

Päihdehäiriö ja samanaikainen muu mielenterveyden häiriö – kaksoisdiagnoosin hoidollinen haaste

Kaksoisdiagnoosipotilaalla on päihdehäiriön lisäksi vähintään yksi muu mielenterveyden häiriö. Tällaisten potilaiden osuus suomalaisessa palvelujärjestelmässä näyttää olevan kasvamassa. Kaksoisdiagnoosipotilaiden ennuste on huonompi kuin niiden, joilla on vain yksi häiriö, eivätkä tavanomaiset hoitomallit vastaa parhaalla mahdollisella tavalla tämän potilasryhmän tarpeisiin. Integroidussa hoidossa sama taho hoitaa molempia häiriöitä samanaikaisesti. Katsauksessa esitellään integroituun hoitoon liittyvän teoreettisen ajattelun keskeisiä piirteitä. Integroitu hoitomalli tulisi nähdä palvelujärjestelmän toimivuuden ja kaksoisdiagnoosipotilaan kohtaamiseen liittyvänä kysymyksenä eikä niinkään varsinaisena hoitomuotona.

Kaksoisdiagnoosi viittaa monihäiriöisyyteen, jossa potilaalla on samanaikaisesti päihdehäiriö ja vähintään yksi muu mielenterveyden häiriö. Koska kaksoisdiagnoosipotilaiden osuus suomalaisessa palvelujärjestelmässä näyttää olevan kasvamassa, on entistä tarpeellisempaa arvioida tämän haasteellisen potilasryhmän hoitoon liittyviä kysymyksiä (Pirkola ja Wahlbeck 2004).

Integroidussa hoidossa sama taho hoitaa kaksoisdiagnoosipotilaan molemmantyyppisiä häiriöitä samanaikaisesti. Kiinnostus integroituun hoitoon on lisääntynyt erityisesti sen jälkeen, kun tutkimukset osoittivat, että kaksoisdiagnoosit ovat väestössä hyvin yleisiä (Regier ym. 1990). Lisäksi kiinnostusta tämän potilasryhmän hoidon järjestämiseen on ylläpitänyt se, että kaksoisdiagnoosipotilaiden ennuste on huonompi kuin niiden, joilla on vain yksi häiriö (Kessler 2004). Monet ovat myös olleet sitä mieltä, että tavanomaiset hoitomallit eivät vastaa parhaalla mahdollisella tavalla tämän potilasryhmän tarpeisiin (Drake ym. 2001).

Kaksoisdiagnoosi käsitteenä

Kaksoisdiagnoosi viittaa monihäiriöisyyteen eli komorbiditeettiin: potilaalla on samanaikaisesti sekä päihdehäiriö että jokin muu mielenterveyden häiriö. ICD-10-luokituksessa päihdehäiriöitä ovat haitallinen käyttö (F1x.1) ja riippuvuusoireyhtymä (F1x.2). Koska monihäiriöisyys on yleistä muutenkin, termin kaksoisdiagnoosi tilalle on ehdotettu täsmällisempiä ilmauksia. Esimerkkinä tästä on lyhenne MICAA (mentally ill chemical abusers and addicted) (Janssen 1994), mutta se tai muut ehdotukset eivät ole toistaiseksi vakiintuneet tutkijoiden tai klinikoiden kielenkäytössä.

Kaksoisdiagnoosin käsitettä on myös pyritty rajaamaan. Monien mielestä mielenterveyden häiriö on kaksoisdiagnoosissa siinä määrin vakava, että siihen yksinäänkin ilman päihteitä liittyisi toimintakyvyn huomattava ja pysyvä heikkeneminen tai sen uhka (Drake ym. 2001). Kun ajatellaan integroidun hoidon käytännön kehittämistä siten, että palvelujärjestelmää uu-

distetaan varsin perusteellisesti, tällainen kaksoisdiagnoosin käsite lienee suositeltava. Toisaalta ainakin osa tässä artikkelissa esitetystä on sovellettavissa myös lievempiin kaksoisdiagnooseihin.

Tupakan käyttö on useimmiten rajattu käsitteen kaksoisdiagnoosin ulkopuolelle. Tämä on ymmärrettävä raja, vaikka tupakkavieroitus luultavasti on mielenterveyshäiriöitä potevilla ja

Skitsofreniapotilaista 47 %:lla ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä potevista 56 %:lla esiintyi myös päihdehäiriö

muulla väestöllä erilaista. Joskus myös alkoholihäiriöt rajataan käsitteen kaksoisdiagnoosi ulkopuolelle. Tutkimustiedolla tällaista rajausta on vaikea perustella – kysymyksessä lienevät hallinnollis-byrokraattiset syyt. Koska alkoholinkäyttö on yleisempää kuin huumeidenkäyttö, tarvitaan erityisesti panostusta alkoholiin liittyvien kaksoisdiagnoosien hoitoon.

Kaksoisdiagnoosien esiintyvyys

Kaksoisdiagnoosien esiintyvyyttä väestössä selvitettiin ensimmäisen kerran laajasti yhdysvaltalaisessa ECA-tutkimuksessa (Epidemiologic Catchment Area) (Regier ym. 1990). Siinä haastateltiin yli 20 000:ta henkilöä. Jossakin elämän vaiheessa diagnostiset kriteerit täyttävä päihdehäiriö todettiin 17 %:lla. Niiden joukossa, joilla oli jokin mielenterveydenhäiriö, osuus oli 29 %. Luvut vaihtelivat eri mielenterveyshäiriöissä. Esimerkiksi skitsofreniapotilaista 47 %:lla ja kaksisuuntaista mielialahäiriötä potevista 56 %:lla esiintyi myös päihdehäiriö. Noin puolet näitä psyykkisiä sairauksia potevista on siis kaksoisdiagnoosipotilaita jossakin elämänsä vaiheessa.

ECA-tutkimuksen mukaan 23 %:lla koko väestöstä on jossakin elämänsä vaiheessa jokin muu mielenterveyden häiriö kuin päihdehäiriö. Alkoholihäiriötä potevilla osuus oli 37 % ja huumehäiriötä potevilla 53 %.

ECA-tutkimuksen mukaan kaksoisdiagnoosit ovat siis väestössä hyvin yleisiä. Toinen keskeinen havainto oli, että mielenterveyden häiriöistä kärsivillä esiintyi todennäköisemmin päihdehäi-

riö kuin niillä, jotka eivät kärsineet mistään mielenterveyden häiriöstä, ja päinvastoin. Sittemmin useat tutkimukset ovat vahvistaneet nämä havainnot (Grant ja Harford 1995, Kessler ym. 1997, Merikangas ym. 1998). On täysi syy olettaa, että tilanne on samankaltainen suomalaisessa väestössä. Tähän viittaa myös Pirkolan ym. (2005) tuore tutkimus.

Kaksoisdiagnoosia selittävät mallit

ECA- ja muiden tutkimusten havainnot merkitsevät sitä, ettei kaksoisdiagnoosia voi selittää yksin sattuma. Siten on oletettava, että päihdehäiriöillä ja muilla mielenterveyden häiriöillä on sellainen yhteys, joka suurentaa toisen häiriön esiintymisen mahdollisuutta. Kuvassa on esitetty kolme keskeistä teoreettista selitysmallia tällaiselle yhteydelle. Myös näiden mallien erilaiset yhdistelmät ovat mahdollisia.

Sekundaarisen psykopatologian mallin mukaan päihteen käyttö johtaa pitkäaikaiseen mielenterveyshäiriöön tai laukaisee sen. Tässä ei tarkoiteta lyhytaikaisia päihteen aiheuttamia häiriöitä, kuten esimerkiksi delirium tremens-psykoosia tai lyhytaikaista vieroitukseen liittyvää masennusta. On mahdollista, että päihteen käyttö laukaisee pitkäaikaisen mielenterveyshäiriön niille alttiilla henkilöillä. Osa näistä henkilöistä välttyy muilta laukaisevilta tekijöiltä ja olisi siten ilman päihteenkäyttöä välttynyt myös sairastumiselta.

Mallin tutkiminen on haasteellista, koska korkeellista altistamista ei voida toteuttaa. On kuitenkin viitteitä siitä, että malli osaltaan selittää monihäiriöisyyttä. Esimerkiksi hiljattain julkaistut tutkimukset viittaavat siihen, että kannabis lisää sairastumista skitsofreniaan (Smit ym. 2004). Kannabiksen käyttö näyttäisi ainakin olevan tekijä, joka voi laukaista sairauden alttiilla henkilöillä, mutta mahdollisesti se on myös itsenäinen etiologinen tekijä. Vastaavasti tutkimus viittaa siihen, että kun alkoholihäiriö edeltää maniajaksoa, toipuminen on keskimäärin nopeampaa ja parempaa kuin muilla maniapotilailta viiden vuoden seuranta-aikana (Strakowski ym. 2005). Todennäköisen selityksen mukaan alkoholinkäyttö voi laukaista manian ja suotui-

sampi ennuste liittyy siihen, että monet toipuvat alkoholihäiriöstä seuranta-aikana (Winokur ym. 1995).

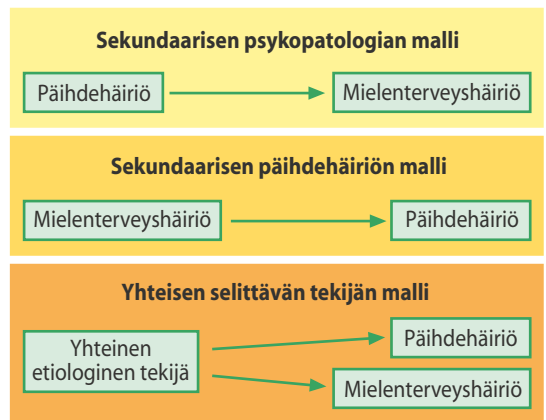
Sekundaarisen päihdehäiriön mallissa erilaisen mielenterveyshäiriöiden ajatellaan aiheuttavan päihdehäiriötä. Tämän mallin puitteissa on kehitetty useita selittäviä hypoteeseja, joihin liittyvää tutkimustietoa käsitellään tässä vain kolmen esimerkin kautta.

Yksi hypoteeseista liittyy mielenterveyshäiriön itselääkintään päihteillä. Kaksoisdiagnoosipotilaat kertovat hyvin usein käyttävänsä päihteitä oireiden lievitykseen (Addington ja Duchak 1997, Green ym. 2004). Tutkimukset ovat kuitenkin perustuneet kaksoisdiagnoosipotilaiden retrospektiiviseen raportointiin, ja siten ne voivat antaa vain aiheen olettaa, että mahdollisesti itselääkintähypoteesi pitää paikkansa. Tutkimusnäyttö tämän hypoteesin puolesta on kovin vähäinen, ja itselääkintähypoteesi ei ehkä ole lainkaan niin merkittävä tekijä kuin kliinisen kokemuksen perusteella voisi epäillä (Goswami ym. 2004). Potilaan ja hoitotahon vuorovaikutuksessa tällaiset subjektiiviset kokemukset ovat toki tärkeitä huomioida.

Toinen sekundaarista päihteiden käyttöä selittävä hypoteesi liittyy siihen mahdollisuuteen, että erilaiset hoidot voisivat lisätä päihdehäiriön todennäköisyyttä. Voidaan ajatella, että dopamiini-reseptorien salpaus voisi aiheuttaa antipsykoottisen vaikutuksen lisäksi päihdehäikuisuutta, mutta tutkimusnäytön puuttuessa tätä on pidettävä vain teoreettisena mahdollisuutena.

Kolmanneksi on mahdollista, että mielenterveyden häiriö aiheuttaa sekundaarista päihteidenkäyttöä lisäämällä psykososiaalisia riskitekijöitä. Esimerkiksi mielenterveyden häiriöihin liittyy suurentunut työttömyyden riski, joka puolestaan altistaa päihteidenkäytölle.

Päihteidenkäytöllä ja muilla mielenterveyden häiriöillä saattaa olla yhteisiä etiologisia tekijöitä, jotka selittävät häiriöiden samanaikaista esiintymistä. Yhteinen selittäjä voisi olla esimerkiksi perintötekijä, jolloin päihdehäiriöitä potevilla pitäisi olla keskimääräistä enemmän muista mielenterveyshäiriöistä kärsiviä sukulaisia ja päinvastoin. Varsin laajan tutkimusnäytön mukaan näin ei ole (Mueser ym. 2003). Siten



KUVA. Kolme keskeistä teoreettista mallia, jotka voisivat selittää monihäiriöisyyden eli päihdehäiriöiden ja muiden mielenterveyshäiriöiden yhteyden.

päihteidenkäytölle ja muille mielenterveyden häiriöille altistavat geneettiset tekijät eivät näyttäisi olevan samoja. Perintötekijöiden lisäksi yhteisiä selittäjiä voisivat olla erilaiset neurobiologiset ja psykososiaaliset seikat.

Todennäköisesti useat tekijät yhdessä selittävät sitä, että päihdehäiriöt ja muut mielenterveyden häiriöt lisäävät toistensa esiintymisen mahdollisuutta. Tästä syystä alan tutkimus on haasteellista mutta tuottaa jatkuvasti lisää tietoa. Lisäksi monihäiriöisyyden yleisyys antaa perusteen pohtia, muodostavatko jotkin häiriöt sittenkään toisistaan selvästi erottuvia itsenäisiä kokonaisuuksia.

Aiemmat hoitomallit

Kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa ovat olleet vallitsevia jaksoittaisen ja rinnakkaisen hoidon mallit (Woody 1996). Jaksoittaisessa mallissa hoidetaan ensin toista häiriötä, ja kun siinä on päästy riittävän hyvään tulokseen, aloitetaan toisen häiriön hoito. Rinnakkaisen hoidon mallissa sen sijaan hoidetaan samanaikaisesti molempia häiriöitä mutta eri tahoilla.

Kummankin aiemman mallin ongelmana on ollut yhteydenpidon lisäksi yhteisten toimintatapojen löytäminen eri hoitotahojen välillä (Mueser ym. 2003). Esimerkiksi yhteistä näkemystä ei ehkä löydy siitä, kumpaa häiriötä pitää

si hoitaa ensin. Toisaalta voi olla vaikea määrittää, mikä on riittävä hoitotulos. Tätä vaikeuttaa jo sekin, että päihdehäiriöt ja muut mielenterveyden häiriöt ovat usein pitkäaikaisia ja kulutaan syklisiä. Jaksoittaiseen hoitomalliin liittyvä vakava ongelma on se, että hoito ei ehkä onnistu parhaalla mahdollisella tavalla ilman toisen häiriön oireiden lievittymistä. Tavallinen esimerkki tästä on alkoholista riippuvainen masennuspotilas, jonka käynnit psykiatrian poliklinikassa toteutuvat puutteellisesti. Usein nähty mutta huono ratkaisu tässä tilanteessa on keskittyminen yksinomaan riippuvuuden hoitoon. Tällöin juominen saadaan ehkä hallintaan muttei arvioida aktiivisesti esimerkiksi vastetta mielialälääkitykseen. Jatkuvat masennusoireet saattavat lisätä retkahdusriskiä ja siten vaarantavat riippuvuuden hoidon tulokset (Schuckit 1994, Cornelius ym. 2003).

Integroidun hoitomallin keskeiset piirteet

Kun kaksoisdiagnoosi ymmärretään tässä artikkelissa aiemmin ehdotetulla tavalla, voidaan kaksoisdiagnoosipotilaiden hyvää hoitoa pitää suurena haasteena. Integroitua hoitoa tarjoavan työryhmän tulee olla perehtynyt sekä päihdehäiriöiden että muiden mielenterveyshäiriöiden tutkimiseen ja hoitoon. Kaksoisdiagnoosipotilaan häiriötä arvioidaan kokonaisuutena ja hoitotoimiin ryhdytään eri häiriöiden osalta samanaikaisesti. Tämä ei tietenkään tarkoita, ettei tutkimisessa ja hoidossa olisi kerroksellisuutta, mutta se on harkittua eikä sitä määritellä toimintamalleista vaan potilaan yksilöllisestä tilanteesta käsin.

Muiden psykiatristen työryhmien tapaan moniammatillisuutta on pidetty integroidussa hoidossa keskeisenä (Mueser ym. 2003). Sen sijaan hoitovalikoima on laajempi kuin tavallisessa psykiatrisessa työryhmässä (Pechter ja Miller 1997). Käytössä ovat erilaiset riippuvuuden lääkähoidot, kuten disulfiraami, naltreksoni, akamprosaatti ja

korvaushoitolääkkeet. Hoitopaikassa suunnitellaan tarvittaessa bentsodiatsepiinivieroitus. Ainakin osa tehokkaista päihdehäiriöiden psykososiaalisista hoidoista olisi hyvä olla käytävissä. Tärkeimpiä ovat motivoiva haastattelu, yhteisövahvistusohjelma, retkahduksen ehkäisy, kahdentoista askeleen hoidot, perheinterventiot ja sosiaalisten taitojen harjoittelu (Käypä hoito-suositukset Alkoholiongelmaisen hoito 2005 ja Huumeongelmaisen hoito 2006). Suomalainen psykiatrian erikoislääkärikoulutus ei aina takaa riittävää ammattitaitoa päihdehäiriöiden tutkimiseen ja hoitamiseen. Työryhmää johtavan psykiatrin tulee olla muulla tavoin perehtynyt eri päihdehoitoihin. Monipuolista perehtyneisyyttä edellytetään myös muilta työryhmän jäseniltä.

Sekä mielenterveys- että päihdehäiriöiden hoito on pitkäjänteistä ja siinä on erilaisia vaiheita. Keskeisimmät vaiheet ovat motivointi ja aktiivisen hoidon vaihe (Mueser ym. 2003). Osana motivointia tavoitellaan ensin usein potilaan sitoutumista hoitopaikkaan ja vasta sitten itse hoitoon. Tästä ajattelusta on seurauksena myös se, ettei retkahtaminen päihtheisiin ole syy lopettaa hoitoa vaan se käynnistää käytetyn hoidon arvioinnin ja tarvittaessa tehostamisen. Päihteen käytön aiheuttamien haittojen vähentämistä pidetään joissakin tilanteissa riittävänä tavoitteena, eikä täydellinen päihteettömyys ole ainoa mahdollinen hoitotavoite. Päihteen käytön rinnalla hoidon hyötyä arvioidaan myös tarkastelemalla potilaan toimintakyvyn ja elämänlaadun kehittymistä.

YDINASIAT

- **Kaksoisdiagnoosipotilaalla on kaksi mielenterveyden häiriötä, joista toinen on päihdehäiriö.**
- **Integroidussa hoidossa sama taho hoitaa kaksoisdiagnoosipotilaan molempia häiriötä samanaikaisesti.**
- **Integroitu hoito ei ole varsinainen hoitomuoto vaan se viittaa tapaan, jolla kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitopalvelut järjestetään.**

Integroidun hoitomallin vaikuttavuus

Integroidun hoidon vaikuttavuuden tutkimiseen liittyy monia haasteita (Drake ym. 2001). Kaksoisdiagnoosipotilaan pysyminen hoitotutkimuksessa on yksi näistä. Asianmukaisen integroidun hoitojärjestelmän käynnistämiseksi tarvitaan myös huomattava määrä voimavaroja ja erityyppistä osaamista. Lisäksi on ratkaistava, kuinka yhtenäinen tutkittava ryhmä on. Useimmissa tutkimuksissa ei ole eroteltu päihteen haitallista käyttöä ja riippuvuutta tai eri päihteen aiheuttamia häiriöitä. Samalla tavoin päihdehäiriön rinnalla esiintyvät mielenterveyden häiriöt ovat voineet olla samassa tutkimuksessa erityyppisiä. Näiden lisäksi kliinisen kokemuksen mukaan kahden häiriön suhde vaihtelee huomattavasti eri potilailla. Silloin kun häiriöt vaikuttavat tiiviisti toisiinsa, on oletettavaa, että integroitu hoito on hyödyllisempää kuin jos häiriöiden keskinäinen suhde on väljempi (Donald ym. 2005). Tämä tarkoittaa sitä, ettei tutkittavien erottelu yksistään diagnoositasolla riittäisi.

Cochrane-katsauksessa, jonka aineistona oli kuusi satunnaistettua tutkimusta, integroidun hoidon vaikuttavuudesta ei saatu riittävää näyttöä (Jeffery ym. 2000). Lisäksi katsauksen tekijät suosittelivat, että uudet integroidun hoidon antajat tekisivät aina hyvin suunnitellun hoitotutkimuksen. Tämä suositus on edelleen tärkeä. Tuoreiden Käypä hoito -suositusten (Alkoholi-ongelmaisen hoito 2005, Huumeongelmaisen hoito 2006) mukaan alkoholi- tai huumeongelman liittyessä psykkiseen häiriöön molempien ongelmien hoito samassa paikassa on ilmeisesti tehokkaampaa kuin kahteen eri paikkaan jaettu hoito. Donaldin ym. (2005) tuore systemoitu katsaus, joka perustui kymmeneen satunnaistettuun tutkimukseen, päätyi siihen, että tutkimusten tulokset ovat toistaiseksi moniselitteisiä

ja ettei integroitua hoitoa voida pitää varmasti parempana kuin aiempia hoitomalleja. Toisaalta mikään ei viittaa siihen, että integroitu hoito olisi vähemmän tehokasta. Katsauksessa pidettiin tutkimusten keskeisenä ongelmana sitä, että tutkittavien määrät ovat olleet liian pienet ja lisäksi monet tutkittavista eivät ole osallistuneet seurantoihin.

Lopuksi

Integroidun hoidon merkitystä arvioitaessa tulisi huomioida seuraavat seikat. Ensiksi kysymys siitä, onko integroitu hoito vaikuttavampi kuin aiemmat hoitomallit, johtuu historiallisista tekijöistä. Erinäisistä syistä päihde- ja muiden mielenterveyshäiriöiden hoito on joissakin maissa eriytynyt. Toisenlaisen historiallisen kehityksen myötä kysymys olisi päinvastainen. Siten havainto, että integroitu hoito näyttäisi olevan ainakin yhtä vaikuttava kuin aiemmat hoitomallit, on myös merkityksellinen.

Toiseksi voidaan ajatella niinkin, että kysymys on enemmän kaksoisdiagnoosipotilaiden hoitopalveluiden järjestämisestä kuin varsinaisesta uudesta hoidosta. Tällöin mm. potilaiden käsitykset palvelujärjestelmästä tulisi myös huomioida integroidun hoidon merkitystä arvioitaessa. Arvioitaessa eri hoitomallien käyttökelpoisuutta tulisi niin ikään ottaa huomioon hoitomyöntyvyyteen liittyvät tekijät. Todennäköisesti monien kaksoisdiagnoosipotilaiden on helpompi sitoutua yhteen hoitopaikkaan kuin kahteen. Integroitua hoitoa puoltavat tahot ovat ilmaisseet osuvasti, että kaksoisdiagnoosipotilaan hoito on aina integroitua ja että kysymys on vain siitä, integroiko hoidon palvelujärjestelmä vai potilas (Mueser ym. 2003). Psykkisesti sairaalle päihdeongelmalliselle tällainen integrointi voi olla ylivoimaista.

Kirjallisuutta

- Addington J, Duchak V. Reasons for substance use in schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 1997;96:329–33.
- Alkoholi-ongelmaisen hoito [verkkodokumentti]. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [päivitetty 24.3.2005]. www.kaypahoito.fi
- Cornelius JR, Bukstein O, Salloum I, Clark D. Alcohol and psychiatric comorbidity. *Recent Dev Alcohol* 2003;16:361–74.

- Donald M, Dower J, Kavanagh D. Integrated versus non-integrated management and care for clients with co-occurring mental health and substance use disorders: a qualitative systematic review of randomised controlled trials. *Soc Sci Med* 2005;60:1371–83.
- Drake RE, Essock SM, Shaner A, ym. Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatr Serv* 2001;52:469–76.
- Goswami S, Mattoo SK, Basu D, Singh G. Substance-abusing schizophrenics:

- do they self-medicate? *Am J Addict* 2004;13:139–50.
- Grant BF, Harford TC. Comorbidity between DSM-IV alcohol use disorders and major depression: results of a national survey. *Drug Alcohol Depend* 1995;39:197–206.
- Green B, Kavanagh DJ, Young RM. Reasons for cannabis use in men with and without psychosis. *Drug Alcohol Rev* 2004;23:445–53.
- Huumeongelmainen hoito [verkkodokumentti]. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim [päivitetty 23.1.2006]. www.kaypahoito.fi
- Janssen E. A self psychological approach to treating the mentally ill, chemical abusing and addicted (MICA) patient. *Arch Psychiatr Nurs* 1994;8:381–9.
- Jeffery DP, Ley A, McLaren S, Siegfried N. Psychosocial treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2000, Issue 2. Art. No.: CD001088.
- Kessler RC, Crum RM, Warner LA, Nelson CB, Schulenberg J, Anthony JC. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54:313–21.
- Kessler RC. The epidemiology of dual diagnosis. *Biol Psychiatry* 2004;56:730–7.
- Merikangas KR, Mehta RL, Molnar BE, ym. Comorbidity of substance use disorders with mood and anxiety disorders: results of the International Consortium in Psychiatric Epidemiology. *Addict Behav* 1998;23:893–907.
- Mueser KT, Noordsy DL, Drake RE, Fox L. Integrated treatment for dual disorders: a guide to effective practice. New York: The Guilford Press, 2003.
- Pechter BM, Miller NS. Psychopharmacotherapy for addictive and comorbid disorders: current studies. *J Addict Dis* 1997;16:23–40.
- Pirkola S, Wahlbeck K. Huumausaineisiin liittyvien ja samanaikaisten muiden mielenterveyshäiriöiden takia toteutuneet sairaalahoidot 1987–2002. *Suom Lääkäril* 2004;59:1673–7.
- Pirkola SP, Isometsä E, Suvisaari J, ym. DSM-IV mood-, anxiety- and alcohol use disorders and their comorbidity in the Finnish general population – results from the Health 2000 Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005;40:1–10.
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, ym. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990;264:2511–8.
- Schuckit MA. Alcohol and depression: a clinical perspective. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1994;377:28–32.
- Smit F, Bolier L, Cuijpers P. Cannabis use and the risk of later schizophrenia: a review. *Addiction* 2004;99:425–30.
- Strakowski SM, DelBello MP, Fleck DE, ym. Effects of co-occurring alcohol abuse on the course of bipolar disorder following a first hospitalization for mania. *Arch Gen Psychiatry* 2005;62:851–8.
- Winokur G, Coryell W, Akiskal HS, ym. Alcoholism in manic-depressive (bipolar) illness: familial illness, course of illness, and the primary-secondary distinction. *Am J Psychiatry* 1995;152:365–72.
- Woody G. The challenge of dual diagnoses. *Alcohol Health Res World* 1996;20:76–80.

MAURI AALTO, dosentti, erikoislääkäri
mauri.aalto@ktl.fi
Kansanterveyslaitos,
mielenterveyden ja alkoholitutkimuksen osasto
PL 33, 00251 Helsinki