkea ammattilaisella, jonka tehtävä on ennakoitavalla ja johdonmukaisella toiminnallaan luoda avoin ja luottamuksellinen ilmapiiri. Potilaan tulee tuntee olonsa turvalliseksi, kuulluksi ja kunnioitetuksi. Työotteessa huomioidaan yksilön tausta, arvot ja konteksti, koska trauma näyttäytyy eri tavoin eri ihmisillä ja kulttuureissa.

## Integroitu psykososiaalinen hoito

Kansainvälisissä tutkimuksissa on saatu lupaavia tuloksia traumaoireiden ja päihdehäiriön samanaikaishoidosta. Uusien hoitomallien perusteena on ajatus, että mikäli päihdeiden ongelmakäytön taustatekijänä vaikuttaa edes osin pyrkimys traumaattisten kokemusten itselääkintään, traumaattisten kokemusten käsittely kannattaa aloittaa jo päihdehäiriön hoidon aikana päihdehäiriöstä toipumisen ennusteen parantamiseksi (20).

**Traumakeskeinen psykososiaalinen hoito.** PTSD:n ja päihdehäiriön psykososiaaliset hoi-

tomuodot voidaan jakaa karkeasti hoitomuotoihin, jotka sisältävät traumakeskeistä työskentelyä ja altistusosuuden, sekä hoitomuotoihin, jotka keskittyvät oireiden hallintaan ja joissa varsinaista traumakeskeistä työskentelyä ja altistusosuutta ei ole.

Vahvin tutkimusnäyttö traumaoireiden vähentämiseksi myös päihdehäiriöiden yhteydessä on traumakeskeisistä hoidoista, jotka sisältävät altistusosuuden, verrattuna hoitoihin, joihin ei sisälly traumakeskeistä työskentelyä (21–23). Vähemmän näyttöä on siitä, miten paljon enemmän traumakeskeiset hoidot yhdessä päihdehäiriön psykososiaalisten hoitojen kanssa vaikuttavat päihdehäiriön ennusteeseen tavanomaiseen päihdehäiriön hoitoon nähden. Näyttö ei kuitenkaan tue sitä, että traumakeskeinen työskentely pahentaisi päihdehäiriötä (21,23). Näistä syistä maissa, joissa on laadittu klinisiä hoitosuosituksia PTSD:n ja päihdehäiriöiden hoidosta, suositetaan integroitua traumakeskeistä hoitoa ensisijaisena hoitolinjana (24,25).

**EMDR-hoito.** Traumamuistojen poiskäsitämiseen perustuvan EMDR-hoidon (Eye movement desensitization and reprocessing) vaikuttavuudesta traumaperäisten stressihäiriöiden ja samanaikaisen päihdehäiriön hoidossa on alustavaa tutkimusnäyttöä. Italialais-tutkimuksessa 20 potilasta sai tavanomaista päihdehoitoa ja 20 potilasta tavanomaisen hoidon lisäksi 24 viikoittaista EMDR-hoitokertaa (26). Molemmissa ryhmissä hoitoa saaneiden psyykinen vointi koheni mutta EMDR-hoitoa saaneessa ryhmässä merkittävästi enemmän ja laaja-alaisemmin eri oireittareilla arvioituna. Päihdelöydökset virtsan huumausainetestissä

### Ydinasiat

- ▶ Traumatisoitumisen ja päihdeongelmien välillä on kiinteä yhteys, jossa voidaan todeta annos-vastesuhde.
- ▶ Myöhempien haittojen ehkäisemiseksi tukitoimia tulisi kohdistaa haitallisia kokemuksia läpikäyneisiin lapsiin, nuoriin ja heidän vanhempiinsa.
- ▶ Traumakeskeisten hoitojen hyöty on osoitettu myös silloin, kun henkilöllä on samanaikainen päihdehäiriö, ja hoitojen saatavuutta tulisi parantaa.
- ▶ Aktiivinen traumaoireiden hoito ei pahenna olemassa olevaa päihdehäiriötä.
- ▶ Hoitojärjestelmä ja tiukassa istuvat asenteet usein estävät aktiivisen traumaoireiden hoidon päihdehäiriön yhteydessä.

eivät olennaisesti eronneet ryhmien välillä.

Uudemmassa kontrolloimattomassa taupassarjassa EMDR-hoito paransi lapsuusiän seksuaalista väkivaltaa kokeneiden cPTSD-oireilevien nuorten elämänlaatua ja vähensi heidän kuvaamiaan trauma- ja masennusoireita ja tunnesäätelyn haasteita (27). Lisäksi EMDR-hoitoa saaneiden nuorten haitallinen alkoholin ja huumeiden käyttö väheni merkitsevästi.

### Integroidun psykososiaalisen hoidon esteitä

**Asenteet.** Suomessa halukkuus päihdehäiriöstä toipuvien henkilöiden traumakokemusten aktiiviseen terapeuttiseen käsittelyyn on ollut varovaista. Pitkään vallalla olleen ”Pandoran lipas -hypoteesin” perusteella on pelätty, että traumaattisten kokemusten käsittely päihdehoidon alkuvaiheessa johtaisi negatiivisten ajatusten ja tunteiden tulvaan, jota henkilöllä ei ilman päihteiden käytön jatkamista tai lisäämistä olisi valmiuksia käsitellä (28). Pelkoina ovat olleet esimerkiksi päihdehäiriön vaikeutuminen ja hoidon heikko vaikuttavuus.

Tuorempi tutkimustieto on kyseenalaistanut tämän ajattelutavan. Yhdysvaltalaisutkii-

muksessa verrattiin tutkittavien henkilöiden psyykkisten oireiden pahenemista, kun heillä oli samanaikainen PTSD ja päihdehäiriö ja he saivat joko yksinomaan retkahduksen ehkäisyyn perustuvaa päihdehoitoa tai samanlaista päihdehoitoa yhdistettynä trauma-altistushoittoon (29). Hoitoryhmien välillä ei juurikaan havaittu eroa hoitokertakohtaisesti mitattujen päihdehäiriö- tai traumaoireiden vaikeutumisen osalta. Hoidon loppuun asti jatkaneista pelkkää päihdehoitoa saaneilla havaittiin lievää mutta tilastollisesti merkitsevää traumaoireiden lisääntymistä verrattuna integroitua traumakeskeistä hoitoa saaneisiin.

**Järjestelmään liittyvät.** Kansainvälisissä tutkimuksissa traumaterapeuttisten hoito-ohjelmien melko tavallinen ongelma on ollut hoitojen jääminen kesken (30). Eräässä tutkimuksessa opioidiriippuvuudesta ja samanaikaisesti PTSD:stä kärsivien henkilöiden trauma-altistusta sisältäneen hoidon poisjääntejä ja keskeyttämisistä pystyttiin tilastollisesti merkitsevästi vähentämään hyödyntämällä lahjakortteja palkkioina (31). Hoitoon sitoutumisen haasteiden lisäksi hoidon jatkuvuus on myös ongelma, mikäli traumakeskeinen interventio jää irralliseksi eikä integroidu osaksi kokonaisuhoitoa.

Suomalainen palvelujärjestelmä ei tue riittävästi päihdehäiriön ja traumaperäisen stressihäiriön yhdistettyä hoitoa. Haasteita on sekä hoidon saatavuudessa että sen jatkuvuudessa. Päihdehäiriöstä toipuvan on usein vaikeaa päästä mielenterveyspalveluiden, psykiatrisen erikoissairaanhoidon tai Kelan kuntoutuspsykoterapian piiriin. Päihdepalveluissa puolestaan traumakeskeisen työskentelyyn ei ole välttämättä osaamista tai mahdollisuuksia. Hoitoketjun luominen edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon yhteistyötä, jotta potilaan ja työntekijöiden pitkäjänteinen sitoutuminen hoitoon voidaan varmistaa.

### Lääkehoidot

Psykososiaaliset hoidot ovat PTSD:n ja päihdehäiriön hoidon kulmakivi. Asianmukaisten psykososiaalisten hoitojen saatavuus on kuitenkin rajallista, ja silloinkin kun niitä on saatavilla, hoito-ohjelmiin sitoutuminen voi olla vaativaa

**TAULUKKO 1.** Keskeisimpien päihderyhmien vieroitusoireiden ja riippuvuuden lääkehoitot.

Oireisto	Alkoholi	Kannabis	Opioidit	Stimulantit
Vieroitusoireet – vakiintunut hoito	Bentsodiatsepiinit 3–5 vrk + tarvittaessa oireenmukainen hoito	Tarvittaessa oireenmukainen hoito	Opioidiagonistit ja/ tai alfa-2-salpaajat (klonidiini, lofexidiini) + tarvittaessa oireenmukainen hoito	Tarvittaessa oireenmukainen hoito
Vieroitusoireet – tutkimusvaiheessa	Ei tiedossa	Kannabisagonistit, esim. dronabinoli, nabiximoliti; ketiapiini, gabapentiini	Ei tiedossa	Mirtatsapiini, bupropioni, topiramaatti, naltreksoni TMS
Riippuvuus – vakiintunut hoito	Disulfiraami, naltreksoni, nalmefeeni, akamprosaatti	Ei	Buprenorfiini, metadoni, levometadoni, (naltreksoni <sup>1</sup> )	Ei
Riippuvuus – tutkimusvaiheessa	Gabapentiini, varenikliini, baklofeeni, natriumoksi- baatti, aripipratsoli, on- dansetroni, mifepristoni, ibudilasti, suvoreksantti, pratsosiini, doksatsosiini, N-asetyylikysteini, kan- nabidioli, psilosybiini TMS	Kannabisagonistit ml. THC, gabapentiini, oksitosiini, N-asetyyli- kysteini	–	Psykostimulanttikorvaus- hoito, esim. metyylyfeni- daatti, liideksamfetamiini; naltreksoni ja bupropioni yhdessä tai erikseen, an- timetamfetamiinin mo- noklonaaliset vasta-aineet, psilosybiini

<sup>1</sup>Virallinen käyttöaihe olemassa, mutta Suomessa ei pitkävaikutteista valmistemuotoa, suun kautta otettava val- miste harvoin kliinisessä käytössä.

THC = delta-9-tetrahydrokannabinoli; TMS = transkraniaalinen magneettistimulaatio

osalle vaikeasti oireilevista monihäiriöisistä potilaista (32). Asianmukainen lääkehoito voi olla tärkeää edesauttaessaan sen kaltaisen tilan- teen saavuttamista, jossa osallistuminen psyko- sosiaaliseen hoito-ohjelmaan on mahdollista ja myös hoidossa pysyminen, hoitoon sitoutumi- nen ja hoidon teho voisivat parantua (33).

Tuoreessa katsauksessa tunnistettiin 29 sa- tunnaistettua lumekontrolloitua, havainnoivaa, tapaus-verrokki- tai kohorttitutkimusta, jossa käsiteltiin 16 eri lääkevalmistetta päihdehäi- riöiden ja PTSD:n samanaikaisessa hoidossa (34). Tulokset olivat valittavan ristiriitaisia ja monitulkintaisia. Kun päihdehäiriön taustalla oli alkoholi, sertraliinin ja naltreksonin osalta tulokset olivat lupaavimmat siten, että sertraliini vaikutti suotuistasti PTSD-oireisiin – mutta ei alkoholinkäyttöön – ja naltreksoni vaikutti edullisesti alkoholinkäyttöön – mutta ei PTSD- oireisiin.

PTSD:n ja samanaikaisten päihdehäiriöi- den lääkehoitoja, mukaan lukien MDMA:ta (3,4-metyleenidioksimetamfetamiini), oksito- siinia, aprepitanttia ja n-asetyylikysteiniä tut- kitaan jatkuvasti, mutta niitä ei voida vielä suo-

sitella hoidoksi. MDMA:n hyödyistä PTSD:n hoidossa on yhä enemmän näyttöä, mutta sen käyttöä PTSD:n hoidossa päihdehäiriön yhtey- dessä on tutkittu vähemmän (35).

Erään satunnaistetun kontrolloidun PTSD:hen kohdistuneen tutkimuksen sivulöy- dökseenä todettiin, että MDMA saattaisi vaikut- ta suotuisasti vähentämällä alkoholinkäyttöä (36). Tätä näyttöä rajoitti päihdehäiriöistä kär- sivien potilaiden rajallinen määrä sekä – ku- ten usein psykedeelitutkimuksissa – aktiivisen hoitoryhmän aidon sokkouttamisen vaikeus. Muiden päihteiden käyttöön MDMA:n ei tässä tutkimuksessa havaittu vaikuttavan.

Tuoreessa yhdysvaltalaisutkimuksessa to- piramaatti yhdistettynä trauma-altistushoitoon tuotti suuremman PTSD-oireiden vähenemi- sen kuin trauma-altistus ja lumelääke (37). Topiramaatin lisääminen johti PTSD-oireiden nopeampaan ja voimakkaampaan vähenemi- seen aktiivihoidon aikana, mutta topiramaatin vaikutukset eivät säilyneet pidemmän aikavälin seurannassa. Hieman yllättäen topiramaatista ei havaittu saatavan lisähäyötyä runsaan alkoholin- käytön vähentämiseen.

**TAULUKKO 2.** Integroitu traumatietoinen päihdehoito – suositukset palveluntarjoajalle.

Osa-alue	Suositukset
Hoidon rakenteet	Rakenna organisaatioosi hoitopolku, jossa samanaikainen päihteidenkäytön ja traumatisoitumisen hoito on hyväksyttyä ja mahdollista. Varmista hoidon jatkuvuus. Usein oma nimetty työntekijä on tärkeä hoidon jatkuvuuden turvaaja. Luottamuksen rakentuminen vaatii usein aikaa.
Potilaan sitouttaminen	Varmista, että asiakkaalla on mahdollisuus osallistua hoitoon. Varmista, että ihmisten monet eri elämänongelmat voidaan huomioida hoitajakson aikana. Erilaisten käytännön ongelmien ratkominen on usein keskeinen osa onnistunutta hoitoa. Harkitse palkkiohoidon mahdollisuutta. Joskus kahvi tai ateria on hoidon tärkein osa.
Henkilöstön sitouttaminen	Varmista, että henkilöstöllä on tarvittavat päihteiden käytön ja traumatisoitumisen arviointimenetelmät. Tarjoa henkilöstölle koulutusta, jonka avulla traumakeskeisiä hoitomenetelmiä voidaan hyödyntää päihdehoidon aikana (esim. kognitiiviset menetelmäkoulutukset ja EMDR-koulutus). Varmista riittävä työnohjaus. Traumatisoituneen hoito on vaativaa auttamistyötä. Varmista auttajan työturvallisuus ja se, että auttaja voi tunnistaa kuormittumisensa ja hallita sitä.
Integroidun hoitomallin toteuttaminen	Tarjoa potilaalle mahdollisuuksia arvioida päihteidenkäyttöään sekä erilaisia traumaattisia kokemuksiaan ja niiden seurauksia. Tarjoa tietoa traumatisoitumisesta, traumaoireista ja keinoista helpottaa oireita. Auta potilasta varmistamaan turvallisuutensa, tee turvasuunnitelma. Tue potilasta oppimaan ahdistuksenhallinnan ja tunteiden säätelyn taitoja. Etene potilaan tahtiin. Älä viivästytä traumaattisten tilanteiden käsittelyä, mikäli potilas tuo ne esiin. Harkittu ja suunniteltu traumamuistolle altistuminen on usein osa vaikuttavaa hoitoa. Ammatillainen arvioi tarkasti potilaan voimavaroja ja käsittelyn oikea-aikaisuutta yhdessä potilaan kanssa. Älä edellytä päihdeettömyyttä hoidon alkuvaiheessa. Auta potilasta tunnistamaan ja hallitsemaan päihdemielitekojaan. Tarjoa tukea joustavasti. Vaikeiden kokemusten käsittelyä joudutaan välillä tiivistämään tai harventamaan potilaan tilanteen ja voimavarojen mukaan.

Yksilöllinen arviointi kaikki psykiatriset sairaudet ja oirekuvat huomioiden vaikuttaisi parhailta annilta, joka nykyisestä tutkimustiedosta voidaan ammentaa. Toisin sanoen, PTSD:n hoidossa toimiviksi todetut lääkkeet, erityisesti SSRI- ja SNRI-lääkkeet, sekä hieman hataramman näyttöpohjan perusteella pratsosiini, ovat keskeisiä myös samanaikaisen päihdehäiriön yhteydessä. Toisaalta PTSD:n yhteydessä esiintyvien päihdehäiriöiden hyvä hoito, tarvittaessa myös lääkkeellinen hoito, edesauttaa myös PTSD:n tehokkaan hoidon mahdollistumista. **TAULUKOSSA 1** esitetään keskeisiä lääkkeellisiä päihdehäiriöiden hoitovaihtoehtoja.

## Lopuksi

Tutkimukset osoittavat verraten yhdenmukaisesti, että traumaoireilua kannattaisi hoitaa ennen päihdehäiriön kehittymistä. Tällöin tuki kohdistuu erityisesti lapsiin, nuoriin ja perhei-

siin. Kun henkilöllä esiintyy samanaikaisesti traumaoireita ja päihdehäiriö, traumakeskeiset hoidot integroituna päihdehäiriöiden hoitoon lieventävät traumaperäisen stressihäiriön oirekuva. Tutkimusten perusteella on kuitenkin toistaiseksi vaikeaa arvioida, vaikuttavatko traumakeskeiset hoidot suoraan edullisesti päihdehäiriön vaikeusasteeseen ja vähentävätkö ne pitkäaikaisesti päihteiden käyttöä. Pelot päihdehäiriön pahenemisesta tai PTSD:n hoidon tehottomuudesta samanaikaisen päihdehäiriön yhteydessä eivät kuitenkaan saa tukea tutkimustiedosta.

Traumatietoinen työote on tärkeää, kun työskennellään henkilöiden kanssa, joilla on päihdehäiriö. Heille, jotka haluavat ja kykenevät sitoutumaan intensiivisempään hoitoon, tulisi tarjota aktiivista traumaperäisen stressihäiriön ja päihdehäiriön integroitua hoitoa (**TAULUKKO 2**) (38). Päihdehäiriöiden hyvä hoito, jossa hyödynnetään monipuolisesti ni-

tä monia psykososiaalisia ja myös lääkkeellisiä hoitoja, joista on päihdehääriöiden hoidossa vakaat tutkimusnäytöt, on tärkeää myös PTSD:n yhteydessä.

Käytännön työn kannalta traumakeskeisen hoidon saatavuus, jatkuvuus ja eri ammatti-

kuntien välinen työnjako on keskeinen haaste Suomessa. Laajemmin myös itsetuhoisuuden ja tunnesäätelyn haasteiden hoitomenetelmiä tulisi voida hyödyntää päihdehääriöistä toipuvienkin tukena. ■

**JONNA LEVOLA, apulaisprofessori, psykiatrian erikoislääkäri, päihdelääketieteen erityispätevyys**  
Helsingin yliopisto ja HUS Psykiatria

**TUUKKA MEHTÄLÄ, kliinisen mielenterveyspsykologian erikoispsykologi**  
HUS Psykiatria

**HENNA HARAVUORI, dosentti, nuorisopsykiatrian erikoislääkäri, ylilääkäri, vieraileva tutkija**  
Lapin hyvinvointialue ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

**ANNA KESKI-RAHKONEN, professori, psykiatrian ja terveydenhuollon erikoislääkäri**  
Clinicum, kansanterveystieteen osasto, Helsingin yliopisto

#### TEEMAN TOIMITTAJAT

Henna Haravuori, Tanja Laukkala ja Jaana Suvisaari

#### SIDONNAISUUDET

**Jonna Levola:** Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Lundbeck/Otsuka, Abbvie, HY+, STEP-koulutus, Suomen Kätilöliitto, Suomen Menopausitutkimusseura, Suomen Psykiatriyhdistys, PÄLY ry), luottamustoimet (Päihdelääketieteen yhdistys ry:n hallituksen puheenjohtaja, Päihdelääketieteen yhdistys ry:n erityispätevyystoimikunnan sihteeri, International Society of Addiction Medicine regional council, representative of Northern Europe), hankkeet (Rahapeliongelman Käypä hoito -suositus)

**Tuukka Mehtälä:** Ei sidonnaisuuksia

**Henna Haravuori:** Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Mehiläinen Oy, Vireys Terveyspalvelut Oy), luottamustoimet (Suomen Psykiatriyhdistys, koulustoitimikunnan jäsen (2017–2022); UEMS-CAP-sektio, Suomen edustaja; Psykiatrian Tutkimussäätiön hallitus), hankkeet (NEET-nuorten perustason mielenterveyspalvelut -hanke (STM ja THL 2021–2022), ohjausryhmän jäsen; Kansallisen lapsistrategian toimeenpanosuunnitelman Toimenpide 13 (2022–2023), seurantar ryhmän jäsen)

**Anna Keski-Rahkonen:** Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Lääkäri-seura Duodecim, tieteellisen kirjoittamisen kurssi), luottamustoimet (Syömishäiriöiden Käypä hoito -suositus, työryhmän jäsen)

#### KIRJALLISUUTTA

- Cloitre M. ICD-11 complex post-traumatic stress disorder: simplifying diagnosis in trauma populations. *Br J Psychiatry* 2020;216:129–31.
- Rossi R, Reda F, Federico I, ym. The association between traumatic experiences and substance and behavioral addictions in late adolescence: a role for PTSD and cPTSD as potential mediators. *J Psychiatr Res* 2023;168:82–90.
- Simpson TL, Goldberg SB, Loudon DKN, ym. Efficacy and acceptability of interventions for co-occurring PTSD and SUD: a meta-analysis. *J Anxiety Disord* 2021;84:102490.
- Kingston REF, Marel C, Mills KL. A systematic review of the prevalence of comorbid mental health disorders in people presenting for substance use treatment in Australia. *Drug Alcohol Rev* 2017;36:527–39.
- Wolf, M, Nochajski T, Farrell M. The effects of childhood sexual abuse and other trauma on drug court participants. *J Soc Work Pract Add* 2015;15:44–65.
- Tate SR, Norman SB, McQuaid JR, ym. Health problems of substance-dependent veterans with and those without trauma history. *J Subst Abuse Treat* 2007;33:25–32.
- Bowe A, Rosenheck R. PTSD and substance use disorder among veterans: characteristics, service utilization and pharmacotherapy. *J Dual Diagn* 2015;11:22–32.
- Blanco C, Xu Y, Brady K, ym. Comorbidity of posttraumatic stress disorder with alcohol dependence among US adults: results from National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions. *Drug Alcohol Depend* 2013;132:630–8.
- Norman SB, Tate SR, Anderson KG, ym. Do trauma history and PTSD symptoms influence addiction relapse context? *Drug Alcohol Depend* 2007;90:89–96.
- Kivimäki V. Battled nerves: Finnish soldiers' war experience, trauma, and military psychiatry, 1941–44. *Turku: Åbo Akademi* 2013. [www.doria.fi/handle/10024/90586](http://www.doria.fi/handle/10024/90586).
- Suvisaari J, Aalto-Setälä T, Tuulio-Henriksson A, ym. Mental disorders in young adulthood. *Psychol Med* 2009;39:287–99.
- Kieseppä V, Jokela M, Holm M, ym. Post-traumatic stress disorder among immigrants living in Finland: comorbidity and mental health service use. *Psychiatry Res* 2021;300:113940.
- Lortye SA, Will JP, Rameckers SA, ym. Types of childhood maltreatment as predictors of posttraumatic stress disorder severity and complex posttraumatic stress disorder in patients with substance use disorders. *Eur J Psychotraumatol* 2024;15:2367179.
- María-Rios CE, Morrow JD. Mechanisms of shared vulnerability to post-traumatic stress disorder and substance use disorders. *Front Behav Neurosci* 2020;14:6.
- Barrett EL, Teesson M, Chapman C, ym. Substance use and mental health consequences of childhood trauma: an epidemiological investigation. *Drug Alcohol Depend* 2015;146:e217–8.
- Definition of addiction. *Chevy Chase (MD): American Association of Addiction Medicine* 2019. [www.asam.org/docs/default-source/quality-science/asam%27s-2019-definition-of-addiction-\(1\).pdf?sfvrsn=b8b64fc2\\_2](http://www.asam.org/docs/default-source/quality-science/asam%27s-2019-definition-of-addiction-(1).pdf?sfvrsn=b8b64fc2_2).
- Becker TD, Castañeda Ramirez S, Bruges Boude A, ym. Interventions for prevention and treatment of substance use in youth with traumatic childhood experiences: a systematic review and synthesis of the literature. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2024;33:3419–38.
- Grummitt L, Kelly E, Barrett E, ym. Targets for intervention to prevent substance use in young people exposed to childhood adversity: a systematic review. *PLoS One* 2021;16:e0252815.
- Bailey S, Newton N, Perry Y, ym. Effectiveness, efficacy, acceptability, and feasibility of trauma-informed depression, anxiety, and substance use prevention programs for young people aged 12-25 years: a mixed-methods systematic review. *J Adolesc* 2025;97:31–72.
- Wiechelt S. Intersections between trauma and substance misuse: implications for trauma-informed care. *Kirjassa: Strausser S, toim. Clinical work with substance-abusing clients.* New York: Guilford 2015, s. 179–201.
- Hien DA, Papini S, Saavedra LM, ym. Project harmony: a systematic review and network meta-analysis of psychotherapy and pharmacologic trials for

- comorbid posttraumatic stress, alcohol, and other drug use disorders. *Psychol Bull* 2024;150:319–53.
22. Back SE, Jarnecke AM, Norman SB, ym. State of the science: treatment of comorbid posttraumatic stress disorder and substance use disorders. *J Trauma Stress* 2024;37:803–13.
23. Roberts NP, Lotzin A, Schäfer I. A systematic review and meta-analysis of psychological interventions for comorbid posttraumatic stress disorder and substance use disorder. *Eur J Psychotraumatol* 2022;13:2041831.
24. Hamblen JL, Norman SB, Sonis JH, ym. A guide to guidelines for the treatment of posttraumatic stress disorder in adults: an update. *Psychotherapy (Chic)* 2019;56:359–73.
25. Schnurr PP, Hamblen JL, Wolf J, ym. The management of posttraumatic stress disorder and acute stress disorder: synopsis of the 2023 U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense clinical practice guideline. *Ann Intern Med* 2024;177:363–74.
26. Carletto S, Oliva F, Barnato M, ym. EMDR as add-on treatment for psychiatric and traumatic symptoms in patients with substance use disorder. *Front Psychol* 2018;8:2333.
27. Rolling J, Fath M, Zanonato T, ym. EMDR-teens-cPTSD: efficacy of eye movement desensitization and reprocessing in adolescents with complex PTSD secondary to childhood abuse: a case series. *Healthcare (Basel)* 2024;12:1993.
28. Hien DA, Cohen LR, Miele GM, ym. Promising treatments for women with comorbid PTSD and substance use disorders. *Am J Psychiatry* 2004;161:1426–32.
29. Lancaster CL, Gros DF, Mullarkey MC, ym. Does trauma-focused exposure therapy exacerbate symptoms among patients with comorbid PTSD and substance use disorders? *Behav Cogn Psychother* 2020;48:38–53.
30. Lewis C, Roberts NP, Gibson S, ym. Drop-out from psychological therapies for posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults: systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol* 2020;11:1709709.
31. Schacht RL, Brooner RK, King VL, ym. Incentivizing attendance to prolonged exposure for PTSD with opioid use disorder patients: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 2017;85:689–701.
32. Killeen TK, Wen CC, Neelon B, ym. Predictors of treatment completion among women receiving integrated treatment for comorbid posttraumatic stress and substance use disorders. *Subst Use Misuse* 2023;58:500–11.
33. Lochtenberg J, Kirshenbaum A, Johnson MW. Pharmacological assistance for psychotherapy. *Emerg Trends Drugs Addict Health* 2021;1:100017.
34. Swannell M, Bradlow RCJ, Pham D, ym. Pharmacological treatments for co-occurring PTSD and substance use disorders: a systematic review. *J Subst Use Addict Treat* 2024;169:209601.
35. Wolfgang AS, Fonzo GA, Gray JC, ym. MDMA and MDMA-assisted therapy. *Am J Psychiatry* 2025;182:79–103.
36. Nicholas CR, Wang JB, Coker A, ym. The effects of MDMA-assisted therapy on alcohol and substance use in a phase 3 trial for treatment of severe PTSD. *Drug Alcohol Depend* 2022;233:109356.
37. Norman SB, Luciano MT, Panza KE, ym. A randomized clinical trial of prolonged exposure therapy with and without for comorbid PTSD and alcohol use disorder. *Am J Psychiatry* 2025;182:452–62.
38. The Australian guidelines for the prevention and treatment of acute stress disorder (ASD), posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD. Carlton: Phoenix Australia 2020. [www.phoenixaustralia.org/australian-guidelines-for-ptsd/](http://www.phoenixaustralia.org/australian-guidelines-for-ptsd/).