

HEROINISTIEN BENEDICTUS-KOLMOISHOITO

PENTTI KARVONEN

YK:n arvion mukaan maailmassa on 8 miljoonaa heroinin käyttäjää, 13 miljoonaa kokaiinin käyttäjää sekä 141 miljoonaa kannabistuotteiden käyttäjää. Stakesin teettämän arvion mukaan pääkaupunkiseudulla asustaa 3 100 kovien huumeiden käyttäjää, ja koko Suomessa amfetamiinin ja opiaattien käyttäjiä arvioidaan olevan 5 300–10 500. Epäviralliset tahot puhuvat kymmenistä tuhansista käyttäjistä.

Suomalaista huumausaineiden käyttöä jäsentää rinnakkain kolme erilaista alakulttuurista koodia: psykedeelinen koodi, hauskanpitoon tähtäävä koodi ja narkomaanikoodi. Käyttötavat voidaan jakaa hallittuun käyttöön, boltittomaan käyttöön ja pakonomaisen käyttöön. Jokainen huumausaineiden käyttäjä ei ole addikti taikka narkomaani. Norman Zinbergin mukaan henkilö voidaan lukea opiaattien hallitun käytön luokkaan silloin, kun hänellä ei ole yli kolmea 4–15 päivää kestänyttä yhtämittaisen käytön jaksoa vuodessa eikä yhtään sellaista 30 päivän jaksoa, jossa ainepäivien lukumäärä olisi suurempi kuin huumeettomien päivien (Hakkarainen 1997).

Addiktiota (riippuvuutta) aiheuttavien aineiden käyttö alkaa jo nuorena. Tavallisin polku heroinin eli diasetyylmorfiinin alaisuuteen kulkee reittiä tupakka–alkoholi–hasis–amfetamiini–heroiini. Yli 95 prosenttia tuntemistani heroineista on tai on ollut tupakoi-
jia. Nikotiini vaikuttaa aivoissa myös mielihyvä- ja motivaatiokeskukseen (Kandel & al. 1995). Päivittäinen tupakointi näyttää olevan ensimmäinen portti aineista johtuviin riippuvuussairauksiin ja aivojen mielihyvä- ja motivaatiokeskuksen vaurioitumiseen, mikä tieto

on ensiarvoisen tärkeä kohdennettaessa ennalta ehkäisevää huumevalistustyötä oikeille nuorisoryhmille.

Heroinin käyttö voi olla kokeilua, satunnaiskäyttöä, tapakäyttöä, ongelmakäyttöä ja lopulta 2–4 kertaa vuorokaudessa toistuvaa päivittäistä narkomaniaa. Heroinistia ymmärtääkseen on hyvä tuntea aineen vaikutukset ja aikataulu. Heroiinia käytetään tavallisesti 2–5 kertaa vuorokaudessa.

HEROININ VAIKUTUKSIA ADDIKTION KEHITTYESSÄ

Heroinin vaikutuksissa on addiktion kehittyessä kolme vaihetta: nousuvaihe (1–5 tuntia), normaali olotila (3–5 tuntia) ja laskuvaihe (tunneista viikkoihin, jopa vuosiin käyttökertojen lukumäärästä riippuen).

Taudin alkuvaiheessa eli *nousuvaiheessa* heroini voi antaa kymmenisen kertaa ”taivas-kokemuksia” (high): onnellisuuden tunnetta ja syvää rauhaa. Joillakin potilailla tärkein heroinin aiheuttama myönteinen tuntemus on ahdistuksen poistuminen ja jännityksen laukeaminen. Toiset kokevat heroinin antaman hyvänolon tunteen varsin lievänä, ja koko touhu tuntuu ylimainostetulta ainakin hyvien olojen suhteen. Osalle parhaat tunteukset tulevat vasta sitten, kun ensin ollaan pahoissa vieroitusoireissa. Heroinin kantasana heros tarkoittaa myös sankaruutta. Heroinisti tuntee itsensä rohkeaksi ja voittamattomaksi, mikä helpottaa alakulttuuriin kuuluvien rikollisten toimien suorittamista. Fyysinen ja psyykinen kipu kaikkoo, kaikki tun-

tuu selvältä ja yksinkertaiselta. Myönteisten kokemusten kirjo on varsin suuri, kun taas helvetti on kaikille yhteinen.

Muutaman kuukauden kuluttua hyvät kokemukset laimenevat, ja usein uudesta heroiiniannoksesta haetaan hyvänolon tunteiden sijasta vain *normaalialotilaa* tai nuokuksissa olemista, tunnetta, johon liittyy rauhallisuutta sekä psyykkisen ahdistuksen ja kivun poistumista.

Heroiinin aiheuttamien euforisten olojen loputtua seuraa noin kolme tuntia kestävä normaali olotila ja tämän jälkeen pari tuntia kestävä lievä hermostuneisuus.

Laskuvaiheessa on kyse keskushermoston tasapainottomuudesta, mikä ilmenee fyysisinä ja psyykkisinä oireiluinä. Hermostuneisuuden jälkeen alkavat ns. fyysiset vieroitusoireet. On kipuja alaraajoissa, vatsassa ja selässä. Luita palelee. Iho voi olla kananlihalla. On ripulia ja oksentelua. On lihaskouristuksia. Fyysisiä vieroitusoireita seuraa joskus hyvinkin pitkäaikainen psyykinen lamaan-tuminen. Aloitekyky on täysin poissa. Mikään ei huvita. Kaikki asiat ovat harmaita ja mielenkiinnottomia. Motivaatio puuttuu. Yksinkertaisetkin asiat tuntuvat mahdottomilta suorittaa ja ihminen jämähtää sängyn pohjalle. Taivas on muuttunut helvetiksi. Potilaan psykologinen tila on joka suhteessa epästabili, levoton ja rauhaton. Päässä takoo vain kaksi ajatusta: mistä raha, mistä aine. Toki niitäkin ajatuksia on esitetty, että heroinistien vieroitusoireet ovat usein vain vähän flunssaa pahempi olotila (Berg Insoo & Miller 1994). Se lienee mahdollista ihmisten erilaisuuden vuoksi, mutta lievät vieroitusoireet ovat kovin harvinaisia ainakin pitemmän, jo kuukausia kestäneen käyttöjakson jälkeen.

Vieroitusoireisiin kuuluvat kielteiset tunteet voimistuvat heroiinin käytön jatkuessa ja ovat lopulta ylipääsemättömän vaikeita kestää. Tästä alkaakin useimmiten päivittäinen heroiinikierre. Jatkuvassa käytössä toleranssi nousee nopeasti ja heroinisti joutuu ”vuoris-torata-ajoon”, jossa surffaillaan nopeasti 2–4 päivittäisen piikin taivaan ja helvetin väliä

viipymättä juuri lainkaan maan pinnalla. Tätä vaihetta elävä heroinisti on usein psykologisesti ja sosiaalisesti tavoittamattomissa niin oman perheen kuin potilasta hoitavan terapeutin kannalta.

PÄIHDERIIPPUUUS ON AIVOSAIRAUS

Kymmenen vuotta sitten Ranskassa oli 20 000 narkomaania ja nyt heitä on 260 000. Kymmenen vuotta sitten Ranskassa oli noin 100 000 huumeiden käyttäjää ja nyt heitä on useita miljoonia (Le Monde 16.12.1997). Huumeiden käytön kriminalisointi ja käyttäjien sulkeminen vankiloihin näyttävät johtaneen päinvastaiseen tulokseen kuin oli toivottu. Miksi näin?

Vastaus saattaa löytyä päihteiden hallitun käytön sallivan ja samalla yksilön käyttäytymistä ohjaavan kulttuuritradition puuttumisesta, mikä altistaa päihteiden holtittomalle ja pakonomaiselle käytölle. Vastaus saattaa löytyä sosiaalipsykologiasta ja psykologiasta. Nykyajan ihminen voi olla kyvytön löytämään riittävä psykologista tyytyväisyyttä normaalista elämästä tai kyvytön kohtaamaan pahanolon tunteitaan huumeettomin ja lääkkeettömin keinoin.

Päivittäisen huumeikierteen voimakkain aiheuttaja löytynee aivojen neurobiologiasta. Yhdysvaltalainen Science-lehti kertoo laajas-katsauksessaan (3.10.1997), että addiktio on aivosairaus, joka johtaa pakonomaiseen kaikki muut tarpeet syrjäyttävään huumeen hankkimiseen. Sairaus on krooninen ja siihen liittyy huomattava uusiutumistaipumus (relapsit). Narkomaaneja on totuttu virheellisesti pitämään pelkästään onnettomien olosuhteiden uhreina taikka heikkoina ja pahoina ihmisinä. Kaikissa addiktioissa, myös aineetomissa, näyttää olevan kyse aivojen mesolimbisen palkitsemisjärjestelmän vauriosta (Leshner 1997). Pitkäaikaisen huumeen käytön (alkoholi mukaan luettuna) aiheuttama aivovaurio on todettavissa neljällä tasolla: muutoksina toiminnassa, rakenteissa, soluissa ja

molekyyliessä. Riippuvuuteen liittyviä välittäjäaineita (neurotransmittereitä) on lukuisia: GABA, glutamaatti, dopamiini, serotoniini ja endorfiinit. Tautiin kuuluvaa uutta käyttöpäriodia edeltää aivoihin syntynyt usein stressin laukaisema negatiivinen affektitila, johon kuuluu huonovointisuutta, masennusta, ärtyisyyttä, ahdistuneisuutta ja tuskaisuutta (Koob & al. 1997).

Edellisten neuropsykososiaalisten syiden lisäksi vastaus saattaa löytyä yhteiskunnan suosimasta neljänestä hoitotavasta eli huumeisiin kohdistuvasta täyskiellosta. Syyllistävä täyskielto näyttää vaikuttavan huumeiden käytön sosiaaliin, psykologisiin ja neurobiologisiin syihin päinvastaisesti kuin on toivottu. Kun yksityinen sektori vaihtaa keinoja, jos ne eivät tuota tuloksia, vaatii valtiollinen koneisto lisää juuri sitä, millä toivottuihin tuloksiin ei ole päästy (Sarvanti 1997). Jyrkkä EI estää käyttötapoja, käyttötilanteita ja käyttömääriä säännöstelevän kulttuuritradition syntymisen. Täyskielto johtaa helposti kaksoiselämään ja salaisten alakulttuurien syntyymiseen. Syyllistäminen lisää päihderiippuvaisien syyllisyyttä ja ahdistuneisuutta siinä määrin, että päihteen houkutusvoima vain entisestään lisääntyy. Kielteiset, ihmisarvoa alentavat asenteet vähentävät aivojen motivaatio- ja mielihyvakeskuksen dopamiinipitoisuuksia johtaen masennukseen ja tätä tietä tilapäisen helpotuksen hakemiseen päihteisistä ja lääkkeistä. Voidaankin kysyä, kenen aivotoinnoissa pitäisi ensin tapahtua muutoksia, jotta nuorison ajautuminen päivittäiseen päihderiippuvuuteen saataisiin estetyksi.

Päihderiippuvaisien sulkeminen vankeinhoitolaitoksiin ilman asianmukaista hoitoa on enemmän eristämistä kuin auttamista (Leshner 1997). Rangaistusajan päätyttyä tauti puhkeaa saman tien uudelleen. Tästä aiheesta käydään juuri tällä hetkellä Ranskassa periaatteellista keskustelua. Noin 300 narkomaanien hoidon ammattilaista oli yksimielisiä siitä, että narkomaaneja syyllistävä huumausainelaki vuodelta 1970 pitää uudistaa (Le Monde 16.12.1997).

HEROINISTIN DEPRESSION MONET MUODOT

Heroinistin depression muotoja on kolme: psyykkiseen perussairauteen kuuluva depressio, reaktiivinen, menetyksistä johtuva depressio ja neurokemiallinen depressio.

Potilas saattaa olla *perusluonteeltaan depressiivinen*, ahdistunut ja alavireinen, ennen kuin hän rupeaakaan käyttämään huumeita. Perusluonteen depressiivisyydestä johtuen heroiniin vaikutukset saattavat aluksi tuntua erittäin myönteisiltä ja jopa tarpeellisilta.

Huumeen päivittäisen käytön aikana kaikki normaalit asiat ja jopa normaalit ihmissuhteet jäävät usein hoitamatta. Elämä romahtaa. Aineen käytön loputtua on pakko lopulta kohdata vaikeiksi muodostuneet realiteetit. Potilaan elämäntilanne on todella tukala ja ahdistava ja johtaa varsin usein depression, jota sanotaan *reaktiiviseksi*, menetyksistä johtuvaksi, sekä apatiaan ja aloitekyvyttömyyteen.

Vieroitusoireiden aikana aivojen toiminta on myös häiriintynyt. Motivaatiokeskuksen dopaminergiset neuronit stimuloituvat amfetamiinilla, kokaiinilla, opiaateilla, alkoholilla ja bentsodiatsepiineillä (Kandel 1995). Neurofarmakologi Walter Zieglgänsberger kertoo, että PET- tutkimuksissa näkyvä neurokemiallinen aivovamma mielihyvä- ja motivaatiokeskuksen D2-reseptoreissa ja dopaminergisissä neuroneissa selittää varsin hyvin potilaan kokeman ilotulituksen ja sitä seuraavan aivojen lamaanumisen (Hietanen 1996). Heroini aiheuttaa häiriöitä muissakin välittäjäaineissa, kuten enkefaliineissa ja beta-endorfiineissa, mistä seuraa endogeenisten opiaattien tuotannon väheneminen. Pitkäkestoisen morfiinialtistuksen on todettu pienentävän dopaminergisten hermosolujen kokoa 25 prosenttia, mikä osaltaan selittää pitkäkestoisen aivojen mielihyvä- ja motivaatiokeskuksen lamaanumisen (Swan 1997).

Perussairauteen kuuluva depressio ja menetyksistä johtuva reaktiivinen depressio ovat hoidettavissa keskusteluterapialla ja toimintaterapialla, kun taas neurokemiallinen depressio tarvitsee useimmiten asteittain alene-

vaa substituutioterapiaa eli korvaushoitoa lääkkeillä. Aivot eivät näytä yksinkertaisesti toimivan normaalilla tavalla ilman riittävää spesifistä substituutioterapiaa. Psykoanalyttikko Juhani Salakarin mukaan heroinin käyttö johtaa herkästi erittäin pitkäkestoiseen keskushermoston lamaanumiseen, joka on selvästi erilainen tila kuin esim. muista syistä johtuva depressio. Tämä lamaanuminen on dramaattisen tehokkaasti kumottavissa bu-prenorfiinilla (Salakari 1998).

Jean-Jacques Deglon on tutkinut Genevesä vuoden mittaisten metadonihoitojen jälkeisiä relapseja sadalla potilaalla ja tullut tulokseen, että tärkein syy relapseihin on luonteeltaan neurobiologinen. Krooninen opiaattien väärinkäyttö synnyttää aivoihin pitkäkestoisen reseptoreiden ja endorfiinisysteemin toimintahäiriön. Aivojen virhetoiminta voidaan korjata ja stabiloida riittävällä metadoninoksella. Metadoniannosta alennettaessa toimintahäiriö tulee esiin uudelleen kulminoituen puutosoireyhtymään, mikä vuorostaan aiheuttaa yleisen mielialaheilauksen ja tämän jälkeen heroinin käyttö alkaa uudelleen. Tämän vuoksi metadonihoito täytyy lopettaa hyvin hitaasti ja potilaan suostumuksella ja vasta pitkän stabiilin vaiheen jälkeen. Huomio täytyy kiinnittää elämänlaatuun, ja jos relapseja taikka psykososiaalista tasapainottomuutta esiintyy, metadoniannosta täytyy ensin korottaa ja sen jälkeen vieläkin varovaisemmin laskea. Jos tästäkin huolimatta endorfiinien puutosoireyhtymä tulee esiin ja uhkaa potilaan elämänlaatua, tarvitaan vieläkin pitkäkestoisempi tai koko elämän mittainen substituutioterapia (Deglon 1997).

NARKOMANIAN HOITOTAVAT

Addiktion näkeminen krooniseksi uusiutuvaksi sairaudeksi johtaa ajatukseen, että hyvä hoitotulos saavutetaan jo silloin, kun aineen käyttö saadaan huomattavasti laskemaan ja raittiina ollaan pitkiä ajanjaksoja satunnaisia pieniä repsahduksia lukuun ottamatta (Lesh-

ner 1997). On myös todettu, että narkomaanien hoitoon käytetty markka tulee takaisin 4-12 kertaisena riippuen käytetystä aineesta ja hoitotavasta (O'Brien 1997). Varhain aloitettu hoito vähentää myös narkomaniaan liittyviä sairauksia (maksatulehdukset, AIDS, tuberkuloosi ja muut infektiot).

Narkomaanien hoitoon ei pidä suhtautua yksipuolisen lääkekeskeisesti. Myönteinen inhimillinen kontakti ja potilasta kannustava psykoterapia pystyvät korjaamaan masentuneiden aivojen biokemiaan syntynttä häiriötilaa ilman lääkehoitoakin, kuten vastikään Kuopion yliopistossa tehdyssä tutkimuksessa on osoitettu (prof. Johannes Lehtonen). Syyllistäminen ja rankaiseminen taas lisäävät aivojen biokemiaan syntynttä häiriötilaa. Pahan olon lisääntyessä tarve uuteen ryyppyreissuun vain kasvaa.

Narkomaniaa pyritään hoitamaan neljällä eri hoitomenetelmällä, jotka ovat seuraavat:

- syyllistäminen, kriminalisaatio, kontrollitoimet, eristäminen
- terapeuttinen yhteisö, ympäristönvaihdos yms. sosiaaliterapiat
- psykoterapia
- lääkkeellinen korvaushoito.

Monissa lääketieteellisissä hoitolaitoksissa harjoitetaan myös korostettua *kontrollia*, eristämistä ja rankaisemista epäsovivasta käytöksestä.

Sosiologinen lähestymistapa korostaa narkomanian yhteisöllisyyttä ja toveripiirin merkitystä taudin ennaltaehkäisyssä, syntyhistoriassa ja myös parantamisessa. Jos potilaan oma sosiaalinen elämänpiiri ei ole muutettavissa terapeuttiseksi, niin moni potilas tarvitsee lisähoidoksi *terapeuttista yhteisöä* joko viikoittaisena toimintana tai uutena asuinyhteisönä.

Maaseudulle muuttaminen on ollut varsin tavallinen heroinistin kuntoutusmenetelmä. Sinä aikana potilas pääsee eroon vanhasta kaveripiiristään ja luo samanaikaisesti uusia sosiaalisia suhteita. Paluu kaupunkiin johtaa kuitenkin helposti narkomanian uusiutumiseen, minkä vuoksi parempi ja pysyvämpi

tapa on parantua normaalissa kotiympäristössä, jos se suinkin on mahdollista. Kun narkomaani oppii vastaamaan entisten käyttäjätovereiden tekemiin tarjouksiin kieltävästi, ollaan jo tiellä pysyvään paranemiseen.

Maaseudulle perustetut hoitokodit, Kiskon hoitoyhteisö ja Helsingissä toimiva Hietalinna-yhteisö ovat lääkkeettömiä terapeutisia yhteisöjä, jotka auttavat heroinisteja uuden elämän alkuun. NA-kerhoitoiminta antaa ryhmäpsykoterapiaan kuuluvien kokemusten lisäksi uudenlaisen terapeuttisen yhteisön, johon moni kuuluu vuosikausien, jopa vuosikymmenten ajan. Tämäkään hoitomuoto ei sovi kaikille.

Moni huumeiden käyttäjä tarvitsee pitkäkestoista *psykoterapiaa*. Hoitopaikkoja on kuitenkin tosi vähän tarjolla ja potilaiden kyky sitoutua säännölliseen terapiaan tarkkoine kellonaikoinen on kovin rajoittunut. Moni narkomaani voi hyöttyä myös kotitekoisesta itsehoidosta ja aivojumbasta, jossa pahan olon tunne kohdataankin toisella tavalla kuin tavallisesti; huumeen, viinan taikka ylimääräisen lääkeannoksen sijasta yritetään hoitaa paha mieli kuntoon sanoilla, hiljaisuudella tai toiminnalla, kuten moni on vaistomaisesti yrittänyt tehdäkin.

Huumeiden käyttö liittyy usein viettityydytyksen saamiseen. Osalle narkomaaneista on tyypillistä välitön ja vinoutunut tarpeentyydytys sekä impulssikontrollin puute, jota voidaan jossain määrin korjata psykoterapialla.

Huumeiden käyttö toimii usein häiritsevien tunteiden poistajana. Häiritsevien affektien luonteesta riippumatta addikti reagoi aina saman kaavan mukaisesti. Epämielittävä tuntemus voi olla tyydyttämätön mielihalu, yleinen ahdistuneisuus, kateus, heikentynyt omanarvontunto, pelko, yksinäisyys, häpeä ja syyllisyys tai torjuttu vihantunne. Terapiassa opitaan käsittelemään ja kanavoimaan näitä häiritseviä tunteita.

Huumeiden käyttäjillä itsensä ilmaisemisen keinot ovat usein heikosti kehittyneet. Terapiassa voidaan opetella "sanan mahtia": ajatusten ja tunteiden verbalisointia. Tämän

seurauksena persoonallisuus eheytyy ja sosiaaliset suhteet helpottuvat.

Modernin ajattelutavan mukaan *substituutioterapia* eli *korvaava lääkehoito* on kroonistuneessa narkomaniassa "First Choice Treatment" (Reisinger 1997). Tämä hoito kannattaa valita ensimmäiseksi hoitomuodoksi, joka vuorostaan tekee muut samanaikaiset hoidot mahdollisiksi. Vanhempi ajattelutapa, joka on Suomessa vielä yleinen, korostaa substituutioterapian olevan eräänlaista vihoviimeistä hoitoa, jota käytetään vasta sitten, kun muut hoitomuodot ovat toistuvasti epäonnistuneet.

Korvaushoito voidaan jakaa lyhytkestoiseen vieroitushoitoon (viikkoja), pitempikestoiseen vieroitushoitoon (kuukausia) taikka ylläpitohoitoon (vuosia). Rajat näiden luokitusten välillä ovat liukuvia. Potilaan itsesuoriutumista ja hyvinvointia kunnioittavissa hoitomuodoissa tarvittavan lääkehoidon pituutta ei voida etukäteen tarkkaan edes määrittellä.

Metadonisubstituutiohoitossa on maailmassa yli 250 000 narkomaania. Hollannissa noin 80 prosenttia heroinisteista on ylläpito- hoidossa. Ranskassa on 38 800 narkomaania buprenorfiinihoidossa ja noin 6 500 metadoni- hoidossa (La Monde 16.12.1997). Buprenorfiinin käyttö on lisääntymässä Italiassa, Espanjassa ja Englannissa. Vastikään Sveitsissä suoritettussa kansanäänestyksessä 70 prosenttia äänestäneistä kannatti heroinin antamista heroinisteille.

Suomalaiset yksityislääkärit ovat yrittäneet hoitaa narkomaaneja erilaisilla korvaavilla opiaattipitoisilla valmisteilla vuosikymmenien ajan. Entinen lääkintöhallitus ja nykyinen Terveystieteiden tutkimuskeskus ovat toistuvasti jakaneet huomautuksia ruodusta poikenneille lääkäreille, ja nämä viranomaiset ovat varsin usein kaventaneet lääkäreiden reseptinkirjoitusoikeuksia. 1980-luvun alussa pidettiin lääkäreitä vastaan metadonihoitoihin liittyvä Dolorex-oikeudenkäyntien sarja, josta lääkärinkunta ei ole vieläkään toipunut.

Science-lehdessä oli helmikuussa 1980 artikkeli, jonka mukaan buprenorfiini on meta-

donia ja naltrexonia suositeltavampaa uutta farmakoterapiaa heroiiniriippuvuuteen (Mello & al. 1980). Kovin hitaasti uudet ajatukset löytävät Suomeen, koska vielä kymmentä vuotta myöhemmin käytiin Suomessa ns. Temgesic-jupakka, jossa eräältä ansiokkaalta 40–50 heroinistin kanssa pioneerityötä tehneeltä yksityislääkäriltä poistettiin oikeudet kirjoittaa riippuvuutta aiheuttavia PKV-lääkkeitä. Yksityislääkärin asema ei tässä asiassa ole vuonna 1998 yhtään parantunut, pikemminkin päinvastoin. STM:n ohjeisto vuodelta 1997 suorastaan kieltää yksityislääkäriä antamasta korvaavaa lääkehoitoa heroiiniaddiktiossa. Nikotiiniriippuvaisten korvaushoito on vuorostaan järjestetty varsin vapaamielisesti siten, että kuka tahansa tupakoija voi ostaa apteekista ilman reseptiä tarvitsemansa nikotiinipurukumit, laastarit ja nenäsuihkeet hoidon kestäessä 3 kuukaudesta yhteen vuoteen. Ristiriita on ilmeinen.

Vuonna 1993 STM antoi ohjeet opiaattiriippuvaisten ylläpito- ja hoitojärjestämistä erityistason sairaanhoitona, ja tämän normin rajoissa saatiin Suomessa järjestettyä metadoniylläpito- ja hoitoa vain viiden narkomaanin koe-ryhmälle. Syyskuun 1997 alusta lähtien STM on yrittänyt laajentaa vieroitus- ja korvaushoitoa annettavaksi buprenorfiinilla, metadonilla ja levasetyylimetadolilla keskitetyn portaittaisen hoitojärjestelmän avulla (STM:n määräyskokoelma 1997:28). Myös vankiloissa on nyt luvallista antaa opiaattiriippuvaisille korvaavaa lääkehoitoa, ja maaliskuussa 1998 tämä tapahtui ensimmäisen kerran Suomessa yhden potilaani kohdalla.

BUPRENORFIINI

Buprenorfiinia markkinoidaan Suomessa nimillä Temgesic ja Subutex. Edellinen on tarkoitettu kiputilojen hoitoon ja jälkimmäinen vieroitus- ja hoitoon. Markkinoille on tulossa myös buprenorfiinin ja naloksonin yhdistelmävalmiste, jota ei voi käyttää suonensisäisesti (Chapleo & al. 1997).

Buprenorfiinin sivuvaikutukset eivät ole vaarallisia. Tavallisimpia ovat väsymys, pahoinvointi, oksentelu, huimaus ja hikoilu.

Buprenorfiini estää siis heroiinin käyttämistä ja poistaa heroiininhimoa (ks. taulukko 1). Buprenorfiinin aiheuttama riippuvuus on huomattavasti heikompi kuin heroiini- tai metadoniriippuvuus.

Buprenorfiini itsessään on turvallinen valmiste. Yliannostelusta johtuvia kuolintapauksia ei ole kuvattu. Kilo hiiriä kuolee yhdellä morfiinitabletilla, kun taas Temgesiciä (0,4 mg) tarvitaan samaan tehtävään peräti 20 000 tablettia (Walter 1997). Buprenorfiinin käytön jälkeen Ranskassa heroiinin yliannostelukuolemat laskivat kahdestasadasta ensin sataan ja sitten kuuteenkymmeneen (Carpentier 1997).

Buprenorfiinilla on kaksisuuntaisesta vaikutustavasta johtuen voimakas tasapainottava eli stabiloiva vaikutus (Carpentier 1994). Se estää depression liittyvää apatiaa, aloitekyvyttömyyttä ja paikoilleen jämähtämistä (Nutt & al. 1995). Se estää myös heroiinin euforisoivia vaikutuksia. Kun lääkäri on omin silmin nähnyt edes yhden potilastapauksen, jossa sammakosta tulee prinssi, hänen luottamuksensa buprenorfiinihoidon todelliseen arvoon lisääntyy.

On tragikoomista, että Suomessa jarrutetaan buprenorfiinin käyttöä samaan aikaan, kun tavallisella reseptillä hankittavissa oleva Abalgin (dekstropropoksifeenikloridi) on aiheuttanut vuosittain yli 70 kuolemantapausta. Tässä asiassa Lääkelaitoksen politiikka on ollut vastuutonta: buprenorfiinin kontrollia pitäisi keventää ja vastavuoroisesti dekstropropoksifeeni pitäisi poistaa kokonaan markkinoilta.

Moni lääkäri on murehtinut sitä, että buprenorfiini aiheuttaa haitallista riippuvuutta. Asenne on epälooginen. Heroiinista buprenorfiiniin siirtyminen on itse asiassa voimakkaasta opiaattiriippuvuudesta vapautumista ja siirtymistä lievempään opiaattiriippuvuuteen. Buprenorfiiniin siirtyminen on matka vapautteen eikä orjuuteen.

Taulukko 1. Buprenorfiinin ja metadonin ominaisuuksia opiaatteihin verrattuna

	buprenorfiini	metadoni
Opiaatin kaltainen vaikutus	täydellinen	osittainen
Opiaatin vastavaikutus	on	ei
Turvallisuus	turvallinen	vaarallinen
Annosvaihtelu	leveä	kapea
Tasanne vaikutuskäyrässä (katto)	on	ei
Suhde samanaikaiseen heroiniin	vastavaikuttaja	myötävaikuttaja
Kuolintapauksia raportoitu	ei	paljon
Annostelutiheys	laaja vaihtelu	kerran vrk:ssa
Aiheuttaa euforiaa	harvoin ja lievää	säännöllisesti
Poistaa tehokkaasti ahdistuneisuutta	ei	kyllä
Antaa syvän rauhan	ei	kyllä
Tankkausmahdollisuus ad 3 vrk	on	ei
Aloituspaikka	avohoito	sairaala/erikoispl
Riippuvaisuus	heikko	voimakas ja pitkäkestoinen
Hoitomyöntyvyys	erinomainen	kyseenalainen

Ja jos potilas tarvitsee aivotoimintansa normalisoimiseen buprenorfiinia vaikka koko ikänsä, on tulos vallan loistava verrattuna siihen elämään, jota potilas joutuisi heroini- ja rikoskierteessään viettämään.

BENEDICTUS-KOLMOISHOITO

Rupesin hoitamaan heroinisteja jo 12 vuotta sitten buprenorfiinilla. Tapasin potilaistani varttitunnin vastaanotolla ja hoidossani oli yli kymmenen narkomaania. Lääkintöhallitus tarkisti vuonna 1987 kirjoittamani buprenorfiinilääkityksen perusteet ja hyväksyi toimintani ja varoitti samalla kuudesta potilaastani, jotka olivat käyneet – itse asiassa lääkkeen aliannostelusta johtuen – samanaikaisesti muidenkin lääkäreiden vastaanotoilla. Tuolloin antamassani hoidossa oli kolme puutetta:

- päivittäinen buprenorfiiniansnos oli liian pieni
- vastaanottoaika oli liian lyhyt
- hoito tapahtui pelkästään yksilöterapiana ilman tukihenkilöitä.

Huonoihin tuloksiin kyllästyneenä lopetin

buprenorfiinin käyttämisen vuonna 1990 silloisen Temgesic-kohun paineissa. Jouduin tarkistamaan kantani erään äidin antaessa kahteen kertaan hyvin yksityiskohtaisen ja luotettavan kertomuksen 20-vuotiaan poikansa voinnista heroinkierteen aikana ja Temgesic-hoidon aikana. Tämän jälkeen tutustuin parin vuoden ajan buprenorfiinista julkaistuun kirjallisuuteen ja aloitin buprenorfiinihoidon uudelleen suuremmalla annoksella, pitemmällä vastaanottoajalla sekä yhdistin terapiaan tukihenkilöiden (sosiaalisen kannustavan kontrollin) käyttämisen.

Ratkaisukeskeisellä psykoterapialla tarkoitetaan asennetta ja hoitojärjestelyä, jossa näkökulma potilaaseen on epäteoreettinen, epänormatiivinen ja asiakasohjautuva. Hoitosuhde perustuu luottamukseen ja avoimuuteen, joka ei synny hetkessä ja jota valheenpaljastustestinä toimivat virtsakokeet suorastaan häiritsevät. Potilaan ja lääkärin suhde on yhteistyösuhde eikä auktoriteettisuhde. Keskusteluissa pyritään suuntautumaan tulevaisuuteen ja oppimaan myönteistä ajattelua. Potilasta rohkaistaan kotioloissaan kohtaamaan omat tunteensa keskustelun avulla sen

sijaan, että pahan olon tullessa aina turvaudutaan pikaisesti lääkkeisiin taikka huumeisiin. Potilasta kannustetaan oppimaan omista onnistumisista. Hoitoon kuuluvat muutoshakuisuus ja usein paradoksaaliset lähestymistavat. Hoidossa pyritään yksinkertaisuuteen ja selkeyteen. Ratkaisukeskeinen psykoterapia on yleislääkärille sopiva työväline eikä ole esteenä toisenkinlaisten terapioiden käyttämiselle. Alkoholiongelmien ratkaisukeskeisestä hoidosta on julkaistu suomenkielinen kirja "Ihmeitä tapahtuu" (Berg Insoo & Miller 1994).

Korvaavana lääkehoitona olen käyttänyt avohoitoon sopivaa turvallista buprenorfiinia (Temgesic, Subutex). Lääkehoidon valvonta on tapahtunut usein tukihenkilön avustuksella siten, että kahden viikon ajan potilas on saanut lääkkeensä päivittäin, sitten viikoittain. Toleranssin kehittymisen vuoksi lääkeannosta on usein jouduttu muuttamaan riittävän aktivaation aikaansaamiseksi ja paraneamisen jouduttamiseksi. Tukilääkitys tekee ajan mittaan potilaalle liian tasaisen olon, jolloin on aika ruveta luopumaan korvaavasta lääkehoidosta. Potilaan tärkeimpiä oivalluksia ja kokemuksia on se, että eletty elämä on sittenkin parasta huumetta, minkä jälkeen ei tule laskuja, reffoja eikä vuosien mittaisia harmaita erämaataipaleita.

Ranskassa on vuonna 1995 julkaistu yleislääkäreille tarkoitettu korvaushoidon oppikirja (Lowenstein & al. 1995). Kirjan mukaan tavanomaiset hoidot päättyvät 90-prosenttisesti tappioon niin kuin substituutioidon ennenaikainen päättäminenkin. Lääkärin ja potilaan välinen dialogi on terapeuttinen, jos lääkäri jarruttaa substituutioidon lopetustaan sijaan, että hän painostaa lopettamaan. Kirjan mukaan yleislääkäri on etulinjassa kohdatessaan heroineiteja.

Tukiverkostoterapiassa potilas on saanut itse valita tukihenkilönsä, joita on voinut olla useampiakin. Usein valinnan kohteena on ollut joku sukulainen tai elinkumppani, joskus raitis ystävä taikka tuttava, varsin usein entinen koulutoveri. Raitistunut kohtalotoveri (enti-

nen narkomaani) on osoittautunut myös usein erittäin hyväksi tukihenkilöksi. Yksi tukihenkilöistä on osallistunut lääkehoidon valvontaan. Ongelmien ilmetessä lääkkeitä valvovaa tukihenkilöä on jouduttu joskus vaihtamaan. Tukihenkilö lisää hoidon pysyvyyttä ja antaa luotettavaa tietoa potilaan kuntoutumisesta, kaveripiirin muuttumisesta ja harrastuksista. Monissa kriisitapauksissa ja potilaan virhekäytöstapauksissa tukihenkilön osuus on ollut ratkaiseva rakennettaessa uutta luottamuksellista suhdetta potilaan ja lääkärin välille.

Kolmoishoidon etuliitteenä oleva sana *Benedictus* (lat. siunattu) viittaa kaikessa terapiatyössä olennaiseen seikkaan. Lääkärin emotionaalinen asenne potilaaseen on usein tärkeämpi asia kuin käytetty rationaalinen terapiamenetelmä. Lääkärin on välitettävä potilaastaan aidosti ja oltava kiinnostunut yhden sekasotkuisen elämän suursiivouksesta. Lääkäri ei saisi olla myöskään työhönsä kyllästynyt ammattilainen, joka antaa hoitoa kaavamaisesti keskusviraston hyväksymän protokollan mukaan. Huumeeton elämä saattaa syntyä siitä innostuksesta, kiinnostuksesta ja niistä oivalluksista, joita yhteistyö potilaan kanssa tuo tullessaan. Hoitavan lääkärin osoittamalla myönteisillä asenteilla ryyditetty psykoterapia, substituutiohoito ja tukiverkostoterapia auttavat potilasta ja hänen perhettään uuden elämän alkuun. Hoito vaatii myös suurta kärsivällisyyttä, koska alakulttuuriin kuuluvat käytöstavat ja potilaiden henkilökohtaiset luonteenpiirteet tuottavat joskus suuria hankaluuksia.

Luottamussuhteen rakentaminen potilaaseen vie usein kuukausia. Potilas muuttuu avoimemmaksi ja lopettaa valehtelun havaittuaan, ettei mahdollisista yhden illan retkahduksista edes rangaista eikä potilaan puheen totuudenmukaisuutta valvota suorittamalla virtsatestejä. Jos joku nimenomaan haluaa itselleen turvalliset rajat antavan tiukan hoitojärjestelmän, niin silloin kontrollihoito voi olla tarpeen ainakin välivaiheena. Tiukan kontrollin vieroitushoito ei kuitenkaan sovelu kaikille potilaille, koska se on ristiriidassa

ratkaisukeskeisen psykoterapian perusajatuksen kanssa. Sen sisältämä tekninen kontrolli, suuret lääkeannokset, päivittäinen lääkeannostelu ja satunnaistetut virtsakokeet erilaisine sanktioineen ovat senlaatuista valankäyttöä ja vahtimista, ettei se edesauta päihderiippuvaisen lopullista paranemista ja itsenäistymistä. Kolmoishoidossa lääkäri saa potilaansa taustatietoja tukihenkilön välityksellä.

On huomattava, että hyvin monella huumeiden käyttäjällä on heidän persoonallisuutensa ja elämäkokemustensa takia vahvasti kielteinen ja epäluuloinen suhtautuminen auktoriteetteihin, viranomaisiin, hoitojärjestelmiin ja kaikenlaiseen heidän elämänsä kontrollointiin. Heidän lähtökohtansa on tällä tavoin ”epäsosiaalinen”. Näin ollen hoitoa tarvitsevat potilaat yhtäältä ja hoitoa tarjoava järjestelmä toisaalta muodostavat helposti hedelmättömän asetelman, joka ei tarjoa mahdollisuuksia rakentamaan vuorovaikutukseen. Tämä asetelma on omiaan luomaan tilanteen, jossa hoitava taho pyrkii kontrolloimaan ja hoidettavat pyrkivät kaikkiin tavoin välttämään kontrolloiduksi tulemistä (Salakari 1998).

Ranskassa Lillen kaupungissa on tehty mielenkiintoinen koe. Buprenorfiinia on käytetty tiukan protokollan mukaan (päivittäinen lääkeannostelu, lääkärin vastaanotolla käynti kahdesti viikossa, virtsakokeet kahdesti kuukaudessa, rajoituksia heroiniin käyttämisestä). Buprenorfiinia on käytetty toiselle ryhmälle joustavamman protokollan mukaan (ei päivittäistä lääkeannostelua, ei systemaattisia virtsakokeita, päiheteettömyys ei ole hoidon onnistumisen tärkein kriteeri). Molemmilla järjestelyillä saatiin yhtäläiset tulokset kolmessa kuukaudessa, potilaiden elämälaatu parani ja päihteiden käyttö väheni. Tilanne vakiintui kuudessa kuukaudessa (Vignon 1997). Tämän vertailututkimuksen pitkäaikaistuloksia ei ole vielä käytettävissä.

Olen tavannut heroineja, joilla ei esiinny juuri lainkaan neurokemiallisen aivovaurion aiheuttamaa lamaanusta, mutta nämä ovat tosi harvassa, eikä heitä sovi nostaa esimerkiksi ainoastaan ”oikeasta” paranemisesta. Seu-

raavat *metaforat* auttanevat lukijaa ymmärtämään heroineista paranemisen mahdollistavaa hoitostrategiaa.

Osasuoritusten avulla epäonnistumistehtävä on muutettavissa onnistumistehtäväksi. Ylivoimaisen vaikea tehtävä voidaan muuttaa onnistumiseksi jakamalla se sopivan kokoihin osasuorituksiin. Tuolloin itsestään selvästä häviäjistä voikin tulla voittaja. Buprenorfiinihoidon alussa potilas joutuu kestämään noin puolet vieroitusoireistaan ja vapautuu vasta puoliväliin opiaattiriippuvuudesta. Buprenorfiini stabiloi potilaan mielialan ja antaa riittävän aktiviteetin. Tämä mahdollistaa uudelleenjärjestelyt suhteessa päivittäisiin aktiviteetteihin (työ, opiskelu, harrastukset ja muut puuhastelut) ja rikkoutuneisiin ihmissuhteisiin. Vasta sosiaalisten olosuhteiden rekonstruktion jälkeen potilas on kykenevä vapautumaan lopustakin opiaattiorjuudesta, ja tämä tapahtuu buprenorfiinianosta asteittain vähentämällä.

Aivovammainen tarvitsee kemiallista kynnärsäuwaa. Heroineista jämähtää huumeesta luovuttuaan sängyn pohjalle viikoiksi tai jopa kuukausiksi, eristäytyy ja sulkeutuu kolmen eri depressiolaatunsa painostamana, eikä elämästä tunnu tulevan yhtään mitään. Olen tavannut potilaan, joka päätti, ettei enää koskaan käytä heroineja ja kestää vieroitusoireensa kuin mies. Fyysisten vieroitusoireiden loputtua jäljelle jäivät musertava apatia ja aloitekyvyttömyys, elämisen harmaus laidasta laitaan, mutta potilas odotti ja odotti aivonsa kuntoutumista. Yhdentoista kuukauden jälkeen potilas huomasi odottamisensa turhaksi ja palasi jälleen heroineikulttuurinsa piiriin. Liike parantaa eikä paikoillaan olo, makaamisesta puhumattakaan.

ALUSTAVA TUTKIMUS

Aineisto ja menetelmä

Aineisto koostuu 190 valikoimattomasta heroineista, jotka ovat hakeutuneet yksityis-

vastaanotolleni kahden vuoden aikana touku-kuun 1995 jälkeen. Erikoissairaanhoidtaja on suorittanut alkuhaastattelut ja minä jatkoin dialogia potilaan kanssa. Tapasin potilaitani 2–4 viikon välein 15–60 minuutin mittaisissa istunnoissa. Lisäksi jonossa oli noin 50 potilasta odottamassa hoitoon pääsyä. Hoitotapahtumissa oli mukana säännönmukaisesti potilaan itse valitsevia tukihenkilöitä, joista yksi osallistui lääkehoidon valvontaan ja kaikki yhdessä pyrkivät edesauttamaan potilaan sosiaalistumista normaaliin elämäntapaan ja ystäväpiiriin. Potilaita oli kaikista yhteiskuntaluokista. Työttömyys oli yleistä. Potilaiden iän vaihteluväli oli 16–64 vuotta.

Työni tässä vaiheessa jouduin turvautumaan varsin yksinkertaiseen menettelyyn, jossa sairaanhoidtaja kävi läpi tallennetut potilastiedot ja poimi niistä olennaisimmat asiat suuntaa antavaa väliraporttia varten. Lisäksi poimin joukon mielenkiintoisia potilastapauksia. Menetettyäni PKV-oikeuteni kurinpidollisten toimenpiteiden vuoksi jouduin seuraamaan parin kuukauden ajan potilaitteni sosiaalisen elämän romahtamista. Käyttämäni menetelmä ei täytä tieteellisiä eikä tilastollisia kriteerejä, mutta kyse on kuitenkin omin silmin nähdystä tapahtumisesta ja kliinisestä kokemuksesta, josta kertominen on tarpeellista.

Taulukoidut tulokset on laskettu 23.5.1997 saakka, jolloin Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (TEO) määräyksellä menetin oikeuteni määrätä PKV-lääkkeitä ja samalla

myös buprenorfiinia. Seurasin lääkehoidon loppumisen aiheuttamia dramaattisia vaikutuksia potilaisiini ja raportoin tekemiäni havaintoja.

Läkehoidon äkillinen loppuminen on keino, jolla voidaan mitata lääkehoidon tarpeellisuutta ja hitaasti laskevan hoitoannoksen välttämättömyyttä. Läkehoidon loppumisen jälkeen voidaan laskea, moniko selviää ilman lääkehoitoa ja moniko sortuu takaisin heroini- ja rikoskierteeseen. Tällainen koejärjestely on tyypillinen rottakoe, jota ei normaalisti voi suorittaa ihmisillä. Yhdenkään länsimaisen demokratian lääketieteellisen tutkimuksen eettinen lautakunta ei hyväksyisi Suomessa tällaista viranomaispäätöksellä suoritettua koejärjestelyä ja narkomaanien heitteillejättöä. TEO:n määräyksestä johtuen suurin osa potilaistani joutui lopettamaan välttämättömän lääkityksensä. Potilaiden elämäntilanteen kurjistumista on ollut hoitavana lääkärinä raskasta ja masentavaa seurata.

Tulokset

Benedictus-kolmoishoidon tilastolliset tulokset 23.5.1997 mennessä ilmenevät taulukosta 2. Potilaiden pysyvyys hoidossa oli erinomainen. Vain neljä potilasta jäi hoidosta pois sen jälkeen, kun hoitoon sitoutumisen oli katsottu tapahtuneen kahden hoitokerran jälkeen. Hoidon aikana kuoli yksi potilas heroiniin yliannostukseen saatuaan velanmaksuun tarvitsemansa ylimääräisen rahaerän.

Taulukko 2. Kaksi kuukautta ilman heroiniä selvinneiden määrä

hoitokertojen määrä	tukilääkitystä saavat raitistuneet %	tukilääkityksen lopettaneet täysraittiit %	yhteensä %
1–2 kertaa (48)	8	10	16
3–9 kertaa (101)	24	13	37
väh. 10 kertaa (41)	32	24	56

Heroiini- ja rikoskierteestä vapautuneita oli aineistossa käyntikertojen lukumäärän kasvaessa 16, 37 ja 56 prosenttia. Yli 10 kertaa hoidetuista oli vähintään kaksi kuukautta ilman kovia huumeita elänyt 56 prosenttia (substituutioterapiaa käytti vielä 32 % ja ilman lääkitystä tuli toimeen 24 %).

Tapauselostukset

* 42-vuotias mieshenkilö, joka on käyttänyt heroiniä yli 20 vuotta. Pisimmät tauot olleet viikon mittaisia. Potilas on ollut kolmoishoidossa 12 kuukauden ajan ja on tänä aikana kuntoutunut nopeasti. Potilas on ystäväystynyt ja avioitunut toisen tukihenkilönsä kanssa ja muuttanut yhteiseen kotiin. Potilas on pystynyt hoidon aikana hankkimaan itselleen kaksi työpaikkaa, joista toiseen on myös koulututtunut. On tehnyt kahta työtä ja kokenut myönteisiä tunteita työtänsä, työtovereitansa ja asiakkaitakin kohtaan. Kertoo viettävänsä parasta elämää moneen kymmeneen vuoteen. On tullut toimeen varsin pienellä buprenorfiinimäärällä (1,2 mg/vrk). Lääkehoidon loputtua kesäkuun 1997 alussa potilas ajautui hyvin vaikeaan kriisiin. Kävi hoidossa Pariisissa. Lääkkeiden loppuessa sai väkivaltakohtauksia ja perhe joutui yöpymään turvakodissa. Aloitekyvyttömyyden vuoksi ei pystynyt enää menemään töihinsä ja tilanne näytti hetken melkein toivottomalta. Epävirallisen korvaushoidon avulla pystyi kuitenkin menemään työhönsä ja perhetilanne rauhoittui.

* 21-vuotias naishenkilö, joka on käyttänyt heroiniä päivittäin suonensisäisesti puolen toista vuoden ajan. Ollut hoidossani 9 kuukauden ajan. Hoidon alkuvaiheessa muutama relapsi. Hoidon aikana on päässyt ammattioppilaitokseen ja pystynyt suoriutumaan oppilastöistään hyvin. Heroiiniputken aikana hankki varat myymälävarkauksilla ja tämä taipumus loppui hoidon aikana kolmessa kuukaudessa. Sai kesäkuun alussa työpaikan, jonka menetti lääkityksen liian varhaisen loppumisen vuoksi. Epävirallisen lääkityksen turvin potilas on saatu sellaiseen kuntoon,

että hänet voidaan lähettää Pariisiin hoitoa saamaan.

* 29-vuotias mieshenkilö, joka on käyttänyt heroiniä suonensisäisesti viiden vuoden ajan. Potilas on ollut kaksi kertaa HYKS:n huumevieroitusyksikössä. Ensimmäisellä kerralla hoito keskeytyi sen vuoksi, että virtsakokeista oli löytynyt kiellettyjä aineita. Toisella kerralla hoito meni jo paremmin ja potilas siirtyi viikon kuluttua myllyhoitoon Kalliolan kuntoutuskeskukseen, josta potilas lähti kesken pois rakastumisen vuoksi. Raittiutta kesti vain viikon. Potilas on ruvennut käymään NA-ryhmän kokouksissa ennen hoitotuloa. Potilas on ollut hoidossani 9 kuukauden ajan. Hoidon aikana potilaan suhteet vanhempiin ovat normalisoituneet ja kaveripiiri on täysin vaihtunut. Saanut uuden työpaikan kuukauden kuluttua hoidon alkamisesta, ja työnantaja on kannustanut potilaan kuntoutumista antamalla hänelle vastuunalaisia tehtäviä ja runsaasti luottamusta. Päässyt kokonaan heroiinista eroon neljässä kuukaudessa hoidon alusta. Lääkehoidon loputtua Suomesta käynyt isänsä kanssa Pariisissa, josta saanut jatkolääkityksen. On säilyttänyt työpaikkansa ja elänyt ilman huumeita. Uskoo pääsevänsä lääkityksestäkin eroon puolen vuoden kuluessa.

* 21-vuotias mieshenkilö, joka oli käyttänyt heroiniä hyvin suuria annoksia neljän vuoden ajan. On ollut HYKS:n huumevieroitusyksikössä metadonivieroitushoidossa 4 kertaa, jona aikana suurannostoleranssi muuttui pienannostoleranssiksi. Hoidon loputtua alkoivat erittäin voimakkaat vieroitusoireet kottona ja potilas retkahti toistuvasti takaisin heroiniin yrittäen kerran jopa itsemurhaa. Sitten potilas halusi yrittää hoitomenettelyä, jossa HYKS:ssä annetaan ensin metadonikuuri alenevin annoksin, ja tätä hän itse jatkaa avohoidossa yksityislääkärin antamalla buprenorfiinihoidolla. Potilas rupesi sosiaalistumaan hyvää vauhtia ja suorittaa nyt yhteiskuntapalveluaan. TEO:n kiellettyä hoidon jatkamisen potilas oli viikon ajan hyvin huonossa kunnossa, kunnes hän lensi Pariisiin

hoitoa saamaan.

* 40-vuotias mieshenkilö, joka oli alkanut käyttää heroïinia jo 15-vuotiaana. Ollut päivittäinen heroïnisti jo 20 vuoden ajan. Rahoittanut huumeiden käytön erilaisilla rikoksilla. Ollut vankilassa kaksi kertaa. On ollut hoidossa katkaisuasemilla lukuisia kertoja ja laitoshoidossa 3 kuukautta, minkä jälkeen raittiina 3 tuntia. Tämän jälkeen käynyt erikoispoliklinikalla ryhmäterapiassa viitenä päivänä viikossa kolmen vuoden ajan ja edellisen lisäksi saanut yksilöterapiata kerran viikossa. Lääkkeinä ollut Seronil, Tolvon, Diapam ja Imovane. Kertonut sairastuvansa polikliinissä hoidossa vain lisää, koska koko ajan on puhuttu vain sairaudesta. On yrittänyt päästä heroïnikierteestä eroon kolme vuotta kestäneen hoidon aikana noin 20 kertaa ja raittiit jaksot ovat olleet kestoltaan vain viikon mittaisia. Läpimurtoa ei kuitenkaan ollut tapahtunut. Kolme kuukautta kestäneen substitutioterapian aikana potilas pääsi eroon heroïnista, rupesi kuntoutumaan, vanhat harrastukset elpyivät ja elämän laatu parani etenkin suhteessa työntekoon. Lääkehoidon loppuminen on aiheuttanut ongelmia ja vaikeuksia yhden relapsin kera, josta selvitettiin ollut täysin raittiina kolmen kuukauden ajan eikä ole tarvinnut edes buprenorfiinia. Ei usko tarvitsevänsä jatko-seurantaa.

* 35-vuotias mieshenkilö, joka oli käyttänyt heroïinia suonensisäisesti 6 kuukauden ajan. Oli vieroittanut itsensä heroïnista hankkimalla ulkomailta katukaupasta itselleen 14 kuukauden mittaisen buprenorfiinihoidon käymättä kertaakaan lääkärissä tai muussa hoitopaikassa ongelmansa vuoksi. Itsenhoito onnistui hyvin. Potilas sai elämänsä järjestyseen pelkän Temgesic-hoidon avulla. Rikoskierre loppui. Kaveripiiri vaihtui. Sosiaaliset suhteet paranivat ja arkipäivän aktiviteetit normalisoituvat. Hoidon loppuvaiheessa potilas ihmetteli sitä asiantilaa, ettei arkielämä tuntunut kuitenkaan hyvältä. Olo oli liian tasaista, liian normaalia, liian harmaata. Miehellä oli kokemusta, että buprenorfiini estää heroïinin aikaansaamaa euforiaa kuin myös

alkoholin aiheuttamaa hyvänolon tunnetta. Mies päätteli, että buprenorfiini jarruttaa myös elettyyn elämään liittyviä myönteisiä kokemuksia ja pienistä asioista syntyvää elämäniloa. Parissa viikossa mies luopui buprenorfiinista lievien vieroitusoireiden kera, ja kohta mies havaitsi elämänsä liiallisen tasaisuuden ja harmauden loppuneen. Hän innostui monenlaisista uusista jutuista ja harrastuksista ja elämä tuntui jälleen elämisen arvoiselta.

Mitä tapahtui lääkehoidon loppumisen jälkeen?

Seuraavassa kerron muutamia esimerkkejä siitä, mitä on ehtinyt tapahtua potilaitteni ja heidän perheidensä elämässä TEO:n 23.5.1997 antaman päätöksen seurauksena. Kaikkea tätä jouduin katselemaan ja tämän kaiken nähneenä ja kokeneena olin valmis lähtemään maan rajojen ulkopuolelle noutamaan potilaiden terveyden kannalta välttämättömiä lääkkeitä Suomeen.

* Kioskeja on ryöstetty. Yhdessä tapauksessa on huudettu, että Teemut takaisin.

* Lääketehtaan morfiininkuljetusauto ryöstetty.

* Yksi on juossut veitsen kanssa äitinsä työpaikalla.

* Yksi on kierrellyt Etelä-Suomen kauppoja 4 päivää ja saalis oli puhtaana 42 000 mk.

* Yksi lupasi lähteä metallitangon kanssa seisomaan pankkiautomaatille.

* Yksi ajoi huonokuntoisena betonirekkaa lastinaan 25 tonnia sementtiä.

* On menetetty asunto, jota oli ensin jonoitettu 10 vuotta.

* Yksi joutunee vankilaan uuden rikoskierteen vuoksi: ajoi varastetulla autolla useampaan kertaan, ampuma-aserikoksia jne.

* Yksi oli lähtenyt keikkailemaan lainailen autoja, joita on myytykin eteenpäin. Lisäksi asuntomurtoja ympäri Suomea, tehty yksin ja porukalla.

* Yksi lähtenyt tekemään uudelleen suuria murtokeikkoja. Potilas oli ollut hoidossani yli

vuoden aikana ja tuona aikana oli tapahtunut vain kolme pientä näpistystä.

* Yksi ajoi fillarilla savutieltä pääväylälle autoliikenteen sekaan, mutta itsemurhayritys ei onnistunut.

* Potilaani muuttui hirviöksi Temgesic-hoidon loputtua, varasti tukihenkilönsä rahat ja rupesi saamaan raivareita ja hakkaamaan seurustelukumppaniaan. Lopuksi hoidoksiinsa rakastunut tukihenkilö oli vetänyt mollemmat ranteensa auki metsässä ja oli epätoivoissaan.

* A-klinikka on antanut yhdelle potilaalle ni hoidoksi TEO:n vaaralliseksi toteamaa Panacodia, koska Temgesiciä ei uskallettu antaa kontrollitoimien pelosta.

* Toinen potilaani sai eräältä lääkäriltä vieroitusoireiden hoidoksi Abalginia, Suomen vaarallisinta opiaattipitoista lääkettä.

* Ulkomaalaiset tulleet uhkailemaan oikein aseella, että nyt Temgesic-hoidon loputtua potilaan pitääkin lähteä myymään heroïinia. Pääsi lopulta juoksemalla karkuun luotien vinkuessa ohi.

* Yli 10 vuotta narkannut aloitti Temgesic-hoidon aikana täysin uuden elämän: avioliitto ja kaksi työpaikkaa. Kaikki oli romahtaa TEO:n päätöksen vuoksi. Pariisista ja Tukholmasta saatu apu pelasti tilanteen, ja elämä jatkuu muutaman uhkaavan katastrofipäivän jälkeen.

* Hoitooni jonottanut 28-vuotias narkomaani oli saanut Temgesic-hoitoa potilaitten avustamana (katukaupasta) noin kolmen kuukauden ajan ja oli tullut varsin hyvin toimeen ja ruvennut viettämään lähes normaalia elämää. Kun Temgesic-hoito loppui, potilas vai-pui epätoivoon, käytti muutaman päivän ajan heroïinia ja riitauduttuaan vaimonsa kanssa hirttäytyi 16 minuutiksi koiran talutushihnaan, jonka oli kiinnittänyt olohuoneensa katokoukkuun. Potilas oli pitkään tajuttomana sairaalassa, sai vakavan aivovamman ja tulee maksamaan yhteiskunnalle maltaita kaiken sen kärsimyksen lisäksi, mitä hän itse ja hänen läheisensä tulevat vielä kokemaan.

* 19-vuotias nuorukainen oli käyttänyt he-

roïinia 3 vuotta. Hoidossa ensin 70 vrk. Kuntoutui, sai tyttöystävän ja otetta muutenkin normaaliin elämään. Sitten menetin oikeuteni kirjoittaa buprenorfiinia. Alkoi uusi heroïinikierre, joka katkesi vain hetkeksi vankilatuumion vuoksi. Vankilassa ei saanut mitään hoitoa. Vankilasta vapautumisen jälkeen uusi heroïinikierre. Potilas yritti hakeutua uudelleen hoitoon joulukuussa 1997. Hän ei pystynyt kustantamaan enää hoitoaan eikä matkustamaan Pariisiin, enkä pystynyt ottamaan hoitoon aikaisempaa enempää ilmaispotilaita. Potilas teki itsemurhan 10 päivän kuluttua viimeisestä tapaamisestamme koettuaan elämänsä kaikin tavoin umpikujaksi.

* Mies oli käyttänyt 11 vuotta heroïinia. Hänelle oli tarjottu mielisairaalasta pika-vieroitushoitoa: viikko buprenorfiinia alenevin annoksin ja sitten toinen viikko mielisairaalassa ilman lääkitystä. Tämä hoitosuhde kesti vain puoli tuntia. Ilmaiseksi antamani ensiapuhoidon (Temgesic) avulla potilaani sai vietettyä vuonna 1997 hyvän joulun, viimeisensä. Sai jouluksi lahjan, Ben Furmanin ”Koskaan ei ole liian myöhäistä saada onnellinen lapsuus”. Ei pystynyt kustantamaan yksityisektorilta pitempää hoitoa, ei edes menomatkaa Pariisiin, enkä voinut ottaa hoitoon lisää ilmaishoitopotilaita. Sitten potilas rupesi jonottamaan pitempää hoitoa sosiaalisairaalaan. Hoito siirtyi ja siirtyi. Haki rauhoittavia lääkkeitä ja unilääkkeitä A-klinikalta ja seuraavana yönä kuoli lääkkeiden ja huumeiden yliannosteluun.

Edellisten lisäksi useat kymmenet menettivät työpaikkansa, opiskelupaikkansa, perheensä, seurustelusuhteensa, ystävänsä, harastuksensa, itseluottamuksensa ja elämänsäuskonsa. On uskallettava kysyä, lisäkö TEO:n päätös potilasturvallisuutta?

HOITOMENETELMÄN KOMPLIKAATIOT JA VARJOPUOLET

Buprenorfiinin *katukauppaa* ei saada kokonaan estetyksi eikä se ole hoidon päätarkoi-

tuskaan. Potilailla on tapana antaa lääkkeitään kavereilleen ilmaiseksi, lainata niitä, myydä niitä omakustannushintaan, kohtuullisella katteella taikka joskus myös valtavaan ylihintaan. Vankilan mustassa pörssissä myytävä Subutex-tabletti (2 mg) maksaa jopa 600–900 mk. Tabletti voidaan jakaa 1–7 osaan, joiden avulla saadaan normaali aivo-toiminta aikaan siinä määrin, että pystytään lähtemään töihin ja muihin vankilarientoihin. Tämä tuskin on päihdekäyttöä tai narkomani-aa, vaan harmailta markkinoilta hankittua itsehoitoa virallisen hoitojärjestelmän ottaessa vasta ensi askeleitaan. Katukaupassa myydystä buprenorfiinista taitaa olla enemmän hyötyä kuin haittaa. Ainakin se vähentää heroiniin kulutusta ja heroiniidiilereiden voittoja.

Huumepoliisin ennakkoluuloisuus vaikeuttaa tilannetta. Irti Huumeista ry:n julkaisemassa lehdessä (3/1997) on haastateltu huumeriikoksyksikön nykyistä johtajaa. Haastattelussa huumeepoliisipäällikkö kertoo tuntevansa pari huumeiden käyttäjää, jotka ovat ensin käyttäneet Temgesicia ja kuitenkin pian palanneet takaisin heroiniin, joten mistään paranemisesta tuskin voidaan puhua. Poliisin mukaan Temgesic on vain lisännyt ainevalikoimaa laittomilla markkinoilla ja, päinvastoin kuin usein väitetään, se on vaikuttanut rikollisuutta lisäävästi. Poliisi näkee Temgesicin pelkästään laittomana rahanhankintakeinona heroiniin hankkimiseksi ja korvikkeenä sellaisina aikoina, jolloin heroinia ei ole saatavilla. Poliisi pitää lääkärinä moraalittomana ja vastuuttomana, jos tämä kertoo julkisesti tienneensä Temgesic-tablettien osittaisesta joutumisesta katukauppaan. Suomi lienee Euroopan ainoita valtioita, joissa heroiniä pidätetään ja saatetaan oikeuteen muuttaman taskusta löytyneen reseptittömän buprenorfiinitabletin vuoksi.

Tukihenkilön valinta ei ole aina ollut onnistunut. Tukihenkilöstä on liian usein tullut toinen potilas. Tukihenkilöksi pyrkivä henkilö pitäisi haastatella erikseen hoitomotivaation tarkistamiseksi, keksittyjen epäaitojen järjes-

telyjen paljastamiseksi ja hyvän yhteistyösuhteen aikaansaamiseksi.

Buprenorfiinin annos on ollut yhteiskunnan tuen puutteesta ja suoranaisestä vastustuksesta johtuen *riittämätön* (1–4 mg), mikä on johtanut retkahduksiin, päivittäisen aktiiviteetin romahtamiseen ja talousvaikeuksiin. Jos Suomessa olisi mahdollista määrätä apteekista Subutexia hintaan 10 mk/2 mg, olisi koko hoidon järjestäminen aivan toisenlaista kuin nykyinen taistelu tuulimyllyjä vastaan.

Benedictus-kolmoishoitoon liittyvä *yhteiskunnallinen taistelu* vie paljon aikaa, energiaa ja uhkaa koko lääkärinammatin harjoittamista. Viranomaisten suhtautuminen työhöni on ollut kielteisistä eikä tukea antavaa. Hoitotyöhön liittyvät taloudelliset ongelmat ovat olleet suuria niin lääkärin kuin potilaidenkin kohdalla. Avun tarvitsijoita on ollut paljon ja puhelinkeskusteluja aivan liikaa, mikä on laskenut yksilöllisen hoidon tasoa. Näistä seikoista johtuen en ole pystynyt riittävästi keskittymään potilaan henkilökohtaisiin ongelmiin ja hänen elämänsä laatuun.

Toimintani Benedictus-kolmoishoitoa suorittavana lääkärinä on ollut raskasta kellon ympäri puurtamista kohta kolmen vuoden ajan muiden hoitopaikkojen puutteen ja *suuren potilastulvan* vuoksi. Pienen potilasryhmän korkeatasoinen hoito ei ole ollut mahdollista jo eettisistä syistä. Pelkkä buprenorfiinihoito parantaa potilaiden elämänlaatua niin paljon, että potilasjoukon pitäminen suurena on tältä osin ollut täysin perusteltua, jopa inhimillisesti välttämätöntä. Voin nostaa hoitoni tasoa sitten, kun muutkin yksityislääkärit rupeavat jakamaan työtaakkaa kanssani.

Buprenorfiinin *suonensisäinen käyttö* on ollut liian yleistä. Tämä johtuu narkomaniaan kuuluvasta piikkikoukusta ja lääkevaikutuksen kiirehtimisestä. Piikkikoukusta eroon pääsemistä voidaan helpottaa nostamalla lääkeannosta tilapäisesti 50–100 prosenttia, mihin potilaillani ei juuri ole mahdollisuuksia ulkomailta saatavan lääkityksen kalleuden vuoksi.

Päihdehuollon alalla tulokset ovat yleensä varsin vaatimattomia, jos hoidon tuloksellisuutta mitataan pelkästään sen asiatiedon varassa, onko potilas pystynyt elämään päihtetöntä elämää täysraittiina vuoden kuluttua hoidon päättymisestä. Potilaan kannalta ja koko yhteiskunnan kannalta hoito on tuloksellista vieroitushoidoissa vuoden kuluttua hoidon loppumisesta, mutta onnistumiskriteereinä ei kannata käyttää pelkästään täysraittiuutta. Elämänlaatumittarit ovat tärkeämpiä, kun elämän laatuun lasketaan potilaan fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen hyvinvointi. Nämähän ovat itse asiassa WHO:n hyväksymiä terveyskriteerejä. Ranskassa on käytössä addiktion vakavuutta mittaava indeksi (Addiction Severity Index), jossa annetaan lukuarvoja asteikolla 0–9 suhteessa potilaan psykologiseen, lääketieteelliseen, sosiaaliseen, ammatilliseen, juridiseen, alkoholiin ja lääkkeisiin liittyvään problematiikkaan (Auriacombe & al. 1997).

Omat kokemukseni buprenorfiinihoidosta ovat myönteisiä, vaikkakin hoito-olosuhteet ovat olleet hyvin vaikeita yhteiskuntamme osoittaman epäluuloisuuden vuoksi. Päivittäinen heroiinin käyttö on vaihtunut epäsäännölliseksi heroiinin käytöksi, mikä on jo silälään ollut huomattavan hyvä potilaan elämänlaatua parantava hoitotulos. Muutaman kuukauden hoidon jälkeen useimmat potilaat ovat pystyneet pidättäytymään täysin heroiinin käytöstä siitakin huolimatta, että lääkehoidossa on jouduttu käyttämään aliannostelua potilaiden rahapulan ja yhteiskunnan täysin riittämättömien tukitoimien vuoksi. Aliannostelusta johtuen hoitoon on jouduttu kytkeämään liiankin usein rauhoittavia lääkkeitä, mikä on ajoittain aiheuttanut tokkuraisuutta. Useimpien potilaiden kohdalla on tapahtunut huomattavaa kuntoutumista ja elämän normalisointia suhteessa työhön, opiskeluun, harrastuksiin, perheeseen ja kaveripiiriin. Kuten taulukosta 2 käy ilmi, raitistuminen lisääntyy koko ajan hoidon kestäessä.

Benedictus-kolmoishoito on käyttökelpoinen lähestymistapa heroiiniaddiktion hoitoon. Se sopii kokeneen ja addiktiosairauksista kiinnostuneen yksityislääkärin vastaanotolle. Hoidolle on eduksi, jos samoissa toimitiloissa tai aivan lähiympäristössä on käytettävissä sosiaalihoitajan ja psykoterapeutin palveluksia ja jos niille löytyy maksajia. Hoitostrategiassa ovat keskeisiä riittävän pitkät vastaanottoajat, eräät ratkaisukeskeisen psykoterapian peruserätykset sekä tukihenkilöverkoston luominen ja hyväksikäyttö. Joidenkin vaikeahoitoisten potilaiden ympärille on saatu kerättyä toisista potilaista koostuneita pienryhmiä, jotka ovat ratkaisevalla tavalla helpottaneet monivammaisen potilaan selviytymistä. Ensimmäisten kahden vuoden kokemukset ovat niin rohkaisevia, että kyseiselle hoitomuodolle pitäisi löytää jalansijaa Suomessa siitakin huolimatta, että STM on pyrkinyt luomaan monopolistisen porrastetun hoitojärjestelmän ainoaksi substituutioterapiaa antavaksi järjestelmäksi Suomessa. Tämä järjestelmä palvelee enemmän huumeepoliisin ja perinteisten hoito-organisaatioiden kuin potilaiden intressejä, ja sen vuoksi STM:n määrittelemä ja voimassa olevan päihdehuoltolain vastainen hoitojärjestelmä on pikaisten muutoksien tarpeessa.

Kolmoishoidon hyöty hoitokustannuksiin verrattuna on erinomainen puhumattakaan siitä taloudellisesta säästöstä, joka aiheutuu jokaisen päivittäisessä heroiinikoukussa ja rikoskierteessä olevan heroinistin varhaisesta hoitoon saamisesta. Hoidon pitää alkaa vaarallisissa taudissa mahdollisimman varhain komplikaatioiden estämiseksi. Jos hoito alkaa liian myöhään, voi käydä kuten Marseillessa, jossa erään hoitokeskuksen 84 metadoniylläpitohoitoa saaneen potilaan keskuudessa 86 prosentilla oli todettu HIV, 86 prosentilla C-hepatiittivirus ja 70 prosentilla B-hepatiitti (Séverac-Miralles 1997).

Buprenorfiinisubstituution kieltäminen yksityislääkäreiltä johtaa siihen, että lääkärin

antama ”harmaa substituutio” yleistyy. Siinä käytetään buprenorfiinia paljon vaarallisempia ja sivuvaikutuksiltaan haitallisempia valmisteita, kuten parasetamolia ja kodeiinia, indometasiinia ja dekstropropoksifeenikloridia (Panacod, Indalgin ja Abalgin). Parasetamoli aiheuttaa maksanekrooseja, kodeiini yliannoskuolemia, indometasiini jättiläismäisiä vatsahaavoja ja keskushermostollisia sivuvaikutuksia ja dekstropropoksifeeni on aiheuttanut yli 70 kuolemantapausta vuosittain. Huomattava osa heroinisteista ei halua mennä ainakaan ajoissa liian tiukasti kontrolloituihin hoito-ohjelmiin, minkä vuoksi hoitoonhakeutumisen kynnystä pitää alentaa.

Heroinistit ovat yksilöllisiä erilaisia ihmisiä eikä heitä pitäisi käsitellä stereotyyppisen ajattelun tavoin yhtenä homogeenisena luokkana. Palvelut tulisi järjestää ensisijaisesti avohuollon toimenpitein siten, että ne ovat helposti tavoitettavia, joustavia ja monipuolisia. Päihdehuollon palvelut on järjestettävä siten, että niiden piiriin voidaan hakeutua oma-aloitteisesti ja että asiakkaan itesuoitumista tuetaan. Lääkäri ei myöskään saa käyttää arvoaltaansa siten, että potilaan oikeus määrätä itsestään joutuu uhanalaiseksi. Lääkärin tulisi pysyä erillään sellaisesta sairaan-

hoidosta, jossa hänellä ei ole vapautta toimia edellä mainittujen periaatteiden mukaisesti.

Suomalaisen yhteiskunnan järjestämät viralliset heroiniaddiktien hoitopalvelut sotiivat jyrkästi edellisessä kappaleessa mainittuja periaatteita vastaan. Hoitoon sekoittuneet viranomaisten valvonta- ja rankaisuintressit suorastaan estävät potilaita paranemasta vaikeasta sairaudestaan. Lääkkeen haettaminen joka aamu poliklinikalta on potilaan nöyryyttämistä. Työssä käyville potilaille eläminen STM:n ohjeiston mukaisesti on sula mahdollisuus. Potilaan saama aamuannos on useille potilaille aivan liian suuri ja väsyttävä. Annos alennetaan kaavamaisesti eikä yksilöidysti, mistä seuraa lamaanumista iltaisin ja vaikeita mielialahäiriöitä.

Pidän erittäin valitettavana, jos STM:n määrittelemä korvaushoitojärjestelmä jää ainoaksi vaihtoehdoksi Suomessa. Se ei tavoita kaikkia potilaita, sen kapasiteetti on alle 10 prosenttia tarvittavasta, jonotusajat ovat pitkiä, hoito on tavattoman kallista, kaavamaista ja epäyksilöllistä.

Tarvitsemme yksityislääkäreitä, terveyskeskuslääkäreitä ja buprenorfiinia narkomaanien joustavan ja luontevan avohoidon järjestämiseksi.

KIRJALLISUUTTA

Auriacombe, M. & al.: Use of buprenorphine for substitution treatment: a French experience in Bordeaux and Bayonne. *Research and Clinical Forums* 19 (1997): 2, 47-50

Berg Insoo, Kim & Miller, Scott D.: Ihmeitä tapahtuu. Lyhytterapiainstituutti Oy, 1994

Carpentier, J.: Henkilökohtainen tiedonanto, 1997

Carpentier, J.: La Toxicomanie à l'Héroïne en Médecine Générale 1994:53

Chapleo, C. B.: Alternate-day dosing. *Research and Clinical Forums* 19 (1997): 2, 39-41

Chapleo, C. B. & al.: The Buprenorphine-naloxone combination product. *Research and Clinical Forums* 19 (1997): 2, 55-58

Davies, J. B.: The Myth of Addiction. Harwood Academic Publishers 1993:54

Deglon, Jean-Jacques: Methadone Withdrawal: who, when, how? Book of Abstracts. 3rd European Methadone and Other Substitution Treatments Conference, 17-20 September, 1997, Ljubljana, Slovenia

Hakkarainen, P.: Huumausainekulttuuri ja käytettävät Suomessa. Lisensiaatintutkimus. Turun yliopisto, Sosiologian laitos, marraskuu 1997

Hietanen, Eija: Potilutusta aivoissa. *Acta Universitas Helsinkiensis* 1996: 16, 4

Johnson, R. E. & al.: Use of buprenorphine in the treatment of opiate addiction. I. Physiologic and behavioral effects during a rapid dose induction. *Clin. Pharmacol. Ther.* 1989: 46, 335-343

Kaaria, Satu: Hietalinna-yhteisö tarjoaa nuorille huumeieroitusta ilman lääkkeitä. *Helsingin Sanomat* 1.10.1997

Kandel, E. R. & al.: Essentials of neural science

and behavior. Appleton & Lange 1995: 626-627

Koob, G. F. & al.: Drug Abuse: Hedonic Homeostatic Dysregulation. *Science* 278 (1997), 52-58

Leshner, A.I.: Addiction Is a Brain Disease, and It Matters. *Science* 278 (1997), 45-46

Ling, W. & al.: A controlled trial comparing buprenorphine and methadone maintenance in opioid dependence. *Arch. Gen. Psychiatry* 53 (1996): 5, 401-407

Lowenstein, W. & al.: La methadone et les traitements de substitution. Doin Editeurs 1995

Mello, N. K. & al.: Buprenorphine suppresses heroin use by heroin addicts. *Science* 207 (1980), 657-659

Nutt, D. & al.: Buprenorphine in psychiatric disorders. *Buprenorphine: Combatting Drugs Abuse With a Unique Opioid*. Wiley-Liss, Inc., 1995

O'Brien, C. P.: A Range of Research-Based Pharmacotherapies for Addiction. *Science* 278 (1997), 66-70

Puttonen, Mika: Parantajat ja ectikot. *Acta Universitatis Helsingiensis* 1997;14:61

Reisinger, M.: Clinical background of buprenorphine. *Research and Clinical Forums* 19 (1997), 23-27

Salakari, J.: Heroiini-riippuvaisten hoito buprenorfiinilla. *Suomen Lääkärilehti* 53 (1998): 1-2, 89-91

Sarvanti, Tapani: Huume politiikka ja oikeudenmukaisuus. Väitöskirja. Stakes, Tutkimuksia 83. Helsinki 1997

Séverac-Miralles, M.-L.: Retrospective study on 84 patients who followed a methadone treatment. Book of Abstracts. 3rd European Methadone and Other Substitution Treatments Conference, 17-20 September 1997, Ljubljana, Slovenia

Sharon, L. & al.: Clinical pharmacology of buprenorphine: Ceiling effects at high doses. *Clin. Pharmacol. Ther.* 1994: 55, 569-580

Sosiaali- ja terveysministeriön määräyskokoelma 1997:28

Strain, E. C. & al.: Comparison of Buprenorphine and Methadone in the Treatment of Opioid Dependence. *Am. J. Psychiatry* 151 (1994): 7, 1025-1030

Swan, Neil: Is Morphine-Induced Shrinking of Neurons a Clue to Drug Dependence? *NIDA Notes* 1997: 12, 1-2

Walter, D. S.: Preclinical evaluation of buprenorphine. *Research and Clinical Forums* 19 (1997): 2, 17-22

Vignon, J.: Prospective study of 69 opioid addicts by buprenorphine high dosage substitute. Book of Abstracts. 3rd European Methadone and Other Substitution Treatments Conference, 17-20 September 1997, Ljubljana, Slovenia.