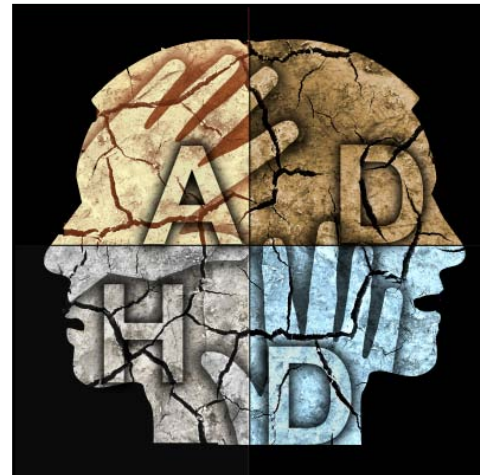


ADHD ja päihteet

– näin lääkitseen



Nykyisen tutkimusnäytön valossa päihdehäiriöisen henkilön ADHD:n tutkiminen ja hoitaminen on suositeltavaa. Yksilöllisesti suunnitellusta lääkehoidosta on tutkimusten perusteella enemmän hyötyä kuin haittaa.

Käypä hoito -suosituksen mukaan ADHD voi hoitamattomana suurentaa psykiatristen häiriöiden, syrjäytymisen ja päihteiden käytön riskiä (1). Päihdehäiriöisistä se todetaan noin neljäsosalla (2). Aikuisilla ADHD-potilailla muu psykiatrinen sairastavuus on lisäksi yleistä, ja se voi vaikeuttaa diagnosoimista (3).

Päihdehäiriöisten ADHD:n hoitamiseen etenkin stimulantteilla on suhtauduttu kriittisesti, ja he ovat usein jääneet ilman hoitoa. Viime vuosina on kuitenkin tutkittu ADHD:n lääkehoitojen vaikuttavuutta ja haittoja myös tässä potilasryhmässä.

Laajassa yhdysvaltalais-tutkimuksessa mitattiin haittatapahtumia lääkehoidon aikana ja ilman sitä. Stimulanttilääkitystä käytti noin 90 % tutkittavista (4), ja mitattuja haittatapahtumia oli vähemmän lääkitymisen aikana. Samoin ruotsalaistutkimus osoitti, ettei stimulanttilääkitys lisännyt päihteiden väärinkäyttöä, vaan sillä oli jopa päihdehäiriöiden kehittymiseltä suojaava vaikutus (5).

Tutkimukset kertovatkin, että päihdehäiriöisen stimulanttihoitosta on enemmän hyötyä kuin haittaa, vaikka

kaikkia mahdollisia haittoja ei ole täysin kattavasti tutkittu.

Suositus ja mahdolliset hyödyt

Vuonna 2018 kansainvälinen asiantuntijaryhmä julkaisi konsensuslausuman, joka perustui kattavaan tutkimusnäyttöön 212 julkaisusta (6). Sen mukaan ADHD tulee seuloa kaikilta potilailta, joilla on päihderiippuvuus, ja diagnostiset tutkimukset on tarvittaessa käynnistettävä mahdollisimman pikaisesti.

Lausumassa suositellaan päihderiippuvuuden ja ADHD:n samanaikaista hoitoa ja todetaan, että suositeltavin valinta ovat pitkävaikutteiset amfetamiinijohdannaiset tavanomaista suuremmin annoksin.

Atomoksetiinia suositeltiin ensisijaiseksi vaihtoehdoksi vain alkoholiriippuvuudesta kärsiville. Pitkävaiikutteista metyyliifenidaattia suositeltiin käyttämään jopa annoksilla 180 mg/vrk, mikäli pienemmillä annoksilla ei saada aikaan vastetta. Tutkimuksissa suuremmilla metyyliifenidaattiannoksilla saatiin aikaan vaste ADHD-oireissa mutta myös vähennettiin stimulanttien käyttöä, toisin kuin pienemmillä annoksilla, jotka kuitenkin lievittivät ADHD-oireita (6).

Päihdehäiriöisistä noin neljäsosalla todetaan ADHD.

Näin hoidamme

HUS:ssa, TYKS:ssa sekä vankiterveydenhuollossa on tehty ADHD-tutkimuksia ja aloitettu stimulanttihoitoja potilaille, joilla on samanaikaisia muita päihde- ja mielenterveysongelmia. Hoitavien määrät ovat vielä pieniä. Hoitolinjaukset perustuvat julkaistuihin tutkimuksiin.

ADHD-diagnoosin asettaminen päihteiden käytön aikana vaatii perehtyneisyyttä ja huolellista paneutumista, mutta tutkimustiedon valossa diagnostinen arvio voidaan tehdä lähes yhtä luotettavasti kuin päihteettömän jakson aikana (6,7).

Keskeistä on, että päihdehäiriöisiltäkin esitietojen kerääminen ja muut diagnostiset selvittelyt aloitetaan ADHD-epäilyn herättyä. Päihteettömyyttä ei jäädä odottamaan, vaikka siihen kannustetaan. Esitietojen kartoittamisessa on olennaista, ettei potilas ole haastattelutilanteissa päihtynyt. Päihde-seuloja tehdään tutkimuksen aikana, ja päihteiden käyttö huomioidaan tuloksia tulkittaessa.

Kattavat asiakirjatiedot etenkin lapsuudesta ovat tärkeitä diagnoosin luotettavuuden kannalta, samoin omaisten haastattelemineen, tarvittavat somaattiset tutkimukset sekä alustavat arviot muusta psykiatrisesta sairastavuudesta aloitetaan varhain.

Mikäli kerätyistä tiedoista ei saada riittävää varmuutta diagnoosin perus-

teeksi eikä potilas ole päihteetön, voidaan edellyttää päihteettömän jakson aikana tehtävää tutkimusta. Pelkkä potilaan haastattelemine ei riitä luotettavan diagnoosin tekemiseen; ajankohtaiset oireet tulee kartoittaa objektiivisesti.

Neuropsykologinen tutkimus ei ole tarpeen ADHD-diagnoosia varten. Se voidaan tehdä, kun täytyy selvittää mahdollisten oppimisvaikeuksien luonnetta ja merkitystä, kognitiivista toimintakykyä laajasti tai pohditaan haastavaa erotusdiagnoosia. Näitä tutkimuksia on hyvä edeltää riittävä, yleensä neljän viikon päihteettömyys, mutta harkinnan mukaan vaikkapa osasto-olosuhteissa tutkimus voidaan tehdä jo varhaisemmin.

Lääkehoito suunnitellaan yksilöllisesti. Olennaista on hyötyjen ja haittojen huolellinen arviointi. Poikkeustilanteissa voidaan harkita lääkityksen aloittamista myös diagnostiikan tueksi tai varmistamiseksi.

Hoidon aloittamisen jälkeen seuranta voi jatkua erikoissairaanhoidossa tai perustasolla. Olemme tarjonneet hoito-ohjeiden lisäksi mahdollisuuden matkailun kynnyksen konsultaatioihin.

Mahdolliset riskit

Stimulanttilääkitykseen liittyviä riskejä minimoidaan suunnitteleamalla hoito huolellisesti. Kun hoito aloitetaan, potilas voi hakea stimulanttilääkityksen päivittäin poliklinikalta. Tämä mahdollistaa tarkan hoitovasteen seurannan eikä lääkkeen väärinkäyttö ole mahdollista. Seurannan edetessä käyntitiheyttä harvennetaan.

Suomalaisissa päihdeyksiköissä, joissa toteutetaan opioidikorvaushoitoa, on valmiina hyvät rutiinit lääkkeiden jakamiselle ja siihen liittyvälle seurannalle. Tätä voi hyödyntää ADHD-lääkitystä suunniteltaessa.

Psykoosialttius tai todettu psykoosisairaus voi olla este stimulanttilääkitykselle. Tutkimuksissa tulokset ovat olleet ristiriitaisia. Tuoreehkossa ison aineiston tutkimuksessa kartoitettiin metyyli-fenidaatin käyttöön liittyvää psykoosiriskiä

nuorilla ja nuorilla aikuisilla (8). Lääkitys ei lisännyt psykoosiriskiä edes henkilöillä, jotka olivat sairastaneet psykoosijakson ennen stimulanttihoitoa aloittamista (8). Toisessa, pienen aineiston tutkimuksessa havaittiin, että metyyli-fenidaatin käyttö saattaa lisätä psykoosiin sairastumisen riskiä varhaisemalla iällä (9). Metyyli-fenidaatti näyttää provosoivan vähemmän psykoottisia oireita kuin amfetamiinipohjaiset valmisteet (10).

Nykytieto näyttää tukevan ajatusta, että psykoosialttiille henkilölle, jolla todetaan ADHD, voidaan aloittaa stimulanttilääkitys. Stimulanttiannoksia suurennetaan maltillisesti potilaan vointia seuraten samanaikaisen psykoosilääkityksen kanssa. Ennen kuin lääkitystä harkitaan, psykoosisairauden tulee olla stabiili mutta ei välttämättä oireeton.

Hoidon jatkuminen

ADHD-hoidon hyötyä arvioidaan kokonaisvaltaisesti. Samanaikainen päihteen käyttö ei saa olla peruste hoidon lopettamiselle, ellei lääkityksen katsota aiheuttavan tai ylläpitävän potilaan ongelmia. Toisaalta tarve lääkityksen jatkamiseen voidaan kyseenalaistaa silloin, kun siitä ei ole saatu riittävä, mitattavaa vastetta millään elämäntilanteella.

On suotavaa, että ennen ADHD-lääkityksen aloittamista potilaan kanssa tehdään huolellinen tilannearvio, jossa huomioidaan päihteen käyttö ja sen komplikaatioiden lisäksi potilaan muu selviytyminen opiskeluista työelämään ja yleiseen arjen hallintaan. Suuretkin muutokset voivat edetä pienin askelin. ●

SIDONNAISUDET

Joni Liskola: Luentopalkkiot (Takeda).
Risto Vataja: Osa-aikainen työsuhte (Vakuutusosasto), pysyvä asiantuntija (Valvira).
Solja Niemelä: Luentopalkkiot (Shire-Takeda), matka-, majoitus- ja kokouskulut (Shire-Takeda, Sunovio), tekijänpalkkiot (Kustannus Oy Duodecim), Hanna Putkonen, Sanna-Maija Perälä, Kati Vesterinen, Pekka Rapeli: Ei sidonnaisuuksia.

JONI LISKOLA
LL, oikeuspsykiatrian erikoislääkäri
HUS psykoosi- ja oikeuspsykiatrian linja, VTH
Psykiatrisen vankisairaala

HANNA PUTKONEN
dosentti, osastonylilääkäri
HUS Riippuvuuspsykiatria

RISTO VATAJA
LL (väit.), ylilääkäri
HUS, gero-, neuro- ja riippuvuuspsykiatrian linja

SANNA-MAIJA PERÄLÄ
osastonylilääkäri
TYKS Psykiatria, riippuvuuspsykiatrian vastuualue

KATI VESTERINEN
LL, psykiatrian erikoislääkäri, päihdelääketieteen
erityispätevyys, apulaisyliääkäri
HUS Riippuvuuspsykiatria

PEKKA RAPELI
FT, neuropsykologi
HUS Riippuvuuspsykiatria

SOLJA NIEMELÄ
päihdelääketieteen apulaisprofessori, Turun yliopisto
ylilääkäri, TYKS Psykiatria

KIRJALLISUUTTA

- 1 Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Lastenneurologinen yhdistys ry:n, Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen ja Suomen Lastenpsykiatriyhdistyksen asettama työryhmä. ADHD (aktiivisuuden ja tarkkaavuuden häiriö) Käypä hoito -suositus 4.4.2019. www.kaypahoito.fi
- 2 van Emmerik-van Oortmerssen K, van de Glind G, van den Brink W ym. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug Alcohol Depend* 2012;122:11-9.
- 3 Fayyad J, Sampson NA, Hwang I ym. The descriptive epidemiology of DSM-IV Adult ADHD in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Atten Defic Hyperact Disord* 2017;9:47-65.
- 4 Quinn PD, Chang Z, Hur K ym. ADHD medication and substance-related problems. *Am J Psychiatry* 2017;174:877-85.
- 5 Chang Z, Lichtenstein P, Halldner L ym. Stimulant ADHD medication and risk for substance abuse. *J Child Psychol Psychiatry* 2014;55:878-85.
- 6 Crunelle CL, van den Brink W, Moggi F ym. International Consensus Statement on Screening, Diagnosis and Treatment of Substance Use Disorder Patients with Comorbid Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Eur Addict Res* 2018;24:43-51.
- 7 van Emmerik-van Oortmerssen K, Vedel E, Kramer FJ, Koeter MW, Schoevers RA, van den Brink W. Diagnosing ADHD during active substance use: Feasible or flawed? *Drug Alcohol Depend* 2017;180:371-5.
- 8 Hollis C, Chen Q, Chang Z ym. Methylphenidate and the risk of psychosis in adolescents and young adults: a population-based cohort study. *Lancet Psychiatry* 2019;6:651-8.
- 9 Moran LV, Masters GA, Pingali S ym. Prescription stimulant use is associated with earlier onset of psychosis. *J Psychiatr Res* 2015;71:41-7.
- 10 Moran LV, Ongur D, Hsu J, Castro VM, Perlis RH, Schneeweiss S. Psychosis with methylphenidate or amphetamine in patients with ADHD. *N Engl J Med* 2019;380:1128-38.