

Självrapporterat drogberoende och blandmissbruk under  
drogrehabilitering: Initial behandlingseffekt och dess  
moderatorer

Anna Sofia Toivonen, 28625  
Pro gradu-avhandling i psykologi  
Handledare: Pekka Santtila och  
Bettina von der Pahlen  
Institutionen för psykologi och logopedi  
Åbo Akademi

**ÅBO AKADEMI – INSTITUTIONEN FÖR PSYKOLOGI OCH LOGOPEDI**  
Sammanfattning av avhandling pro gradu

Ämne: Psykologi	
Författare: Anna Sofia Toivonen	
Arbetets titel: Självrapporterat drogberoende och blandmissbruk under drogrehabilitering: Initial behandlingseffekt och dess moderatorer	
Handledare: Pekka Santtila	Handledare: Bettina von der Pahlen
Sammanfattning:  <p>Studiens syfte var att undersöka huruvida drogrehabilitering minskade drogberoende hos finska blandmissbrukare och om kön, psykiska sjukdomar, användningsprofil av droger eller personlighet hade samband med förändringar i drogberoende under vård. 42 personer rekryterades på Förbundet för mödra- och skyddshem rf: s och A-klinikstiftelsens enheter.</p> <p>Alla deltagare hade en blandmissbruksprofil med allvarligt drogberoende före vård och drogberoendet minskade signifikant under vård. Kvinnor hade en signifikant bättre behandlingseffekt än män. Att en person någon gång drabbats av psykos, fobier eller någon gång använt kath påverkade behandlingseffekten negativt. De personer som hade bipolär sjukdom eller någon gång använt barbiturater blev till skillnad till vad som förväntats signifikant mindre drogberoende under vård än de övriga deltagarna. Personlighet hade inget samband med behandlingseffekt och deltagarna skilde sig inte med avseende på personlighet från finska populationen i genomsnitt. Resultaten antyder att finsk drogrehabilitering minskar vårdtagarnas drogberoende, dock finns en möjlighet att deltagarna upplevt social press att uttrycka en förändring i drogberoende.</p>	
Nyckelord: Användningsprofil, blandmissbruk, drogberoende, komorbiditet, kön och personlighet.	
Datum: 17.10.2011	Sidoantal: 53+13

### Författarens tack

Jag vill först och främst tacka alla som tagit sig tiden att fylla i formuläret. Förbundet för mödra- och skyddshemsförbund samt A-klinikstiftelsen har möjliggjort datainsamlingen och jag vill särskilt tacka enhetscheferna och de anställda på vårdinrättningarna, som haft hand om rekrytering och de andra praktiska arrangemangen!Handledningen med Pekka Santtila och Bettina von der Pahlen har gett processen fräscha inslag och varit mycket viktig för att detta projekt blev fulländat. Jag är full av vördnad inför det tålamod min familj och mina vänner haft med mig under den tid jag skrivit, tack för att ni lyssnat, stött och varit intresserade; Tack Frej, Emilia, Nanne och Jenny. Jag har även fått ekonomiskt understöd för skrivandet av denna avhandling, utan vilket det skulle ha blivit mycket svårare. Därför vill jag tacka: Suomen kulttuurirahasto, Svenska studiefonden, Svenska folkskolans vänner samt Julinska stiftelsen för understöd.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Sammanfattning

Författarens tack

1 INLEDNING.....	1
1.1 Droghmissbrukets omfattning.....	3
1.2 Definition av begrepp .....	5
1.2.1 Droghberoende.....	5
1.2.2 Blandmissbruk .....	5
1.3 Droghberoendets samband med kön.....	6
1.4 Droghberoendets samband med psykisk hälsa .....	8
1.4.1 Förklaringsmodeller för komorbiditet .....	9
1.5 Droghberoendets samband med användningsprofil.....	11
1.6 Droghberoendets samband med personlighet .....	13
1.6.1 Femfaktormodellen .....	13
1.6.2 Droghberoendets samband med FFM.....	14
1.7 Syfte och hypoteser.....	15
2 METOD .....	16
2.1 Respondenter.....	16
2.2 Procedur .....	16
2.3 Instrument .....	20
2.3.1 Deskriptiv information.....	20
2.3.2 Cigarettrökning .....	20
2.3.3 Alkoholkonsumtion .....	21
2.3.4 Index för droghberoende.....	22
2.3.5 Personlighetstest .....	22
2.4 Etiska synvinklar.....	24
2.5 Statistisk bearbetning.....	24
3 RESULTAT .....	26
3.1 Komorbiditet.....	26
3.2 Användningsprofil .....	28
3.3 Personlighet.....	29

3.4 Drogeroende före och under vård .....	29
4 DISKUSSION.....	32
4.1 Drogeroende före vård .....	32
4.2 Behandlingseffekt eller inte? .....	33
4.3 Finsk drog rehabilitering – drogvård för kvinnor? .....	34
4.4 Psykiska sjukdomars samband med behandlingseffekt .....	36
4.5 Användningsprofil och behandlingseffekt .....	37
4.6 Personlighet och abstinens .....	39
4.7 Metodologiska synpunkter .....	40
5 LITTERATURFÖRTECKNING.....	42
Bilaga 1	
Bilaga 2	
Bilaga 3	

## 1 INLEDNING

Droger är syntetiska eller icke-syntetiska beroendeframkallande substanser som stimulerar människans centrala nervsystem (Världshälsoorganisationen [WHO], 2004a). Avsikten med att ta en drog ligger ofta i den eftersträlvade effekten som på perceptionsnivå är en känsla av välbehag, avslappning eller eufori (Adinoff, 2004; Carlezon & Wise, 1996; Di Chiara, 1998). Droger kan finnas naturligt i växter eller framställas i laboratorium (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2011).

Drogberoende sågs vid skrivandet av föreliggande avhandling som ett subjektivt upplevt behov eller tvång att inta en substans upprepade gånger; ett behov som var såväl fysiskt som psykiskt (American Psychiatric Association [APA], 2000).

Drogberoende är väldigt skadligt för en persons hälsa, sociala- samt ekonomiska tillvaro (Amato m.fl., 2011). Drogberoende klassades som ett beteendesyndrom och sågs som en sjukdom (WHO, 2007). Drogberoende och psykiska sjukdomar förekom ofta samtidigt och kausalitetsförhållandet har varit föremål för livlig debatt inom addiktionsforskning (Degenhardt, Hall & Lynskey, 2003).

Blandmissbruk det vill säga kombinatorisk samt parallell användning av alkohol, receptbelagda mediciner och droger (engelska *polysubstance dependence*, [PSD]) hade utgående från aktuell forskning sitt ursprung i genetisk uppsättning, omgivningens inverkan samt ett antal sociala och psykologiska faktorer (Kranzler & Li, 2008). Dessa faktorer bildade i växelverkan de heterogena former av beroende blandmissbrukare lever med (Kranzler, m.fl., 2008). De personer som låg i riskgruppen för att utveckla de allvarligaste formerna av drogberoende var:

1. oftare män (bl.a. Institutet för Hälsa och välfärd [THL], 2010)
2. personer med psykiska problem (bl.a. Compton, Thomas, Stinson & Grant, 2007; Degenhardt m.fl., 2003)
3. personer med en viss användningsprofil, till exempel personer som efterstavar ”att bli ordentligt berusade” framom preferens av en viss drogs psykofarmakologiska effekt och därmed ligger i risken för att utveckla ett blandmissbruk (Hakkarainen m.fl., 2009)

#### 4. personer med särskilda personlighetsdrag (Kornør & Nordvik, 2007)

Studier pekar på att personer med blandmissbruk hade svårt att sluta använda beroendeframkallande substanser, återfall var vanligt och därmed att blandmissbruk krävde särskilda vårdinsatser som uppmärksammar sjukdomens särart (Ives & Ghelani, 2006). I Finland vårdades blandmissbruk vid skrivandet av föreliggande avhandling med hjälp av substitutionsbehandling av opiatberoende personer, avvänjningsvård och olika psykosociala vårdprogram eller terapier (THL, 2010). Att vårda personer som lever med drogberoende var betydligt mera kostnadseffektivt på samhällsnivå än att låta bli (Doran, 2008), fastän drogberoende personer ofta var i behov av flera vårdinterventioner än en (Saarnio & Knuutila, 2008). På individnivå har drogrehabilitering visat sig vara effektiv med tanke på att förebygga återfall, bättre social anpassning, återvunnen arbetsförmåga, minskad användning av vårdresurser och minskat kriminellt beteende (Gerstein & Johnson, 2000; McLellan m.fl., 1994).

Det centrala för huruvida vården hade nytta för personer som levde med drogberoende var hur villig eller motiverad dessa själva var att förändras och ta emot vård (bl.a. Ahtiala m.fl., 1998; Saarnio m.fl., 2008). Motivationen till att sluta använda droger härrörde ur privata upplevelser som till exempel förlusten av en nära vän, att spänningen gällande livsstilen avtar och upplevelser av dåligt samvete och skuld inför sig själv och andra (Ahtiala m.fl., 1998). Man har inte funnit signifikanta skillnader mellan vårdformers behandlingseffekt, mätt som återfall vid uppföljning efter vård (Aterman m.fl., 2000; Niv & Hser, 2007; THL, 2010).

I föreliggande avhandling har vi valt att studera initial behandlingseffekt igenom att undersöka förändringar i drogberoende före och under vård. Frågan om ifall kön, komorbiditet, användningsprofil och personlighet påverkar den initiala behandlingseffekten undersöktes. Dessa fyra variabler är i ljuset av tidigare forskning viktiga då en evaluering av när en vårdinsats skall inledas och valet av vårdmetod görs (bl.a. Doran, 2008; Gerstein m.fl., 2000).

### **1.1 Drogmissbrukets omfattning**

Enligt uppgifter i Förenta nationernas [FN] årliga rapport (2011) uppskattades antalet personer som använde droger vara 210 miljoner år 2009-10. Av dessa kunde 15 till 39 miljoner uppskattas vara personer som lever med ett missbruk på beroendenivå (UNODC, 2011). Sammanlagt dog närmare 200 000 människor i sviter av överdosering och drogrelaterade komplikationer varje år och antalet blandmissbrukare har ökat (UNDOC, 2011).

Drogkonsumtion kunde ses som ett internationellt fenomen där nationella trender och individens val av konsumerad drog till stor grad påverkas av utbud på drogmarknaden och illegal internationell handel (UNDOC, 2011). Ur historisk synvinkel kunde två världsövergripande drogvågor urskiljas på 1960- och 1990-talet då drogrelaterade problem ökade drastiskt (THL, 2010). I grafen nedan finns uppskattade (2011) prevalenser av drogmissbruk inom Europa (European Monitoring Centre for Drugs and Drugaddiction [EMCDDA], 2011).



### **Figur 1**

#### ***Antalet drogmissbrukande personer i Europa (EMCDDA, 2011).***

Enligt THL:s årliga rapport (2010) förvärrades drogsituationen i Finland från och med mitten 1990-talet. Detta var en trend i hela Europa under ifrågavarande tidsperiod och nationellt innebar det en ökning av drogprövande, problemanvändning, drogrelaterade hälsoproblem, sjukdomar, dödsfall och brottslighet samt beslagtagning av droger (THL, 2010). På 2000-talet hölls dessa fenomen på samhällslig nivå stabila, även om dödsfall till följd av överdosering av buprenorfin har ökat (THL, 2010). I Finland fanns 14500–19100 amfetamin- och opiatanvändare år 2005, vilket utgjorde 0,5–0,7 % av den 15-55 åriga befolkningen. Av dessa var största delen blandmissbrukare<sup>1</sup> (Partanen m.fl., 2007).

---

<sup>1</sup> I studien använde man myndighetsregister över antal i vård p.g.a. drogproblematik, brottsstatistik, antal C-hepatit fall varefter man justerade siffran för att undvika dubletter.

## 1.2 Definition av begrepp<sup>2</sup>

### 1.2.1 Drogberoende

I de internationellt använda diagnostiska manualerna ICD-10 (WHO, 2007) och DSM-IV-TR (APA, 2000) var synen på drogberoende innehållsmässigt av liknande innebörd (se Tabell 1). I Finland användes ICD-10 och därmed uppfyllde alla respondenter i föreliggande avhandling ICD-10 kriterier för beroendesyndrom.

**Tabell 1**

*Jämförelse av kriterier i ICD-10 och DSM-IV-TR* (APA, 2000; WHO, 2007)

Kriterier för beroende	ICD-10	DSM-IV-TR
Beroendets varaktighet (månader)	1	12
Antal kriterier som bör uppfyllas	>3	>3
Begär eller tvångsmässig fixering vid drogen	X	-
Oförmåga att kontrollera drogbruket/ sluta	X	X
Abstinenssymptom <sup>a</sup>	X	X
Tolerans/ökad dos för ursprunglig effekt <sup>b</sup>	X	X
Livet kretsar kring drogbruket andra viktiga aktiviteter faller bort	X	X
Fortsatt bruk trots medvetenhet om skadlighet	X	X

<sup>a</sup> Abstinenssymptom som till exempel svettningar, illamående, förvirring och sinneshallucinationer kan uppstå redan efter en kort tids användning på grund av fysiskt beroende och sannolikheten ökar för varje enskild gång en person missbrukar en viss substans.

<sup>b</sup> Då en person frekvent intar en eller flera droger uppstår tolerans i kroppen. Den eftersträvade effekten är svagare eller uteblir. Då detta sker kan en högre dos av samma substans efterlikna den ursprungliga upplevelsen.

### 1.2.2 Blandmissbruk

I ICD-10 definierades blandmissbruk av droger (F19.2) som ett beroendesyndrom till följd av intag av multipla droger samt andra psykoaktiva substanser. I manualen

<sup>2</sup> I denna avhandling används drogberoende för engelskans *drug dependence* och blandmissbruk för *polysubstance dependence*. Det senare svenska begreppet blandmissbruk är betydligt vanligare använt än t.ex. ordagrant översatta blandberoende och har därmed valts medveten om att översättningen inte är fullt motsvarande. I denna avhandling avses med blandmissbruk konsekvent blandmissbruk av droger.

instruerades kliniker att företrädesvis använda kategorin ”drogberoende på grund av specifik drog” (F11-18). Man eftersträvade med andra ord att konstatera vilket ämne som i huvudsak bidragit till ett visst beroende (WHO, 2007). Denna strävan var dock inte meningsfull i denna avhandling eftersom avsikten med detta arbete att belysa blandmissbrukets särart.

Blandmissbruk definierades i DSM-IV (304.80, engelska *polysubstance dependence*) som ett tillstånd där en person var beroende av minst tre grupper av droger: opiater, stimulantia, hallucinogener, syntetiskt framkallade droger och alkohol (koffein och nikotin är inte medräknade) under en period på 12 månader (APA, 2000).

Blandmissbruk innebar att den ifrågavarande personen inte föredrar en drog framför en annan så att bruket skulle ha uppfyllt de diagnostiska kriterierna för monoberoende som exempelvis opiatberoende. Kriterierna för missbruk finns nedan i Tabell 2.

## Tabell 2

### ***Blandmissbruk enligt DSM-IV-TR (APA, 2000)***

---

Kriterier för missbruk (varat i minst 12 mån)

---

1. Sänkt funktionsförmåga påverkar prestation på väsentliga livsområden t.ex. arbete, skola, vård av barn
  2. Användning av droger i risksituationer som kan leda till fysisk skada t.ex. köra bil i påverkat tillstånd
  3. Problem med myndigheter till följd av missbrukets illegala karaktär
  4. Fortsatt missbruk trots problem i sociala situationer t.ex. tendens att råka gräl p.g.a. missbruk
- 

### **1.3 Drogerberoendets samband med kön**

Det är viktigt att studera samband mellan drogberoende och kön för att vid inledandet av drogrehabilitering erbjuda och rekommendera evidensbaserade vårdformer. I Finland fanns vid skrivandet av föreliggande avhandling såväl drogrehabilitering som riktat sig endast till kvinnor och rehabiliteringsmodeller där män och kvinnor vårdas blandat (Förbundet för mödra- och skyddshem, 2010; THL, 2010). Vård som riktade sig endast till kvinnor tog avstamp i bland annat kunskap om att kvinnors och mäns drogberoende har visat olika mönster i bland annat beroendets etiologi, ”missbrukskarriär” (utvecklingen av beroende samt användningsprofil) och vårdemottaglighet (Byqvist, 2006; Byqvist, 1999b; Grella, Scott, Foss, Joshi & Hser, 2004; Hser, Huang, Teruya & Anglin, 2004). Könsfokuserade forskare har kritiserat drogrehabiliteringsmetoder för att de har sin referensram i kunskap om mäns

missbruk och därmed gav bättre resultat hos drogmissbrukande män (Sterk, 1999; Trulsson & Segraeus, 2008). Det finns även studier som pekar på att kön inte hade en väsentlig effekt på vem som drar nytta av drogvård (Alterman m.fl., 2000; Gerstein m.fl., 2000; McLellan m.fl., 1994).

Majoriteten av drogmissbrukare var män både internationellt och nationellt (Byqvist, 2006; EMCDDA, 2010; THL, 2010; UNDOC, 2011). Enligt studier var män i allmänhet yngre än kvinnor vid drog- och alkoholdebut och använde flera substanser under sin ”missbrukarkarriär” (Grella m.fl., 1999). Män hade oftare utbildning och arbete än kvinnor och hade trots drogberoende en intakt kontakt till familj och vänner (Grella m.fl., 1999). Kriminalitet som hade samband med drogberoende var ofta förknippat med manligt missbruk (Byqvist, 1999a). Man har funnit åtminstone fyra olika undergrupper av drogberoende män (Byqvist, 1998):

1. De flesta drogberoende män tillhörde en grupp som inleder sitt missbruk med cannabisrökning, fortsätter med experimentering av opiater och sedan övergår till intravenös användning av stimulantia. Dessa personers kriminalitet var förknippad med droganvändandet.
2. Män som hade hög utbildning och var emotionellt instabila; Dessa använde främst legala substanser (receptbelagda mediciner) och uppvisade inte kriminellt beteende.
3. Män med traumatisk barndom som uppvisade kriminellt beteende och drogexperimentering tidigt och begick sina brott under påverkning av alkohol.
4. Män som inledde sitt droganvändande sent och hade en snabbt accelererande kriminalitet, begår allvarliga brott och utvecklar ett allvarligt drogberoende.

Kvinnor som levde med drogberoende var i allmänhet mera socialt utsatta, allvarligare psykiskt sjuka och hade mera djupgående traumatiska händelser i sin bakgrund än män (Byqvist, 2006; Byqvist 1999a; Hser m.fl., 2004). Misshandel och sexuella trakasserier var för många drogberoende kvinnor en vardagligt förekommande händelse (Nelson- Zlupko, Dore, Kauffman & Kaltenbach, 1996). Enligt kvalitativa finska studier med fokus på missbrukande kvinnor levde dessa med ett särskilt utanförskap i samhället både på social och kulturell nivå (Väyrynen, 2007). Enligt Halmesmäki m.fl. var (2007) drogberoende kvinnor särskilt sårbara då de blev

mödrar. Kvinnorna upplevde skamkänslor och rädsla, inte sällan på grund av myndighetsverksamhet och sociala nätverks kommentarer (Halmesmäki m fl., 2007).

I en uppföljningsstudie i USA<sup>3</sup> (2009) fokuserade man på könsskillnader i droganvändning och dess samband med subjektivt viktiga relationer och arbete (Thompson & Petrovic, 2009). Enligt resultaten minskade sannolikheten för droganvändning bland män om de gifte sig, dock inte bland män som använde droger frekvent (Thompson m.fl., 2009). Kvinnors droganvändning minskade om de rapporterade ett starkt emotionellt engagemang (engelska *close relationship*) i sitt parförhållande eller om de fick barn och var ensamstående. I motsats till forskarnas förväntan ökade ett starkt emotionellt engagemang sannolikheten för ökad droganvändning för män (Thompson m.fl., 2009).

#### **1.4 Drogeroendets samband med psykisk hälsa**

I den vuxna befolkningen uppskattades en tredjedel uppfylla kriterierna för två, och nästan en sjättedel kriterierna för tre psykiska syndrom under sin livstid (Kessler & Wang, 2008); detta har benämnts komorbiditet och är ett viktigt område för addiktionsforskning eftersom drogeroende ofta uppkom i kombination med psykiska problem och alkoholberoende (bl.a. Hall & Degenhardt, 2009). Komorbiditeten har som begrepp indelats i två kategorier (bl.a. de Graaf, Bijl, Smit, Vollenbergh & Spijker, 2002):

1. simultan, vilket innebär att två syndrom finns att konstatera samtidigt
2. successiv, att samma person drabbas av två syndrom under sin livstid

I tabell 3 finns studier som utförts på populationsnivå om drogeroendets komorbiditet med psykiska syndrom. Att undersöka hur allvarliga psykiska syndrom personer i finsk drog rehabilitering har och vilket samband detta har med behandlingseffekt är viktigt både ur vetenskaplig och klinisk synvinkel. Vid rehabiliteringsplanering innehåller beslutsfattningsprocessen i en ideal situation kliniska ställningstaganden som formats på basis av vetenskaplig kunskap. I dessa situationer kan det röra sig om huruvida en person primärt behöver drog- eller psykiatrisk rehabilitering.

---

<sup>3</sup> Studiens respondenter ( $n = 1725$ ) deltog i National youth survey (NYS) och därefter identifierades personer med drogproblem. Dessa uppföljdes under 9 år med intervjuer under fyra olika tillfällen.

### 1.4.1 Förklaringsmodeller för komorbiditet

Kausalitetsteorier kan indelas i tre kategorier (Degenhardt m.fl., 2003):

1. teorier om att personer med psykiska problem använder droger för att lindra sin smärta
2. drogberoende förorsakar psykiska sjukdomar eller åtminstone kan göra en person sårbar för insjuknande
3. ”tredje faktors”- hypotesen om att det finns bakomliggande faktorer som kan vara gemensamma för både psykiska sjukdomar

Argument i den första kategorin har gemensamt att de byggde på tanken om att psykiskt sjuka personer tar droger för att “självmedicinera” sina symptom eller att drogberoendet var en följd av en oförmåga att ta itu med ens negativa känslor (Khantzian, 1985; Mueser, Drake & Wallach, 1998). I kontrast till dessa teorier fanns studier som pekar på att till exempel rökning av cannabis kunde förorsaka psykiska sjukdomar som psykos eller åtminstone vara skadligt för personer som ligger i riskgruppen för att utveckla psykotiska symptom (bl.a. Fergusson & Horwood, 1997; Hall & Degenhardt, 2000). Den sista infallsvinkeln debatteras inom addiktionsforskningen idag och omfattar bl.a. tvillingstudier (Cerde, Sagdeo, Johnson & Gaeta, 2010). Sammanfattande har dessa studier gett en inblick i att beroendesyndrom sannolikt har en gemensam genetisk bakgrund med depression och ångest- samt beteendestörning (Cerde m.fl., 2010).

**Tabell 3**

**Studier om drogeroendets komorbiditet med psykiska syndrom**

Forskare	Studie	Land	N / ålder	Resultat	Definition enligt / Metod
Compton, Thomas, Stinson och Grant (2007)	National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions [NESARC]	USA	43093/ >18	Drogeroende personer hade X gånger (engelska <i>odd's ratio</i> ) större sannolikhet att drabbas av <sup>a</sup> (12 mån prevalens): Alkoholberoende (9,0), nikotinberoende (4,4), bipolär sjukdom (4,2), affektiva syndrom (3,3), personlighetsstörning (3,3), dystymi (2,8), APS <sup>b</sup> (2,6), generaliserad ångest (2,5) och depression (2,2).  Drogeroende personer har X gånger (engelska <i>odd's ratio</i> ) större sannolikhet att drabbas av <sup>a</sup> (livstids prevalens): Alkoholberoende (11,5), nikotinberoende (4,1), bipolär sjukdom I (3,2), APS (3,1), bipolär sjukdom II (2,6), panik med agorafobi (2,4), affektivt syndrom (2,4), personlighetsstörning (2,4) och panikanfall (2,0).	DSM-IV-TR/ AUDADIS-IV <sup>c</sup>
Farrell m.fl. (2003)	The British Psychiatric Morbidity Survey	Storbritannien	10018/ 16-64 år	Av drogeroende personer har 45 % av drogeroende personer psykisk sjukdomar; 33 % har en komorbid sjukdom och 12,2 % två komorbida sjukdomar.	CIS-r <sup>d</sup>
De Graaf, Bijl, Smit, Vollenbergh och Spijker (2002)	Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study [NEMESIS]	Nederländerna	7076/ 18- 64 år	-SUD <sup>e</sup> ökade sannolikheten (engelska <i>odd's ratio</i> ) för -kvinnor att drabbas inom 12 mån av: Depression, ångeststörning samt både depression och ångest. -personer som hade en andra stadiets utbildning att drabbas inom 12 mån av: Ångest samt både depression och ångest. -ensamstående personer: Depression samt depression och ångest. - arbetslösa personer: Depression och ångest.	DSM-III-R/ CIDI <sup>f</sup>
Kessler, Chiu, Demier, Merikangas och Walters (2005)	National Comorbidity Survey [NCS] och NCS-r]	USA	3199/ 18- 44 år	Drogeroende hade positivt samband med (12 mån prevalens): Social fobi, generaliserad ångest, depression, dystymi, bipolär sjukdom, ADHD, IED <sup>g</sup> och alkoholberoende. Drogeroende hade negativt samband med separationsångest	DSM-IV /ICD-10 CIDI
Teesson, Hall Degenhart och Lynskey (2000)	National Survey on Mental Health and Wellbeing	Australien	10641/ >18 år	- Av drogeroende kvinnor hade 65%: Ångest, affektiv störning och alkoholberoende. - Av drogeroende män hade 64% annan psykisk störning.	DSM-IV-TR/ ICD-10 CIDI

<sup>a</sup> demografiska variabler samt andra psykiatriska sjukdomar kontrollerade

<sup>b</sup> APS (antisocial personlighetsstörning, DSM-IV-TR)

<sup>c</sup> AUDADIS- IV (engelska *Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule*) standardiserad intervju

<sup>d</sup>CIS-r (engelska *Mental Health Interview*) standardiserad intervju

<sup>e</sup>SUD (engelska *Substance use disorder*) innefattar diagnoser för både alkohol och drogeroende och missbruk

<sup>f</sup>CIDI (engelska *Composite International Diagnostic Interview*) är WHO:s strukturerade intervju för psykiska sjukdomar

<sup>g</sup>IED (engelska *Intermittent explosive disorder*) ett syndrom som påverkar förmågan att kontrollera sina aggressiva impulser, vanligt förekommande i bl.a. personlighetsstörningar

### 1.5 Drogeroendets samband med användningsprofil

De flesta droger var illegala i Finland enligt Narkotikalagen (373/2008) vars ursprung ligger i internationella avtal: Förenta nationernas konventioner och avtal inom den Europeiska unionen (bl.a. SopS 23/1967 och 44/1994, 2005/387/YOS). De vanligaste drogerna i Finland var cannabis, amfetamin, buprenorfin, ecstasy och bensodiazepiner (THL, 2010). I föreliggande avhandling avsågs med droger även receptbelagda mediciner som på grund av deras effekt används felaktigt. Alkohol var, fastän den inte räknas till gruppen droger, den allmännast använda psykoaktiva substansen och spelade även en mycket stor roll i finska drogeroende personers vardag (bl.a. Hakkarainen m.fl., 2009; THL, 2010).

Droger kan intas igenom att inhalera, röka, äta, dricka eller injicera substansen. De starkaste effekterna uppnås igenom att injicera och hänger intimt samman med allvarligt drogeroende (Duodecim, 2006). Att injicera droger upplevdes ofta av drogeroende personer som det sista stadiet; ett beteende som missbrukare önskade undvika (Lalander, 2001).

Ur ett begreppsanalytiskt perspektiv har blandmissbruk indelats i tre kategorier (Ives m.fl., 2006):

1. Tidskategori, tidsramen för intag av två eller flera substanser; simultananvändning (författarens översättning, engelska *simultaneous use*) som innebar användning av substanser under samma tidpunkt eller cyklisk användning (författarens översättning, engelska *concurrent use*), det vill säga vilka droger och i hurdana kombinationer en person använde under ”en missbrukarkarriär” (Ives m.fl., 2006)
2. Effektkategori, som beskrev simultan och parallellanvändning av olika droger i termer av de effekter som uppnåddes med olika substanser tagna under samma tillfälle (Ives m.fl., 2006)
3. Kombinationskategori, det vill säga en deskription över hur drogerna kombinerades (Byqvist, 1999)

Finska drogeroende personer var enligt THL:s rapport i regel unga och har en relativt kort period av missbruk bakom sig (THL, 2010). Bland dem som hade ett allvarligt drogeroende var proportionen av dem som föredrar amfetamin (~80 %)



stor gentemot dem som föredrar opiater (~20 %), ett fenomen som var ovanligt i internationell jämförelse där opiater ofta dominerar användningsprofilen (Partanen m.fl., 2007). Av dem som föredrog amfetamin var en stor del blandmissbrukare: av dem använde 52 % cannabis, 43 % alkohol, 36 % opiater och 8 % ecstasy (Partanen m.fl., 2007). I THL:s rapport (2009) fann man även att majoriteten av drogberoende personer i Finland använder droger intravenöst (80 %) (THL, 2009). Enligt internationella studier skiljde sig blandmissbrukare ifrån experimenterande droganvändare och personer som missbrukade endast en psykoaktiv substans i att drogdebuten ägde rum tidigare, att de utvecklade snabbare ett beroende och var i större behov av vård (Grella m.fl., 1999).

Människor upplever drogers effekter olika, vilket beror på genetiska, biologiska, psykosociala samt kulturella faktorer (WHO, 2004). I en kvalitativ finsk studie illustrerades bland annat hur preferens av droger skapas av starka positiva upplevelser som hade en mycket viktig roll i det sociala samspelet droganvändare emellan som berättelser och delade erfarenheter eller som försvarsmekanism som dämpar negativa upplevelser (Ahtiala m.fl. 1998):

*”Första gången jag tog ecstasy var- inte kunde jag riktigt något annat än gråta, jag blev så lycklig...”* Tero, sida 117 (skribentens översättning, ursprungsspråk finska)

*”Heroin gör en nöjd med sig själv, alla andra är helt värdelösa. Man går på gatan o tänker fan ni har inget att komma med, ni dumma människor som inget vet!”* Taru, sida 122 (skribentens översättning, ursprungsspråk finska)

Valet av substanser som blandmissbrukare använder var inte endast en fråga om personlig preferens eller psykiska defenser; efterfrågan på en viss drog bland blandmissbrukare följer utbudet på drogmarknaden (Arponen, Brummer-Korvenkontio, Liitsola & Salminen, 2008). Detta innebar att trots att en del droganvändare föredrog en drogs effekt framom en annan (Ahtiala m.fl., 1998) kommer tillgängligheten att spela större roll i valet av vilka droger som användes (Arponen m. fl, 2008).

Vårdmotivationen eller viljan att ta sig ur missbruket varierade under en "missbrukarkarriär" (Lalander, 2001). Därför är det viktigt att undersöka vilka substanser och andra variabler i en användningsprofil har samband med behandlingseffekt för att avgöra när drogrehabilitering som innebär ekonomiska och vårdsatsningar skall inledas.

## **1.6 Drogberoendets samband med personlighet**

Vid skrivandet av föreliggande avhandling fanns få studier om hur personligheten påverkar utvecklandet av samt förloppet av drogberoende utgående från femfaktormodellen av personligheten (engelska *Five Factor model*). Studier med annan referensram har pekat på att personer med instabilt känsloliv eller impulsivt beteende hade större sannolikhet att bli drogberoende (de Wit, 2008). Information om personlighetens samband med drogberoende möjliggör en profilering och identifikation av grupper av människor som är i risken att utveckla drogberoende, och uppföljning eller interventioner kan inledas redan innan ett beroende utvecklats. Därmed är detta forskningsområde mycket viktig med tanke på förebyggande samhällsliga insatser i bland annat skolmiljö.

### **1.6.1 Femfaktormodellen**

Femfaktormodellen [FFM] bygger på hypotesen om att personlighetsdrag och temperament kunde ordnas i en taxonomi, som var hierarkisk (Kotov, Gamez, Schmidt & Watson, 2010; de Raad & Perguini, 2002). De fem övergripande faktorerna bestod av personlighetsdrag som var relativt bestående sätt att varsebli, tolka och reagera på stimuli (Goldberg, 1992). Grundskalorna reflekterade en persons temperament det vill säga biologiska disposition som låg till grund för hur en person reagerar på stimuli i sin omgivning (Goldberg, 1990).

**Tabell 4****Femfaktormodellen av personligheten<sup>3</sup>**

Faktor	Viktiga personlighetsdrag som hade samband med faktor och kan ha samband med behandlingseffekt:
I. SOCIAL AKTIVITET (engelska <i>Extraversion</i> [E])	(Lengua, Sandler, West, Wolchik & Curran, 1999; McCrae & John, 1992; Vollrath, 2001): tendens till positiva känsloupplevelser, socialt initiativ och aktivitet, hur man svarar på positiv förstärkning, problemlösningsförmåga och förmåga att uttrycka behov av hjälp.
II. VÄNLIGHET (engelska <i>Agreeableness</i> [A])	(Bowling, Beehr & Swader, 2005; McCrae m.fl., 1992): tillit, altruism, normenligt beteende, inlevelseförmåga och hur man upplever stöd av sociala nätverk.
III. SAMVETSGRANNHET (engelska <i>Conscientiousness</i> [C])	(Lengua m.fl., 1999; Vollrath, 2001): förmåga att upprätthålla koncentration och motivera sig på lång sikt och risk för missbruk.
IV. PSYKISK BALANS (engelska <i>Emotional stability</i> [N] <sup>a</sup> )	(McCrae m.fl., 1992): tendens till negativa känsloupplevelser, självmedvetenhet, psykosomatisk benägenhet och inhibition av beteende.
V. ÖPPENHET FÖR ERFARENHETER (engelska <i>Openness to experience</i> [O])	(McCrae m.fl., 1992): nyfikenhet, anpassningsförmåga, kvalitet av inre tanke- och känsloliv och förmåga att använda mångsidiga copingstrategier och nya perspektiv på problem.

<sup>a</sup> beteckningen N används för att faktorn tidigare hette Neuroticism

**1.6.2 Drogeroendets samband med FFM**

I ett norskt kliniskt sampel där deltagarna i undersökningen bestod av opiatberoende personer i substitutionsbehandling<sup>4</sup> och instrumentet var ett standardiserat formulär (NEO-PI-R) som byggde på femfaktormodellen fann man signifikanta resultat för tre personlighetsfaktorer. Drogeroende personer var känsligare för ångest än människor i genomsnitt (låga poäng på på skalan ”Psykisk balans”) (Kornør m.fl., 2007). De var även mera inåtvända (låga poäng på ”Social aktivitet” engelska *Extraversion*) i förhållande till andra människor. Drogeroende hade också samband med låga poäng på skalan ”Samvetsgrannhet” (engelska *Conscientiousness*) (Kornør m.fl., 2007). Studier om hur personlighetsdrag med avstamp i FFM modererar drogeroende under vård fanns inte till hands vid skrivandet av föreliggande avhandling.

<sup>4</sup> Antalet respondenter var 65 personer, matchade kontroller erhöles ur en representativ databas. De drogeroende personerna hade varit i vård åtminstone 5 veckor då undersökningen inleddes.

### 1.7 Syfte och hypoteser

Syfte med denna studie var att studera huruvida finsk drogrehabilitering hade samband med förändringar i vårdtagarnas drogberoende. Dessutom undersöktes samband mellan behandlingseffekt och kön, komorbiditet, användningsprofil och personlighet. På basen av de studier som behandlats ovan ställs följande hypoteser för denna studie:

1. Blandmissbrukare rapporterar oftare psykiska sjukdomar än befolkningen i genomsnitt.
2. Vilka droger man använder har samband med huruvida man har nytta av drogrehabilitering<sup>5</sup>
3. Personlighetsdrag som öppenhet och ansvarsfullhet förbättrar vårdresultatet<sup>6</sup>

---

<sup>5</sup> I föreliggande studie innebär begreppet ”nytta” en förminskning i drogberoende under vård

<sup>6</sup> I föreliggande studie innebär begreppet ”vårdresultat” en förminskning i drogberoende under vård

## 2 METOD

### 2.1 Respondenter

Alla respondenter ( $N = 42$ ) rekryterades under åren 2008-2009 från Förbundet för mödra- och skyddshem r.f. och A-klinikstiftelsens enheter för missbrukarvård.

Deltagarna var 18-40 åriga finskspråkiga personer med blandmissbrukbakgrund. Av deltagarna var 66,7 % kvinnor ( $n = 28$ ) och 33,3 % män ( $n = 14$ ). De flesta som deltog var 22-32 år gamla (71,4%,  $n = 30$ ). Kvinnorna som deltog var signifikant yngre  $t = 2,38$ ,  $p < .05$ . Se Tabell 5 för ytterligare deskriptiv information om respondenterna.

**Tabell 5**

#### *Demografiskt data*

Kön % (N)	Ålder % (N)	Ort <sup>a</sup> % (N)	Boendeform % (N)	Utbildning % (N)
kvinnor 66,7 (28)	22-26 år 38,1 (16)	stor ort 88,1 (37)	Ensam 45,2 (19)	grundskola 95,2 (40)
män 33,3 (14)	27-32år 33,3 (14)	liten ort 11,9 (5)	vårdanstalt 26,2 (11)	student 16,7 (7)
	18-21 år 14,3 (6)		med partner 23,8 (10)	Yrkesutbildning 14,3 (6)
	33-39år 14,3 (6)			

<sup>a</sup> orter över/ under 5000 invånare.

### 2.2 Procedur

Vid rekryteringen av respondenter med blandmissbrukbakgrund kontaktades fyra inhemska organisationer: Förbundet för mödra- och skyddshem r.f., Fri från narkotika r.f., A-klinikstiftelsen och Fångvårdsväsendet. Forskningstillstånd erhöles av Förbundet för mödra- och skyddshem r.f. och A-klinikstiftelsen. Respondenterna fick rehabilitering och/eller substitutionsbehandling på grund av drogrelaterade problem.

Drogrehabiliteringen vid Förbundet för mödra- och skyddshem på r.f.:s mödrahem riktades till nyblivna föräldrar, särskilt mödrar och deras familjer. I denna studie rekryterades 57,1 % av respondenterna från Förbundet för mödra- och skyddshems enheter ( $n = 22$  kvinnor,  $n = 2$  män) Drogrehabiliteringen var en stödåtgärd som ofta

ägde rum på initiativ av socialmyndigheten. Vården var frivillig och ömsesidigt vårdkontrakt hade i undertecknats (Förbundet för mödra- och skyddshem, 2010). På mödrahem fick vårdtagarna stöd i föräldraskap, i att självständigt hantera vardagen och drogrehabilitering. En viktig resurs i vården var stöd av likställda, som var i olika skeden av att bearbeta sitt drogberoende. Vården på enheterna hade sin bakgrund i vårdmodellen ”*Pidä kiinni*” (Håll taget, skribentens översättning), en skräddarsydd vårdmodell för mödrar som lever med missbruk. Projektet finansieras av Penningautomatföreningen r.f. [RAY] (Förbundet för mödra- och skyddshem, 2010).

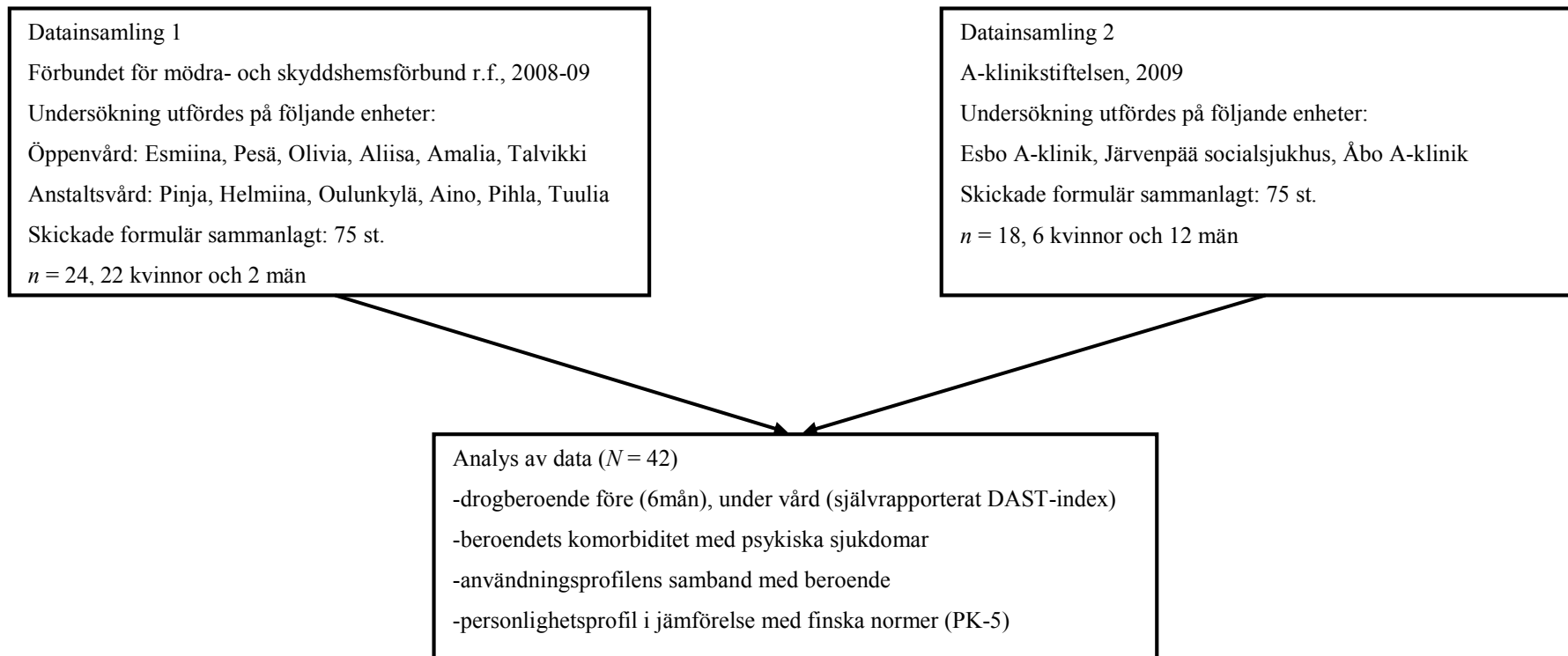
Vid A-klinikstiftelsen deltog tre enheter i rekryteringen av respondenter. Vid de regionala A-klinikerna och Järvenpää socialsjukhus bedrevs vård och rehabilitering av personer som lever med drogberoende. Respondenterna i föreliggande avhandling fick både anstalt- och öppenvårdsbaserad rehabilitering. Till vårdformerna hörde bland annat substitutionsbehandling av opiatberoende personer, individualterapi eller stödsamtal, familjeinterventioner samt grupper med stöd av likställda (A-klinikstiftelsen, 2010). Personer som var i avvänjningsvård (finska *katkaisuhoito*) avgränsades utanför denna studies undersökningspopulation, eftersom dessa varit nyktra under en kort tid. Vid A-klinikstiftelsens enheter rekryterades 42,9 % av respondenterna ( $n = 6$  kvinnor,  $n = 12$  män).

Rekryteringen ägde rum på de nämnda enheterna. Personalen frågade vårdtagarna om de var frivilliga att delta varpå de fick information om forskningen i form av en informationsblankett försedd med grundläggande fakta om forskningsprojektet samt telefonnummer till forskningsledaren samt den ansvarige för projektet ifall ytterligare frågor skulle uppstå (se Bilaga 1). Samtycke undertecknades (se Bilaga 2).

Respondenterna informerades om att de skulle vara nyktra vid undersökningstillfället. För att försäkra en lugn atmosfär vid undersökningstillfället erbjöds på åtminstone en enhet bland annat vård av respondenternas barn.

Alla respondenter fyllde i samma frågeformulär (Bilaga 3). Frågeformulären skickades till enheterna och övervakades av enhetspersonal vid alla skeden av studien. Frågeformuläret var indelat i tre delar som var markerade för att deltagarna skulle kunna ta pauser om de hade svårigheter med att upprätthålla koncentrationen. De flesta deltagarna använde 1-1,5 h, för att fylla i formuläret. Därpå skickades

formulären till forskningsledaren i slutet kuvert till Åbo Akademis psykologiska institution för kodning och analys av data. Svarsprocenten uppgick till 24,6 %. Enhetspersonal på en av enheterna kontaktade forskningsledaren och informerade om att ett flertal av de förfrågade inte var motiverade av att delta i frivillig vetenskaplig undersökning och att ett flertal vårdtagare upplevde att frågeformuläret var för energikrävande till följd av dess långa uppläggning. En schematisk översikt av studien finns i Figur 2.



**Figur 2**  
*Studiens skeden*



## 2.3 Instrument

Instrumentet bestod av fem delar (se Bilaga 2):

1. Deskriptiv information
2. Fagerströms nikotintest (engelska *Fagerstrom Test of Nicotine Dependence* [FTND] Fagerström, Schneider, 1989; Heatherton, Koslowski, Frecker, Fagerström, 1991)
3. Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT], (Babor, de la Fuente, Saunders & Grant, 1992)
4. Drug Abuse Screening Test [DAST], (Skinner, 1982)
5. Psykologian kustannus 5 [PK5], (Psykologien kustannus, 2007)

### 2.3.1 Deskriptiv information

Den deskriptiva delen av instrumentet var till skillnad från de övriga delarna icke-standardiserad och byggde på relevant demografisk data som ålder, kön, utbildning och civilstånd samt variabler som tidigare kopplats med missbruk som bl.a. psykiatriska diagnoser, fängelsestraff och föräldrars missbruk. I denna studie valde vi även att kartlägga vilka droger en person använt och frekvensen av drogbruket och för att få en uppfattning om eventuell användarprofil. I kartläggningen av användningsprofil användes samma skala för svaren som i AUDIT (1-5).

### 2.3.2 Cigarettrökning

Fagerströms test för nikotinberoende [FTND] är ett standardiserat självrapporteringsformulär, som mäter en persons grad av nikotinberoende (Heatherton m.fl., 1991). Formuläret består av sex frågor och är en förkortning av en tidigare längre version: Fagerstrom Tolerance Questionnaire [FTQ] (Heatherton m.fl., 1991). Fyra av de sex frågorna har dikotoma svarsalternativ och två har en fyrgradig skala (0-3 poäng). Det maximala antalet poäng är 10, vid summeringen innebär värden  $\geq 4$  att ett nikotinberoende kan konstateras medan värden  $\geq 6$  innebär starkt beroende (Fagerström m.fl., 1989; Heatherton m.fl., 1991). Validitetsmätningar har pekat på goda resultat då testet använts i forskningspopulationer som röker mycket och testet lämpade sig även för populationer som röker relativt lite. Resultaten i faktoranalys tydde på att instrumentet

mäter flera konstrukt än endast ”beroende” (Etter, Duc & Perneger, 1999). I denna studie var den interna reliabiliteten för Fagerströms nikotintest Cronbachs  $\alpha = .74$ .

### 2.3.3 Alkoholkonsumtion

Det standardiserade alkoholformuläret *Alcohol Use Disorders Identification Test* (identifikationstest för alkoholrelaterade syndrom, skribentens översättning) [AUDIT] användes i denna studie för att kartlägga deltagarnas alkoholkonsumtion. AUDIT är en självrapporteringskala som utvecklades inom ramen för WHO (Babor m.fl., 1992; Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001). Instrumentet har visat sig vara mycket effektivt i att urskilja personer med hög och riskrelaterad alkoholkonsumtion i normalpopulationen (Babor m.fl., 2001; Babor m.fl., 1992; Berner, Levente, Kriston, Bentele & Harter, 2007; de Menses-Gaya, Zuardi, Loureiro & Crippa, 2009; von der Pahlen m.fl., 2008; Reinert & Allen, 2002). Testet var inte ursprungligen avsett för att ställa alkoholrelaterade diagnoser, trots att höga poäng på skalan kunde innebära att en person är alkoholberoende (Reinert m.fl. 2002). AUDIT har även visat sig vara mycket användbar som finskspråkig version (Aalto, Tuunanen, Sillanaukee & Seppä, 2006; von der Pahlen m.fl., 2008). Standardiseringen av AUDIT ägde ursprungligen rum i Norge, Australien, Kenia, Bulgarien, Mexico och USA. Testet har inte visat tecken på kulturbundenhet och är därmed tillämpligt i många länder (Babor m.fl., 2001). I denna studie var AUDIT skalans interna reliabilitet Cronbachs  $\alpha = .92$ . Validitetskalkyler samt faktoranalys av testet pekar enligt tidigare studier på att testet mätte det som avsetts (von der Pahlen m.fl., 2008; Reinert m.fl., 2007).

AUDIT består av 10 frågor som till exempel: *Hur ofta under det gångna året har det gått så att du inte kunnat sluta när du väl börjat dricka?*. Svartalativen består av en femgradig likertskala: *aldrig/ cirka en gång i månaden eller mindre/en gång i månaden/ en gång i veckan/ dagligen eller nästan dagligen*. Två frågor har tre nivåer (0, 2, 4 poäng): *nej, aldrig/ ja, men inte under det senaste året/ ja, under det senaste året*. Sammanlagt kan man maximalt få 40 poäng igenom att addera poängen. Resultat  $\geq 8$  poäng har föreslagits på basen av empiriska studier att antyda riskanvändning av alkohol (Babor m. fl., 2001; von der Pahlen m.fl., 2008).

### 2.3.4 Index för drogberoende

Index för drogberoende före och under vård mättes i denna studie av med hjälp av *Drug Abuse Screening Test* (skala för drogmisbruk) [DAST]. Detta test utvecklades 1982 av Harvey Skinner i Kanada som ett komplement till en motsvarande självrapporteringskala för alkohol *Michigan Alcohol Screening Test* (skala för alkoholisbruk) [MAST] (Skinner, 1982). DAST mätte hur allvarligt en persons drogberoende var vid en given tidpunkt. Validiteten av DAST har visat sig vara god i kliniska samspel (Yudko, Lozhkina & Fouts, 2007). I denna studie användes DAST-20, en version med 20 frågor med dikotoma svarsalternativ (ja/nej). Indexet bildades igenom att addera ett för varje ja-svar och noll för nej-svar, med undantag för tre frågor där poängsättningen var motsatt. För att undersöka förändringar i respondenternas drogberoende ställdes alla frågor två gånger: Exempelvis: *Har du använt mediciner i icke- medicinskt syfte före vården?* / *Har du använt mediciner i icke- medicinskt syfte under vården?* Därmed kunde två beroendeindex bildas för varje deltagare med tid som oberoende variabel och möjliggjorde inom person jämförelse. Den interna reliabiliteten var Cronbachs  $\alpha = .50$  för DAST ”före vård” samt Cronbachs  $\alpha = .80$  DAST ”under vård”.

### 2.3.5 Personlighetstest

I denna studie har vi använt det finska personlighetsformuläret PK5 (Psykologien kustannus, 2007). Bakgrunden till testet ligger i femfaktormodellen och är ett i raden av formulär som används med ansats i ifråganvarande teori (t.ex. PK-5, NEO-PI-R, 16PF, PRF). Frågeformuläret består av 150 påståenden med en femgradig likertskala (1 = håller inte alls med till 5 = är helt av samma åsikt). Varje faktor (se Tabell 3) mättes med hjälp av 30 påståenden. Ett exempel i serien påståenden som mätte psykisk balans är ”*Jag blir nervös om andra inte genast uppfattar min förklaring*” eller ”*Jag har inte svårt att uttrycka min åsikt om jag är av annan åsikt*” för faktorn social aktivitet. I föreliggande avhandling är personlighetsdragen och påståendena översatta av författaren och godkända av en professionell översättare, testningen utfördes dock med de standardiserade finska uttrycken.

PK5 har normerats för finska förhållanden. Urvalet ( $N = 3644$ ) bestod av arbetsföra finska medborgare som rekryterades vid Arbetskraftsbyråer, Arbetshälsoinstitutet och av Psycon Oy. I föreliggande studie var Cronbach's  $\alpha = .91-.96$  för huvudskalorna och Cronbachs  $\alpha = .97-.98$  för de fem faktorerna. Validitetsberäkningar som har utförts vid normeringen av testet har pekat på goda resultat med tanke på begrepp som naturligt i språket för olika personlighetsdrag (Psykologien kustannus, 2007).

## Tabell 6

### *Femfaktor modellen enligt PK- 5*

Faktor	Grundskala	Kontinuum
I. SOCIAL AKTIVITET	1. Livfullhet	lugn ↔ livlig
inåtvänd- initiativtagande, aktiv	2. Social modighet	försiktig ↔ modig
	3. Dominans	Konformistisk ↔ dominant
II. VÄNLIGHET	4. Sällskaplighet	trivs ensam ↔ trivs med människor
tillbakadragen- varm, öppen	5. Öppenhet	formell ↔ öppen
	6. Tillit	misstänksam ↔ tillitsfull
III. SAMVETSGRANNHET	7. Ansvarsfullhet	bekymmerfri ↔ ansvarsfull
ungefärlig- noggrann	8. Planmässighet/ Systematik	flexibel ↔ planenlig
	9. Betänksamhet	spontan ↔ betänksam
IV. PSYKISK BALANS	10. Lugn	otålig ↔ rofylld
ängslig- lugn	11. Avslappningsgrad	spänd ↔ avslappnad
	12. Självsäkerhet	osäker ↔ självsäker
V. ÖPPENHET FÖR ERFARENHETER	13. Experimentlust	traditionell ↔ experimentlysten
konventionell – nyskapande	14. Tankestil	konkret ↔ abstrakt,
	15. Betoning av känsloliv	rationell ↔ emotionell

Resultaten i personlighetstestet erhöles igenom att råpoängen för grundskalorna (10 påstående/grundskala) och faktorerna (30 påstående/faktor) konverteras till

standardpoäng1-10 (Psykologien kustannus, 2007) . Standardpoängen följer en normalfördelningskurva som beskriver frekvensen för ett drag, med värden i mitten som vanligt förekommande (3-7).

## **2.4 Etiska synvinklar**

Forskningsstillstånd erhöles av Förbundet för mödra- och skyddshem r.f. och A-klinikstiftelsen på basen av en forskningsansökan och en forskningsplan som godkändes av psykologi vid Åbo Akademi. Varje deltagande enhet fick ett informationsbrev med utförliga anvisningar om rekrytering av deltagare och procedur för genomförandet av undersökningen. Informationsbrev delgavs åt varje deltagare vid undersökningstillfället (se Bilaga 3). En blankett för samtycke undertecknades av alla utom en av respondenterna<sup>7</sup>. Deltagandet var frivilligt och ifyllandet av frågeformuläret skedde anonymt. För att trygga anonymiteten rapporterades i föreliggande avhandling inte antal respondenter per vårdinrättning (vissa vårdinrättningar har endast fem vårdplatser). I informationen preciserades att de svar de gett i undersökningen inte kommer att påverka rehabiliteringen eller substitutionsbehandlingen. Efter att en enhet där studien genomfördes reagerat på att blanketter för samtycke och frågeformulär skickades till undersökningsledaren i samma kuvert ändrades förfarandet. Därefter skickades blanketterna för samtycke och frågeformulären i skilda kuvert för att garantera anonymitet.

## **2.5 Statistisk bearbetning**

Vid den statistiska bearbetningen av materialet användes SPSS<sup>TM</sup> 18.0.

Summavariabler bildades för att bilda index för cigarettrökning, alkoholkonsumtion, drogberoendeindex före och under vård, personlighetshuvudskalor och underskalor. Även summavariabler för socialt stöd, användningsprofil, sjukdomsbelastning bildades.

Därefter gjordes frekvenskörningar, korstabeller och deskriptiva analyser för att få ett grepp om bland annat cigarettrökningens, alkoholkonsumtionens samt drogberoendets

---

<sup>7</sup> Personen ifråga upplevde att samtyckeförfarandet kompromissade dennas anonymitet (underskrift på blanketten), men ville ändå delta i forskningen och formuläret inkluderades.

omfång. Alla respondenter kunde inkluderas i analyserna eftersom de fyllde kriterierna för drogberoende innan vård (DAST index före, >6). Varpå behandlingseffekten estimerades igenom att jämföra drogberoende index före och efter vård med hjälp av ANOVA för upprepade mätningar. Formeln för Wilk's lamda<sup>8</sup> användes för att bilda en uppfattning om med vilken sannolikhet förändringen i beroende var signifikant, huruvida det fanns en könsskillnad i behandlingseffekten och för att se om psykiska sjukdomar eller användningsprofil påverkade behandlingseffekten. Efter konstaterat signifikant samband mellan samtliga variabler undersöktes effektens riktning med hjälp av korrelation. Även andra korrelationer (Pearson[ $r$ ], phi-koefficient[ $\phi$ ]) utfördes som stickprov för att kolla för intressanta samband. Bland annat signifikanta samband för psykiska sjukdomar erhöles på detta sätt.

---

<sup>8</sup> Koefficienten utvecklades av Samuel L. Wilk's och används i bl.a. hypotestestning och är en jämförelse av olika grupper medeltal för flera mätningar (Everitt & Dunn, 1991).

## 3 RESULTAT

### 3.1 Komorbiditet

Av respondenterna rapporterade 31,0 % ( $n = 13$ ) ingen psykisk sjukdom, 14,3 % ( $n = 6$ ) en sjukdom, 21,4 % ( $n = 9$ ) två sjukdomar, 23,8 % ( $n = 10$ ) tre sjukdomar och 7,1 % ( $n = 3$ ) fyra sjukdomar. Förutom självrapporterade psykiska syndrom led samtliga respondenter av drogberoende, vilket innebar att 69,0 % hade åtminstone två komorbida syndrom. I Tabell 7 finns prevalensen för de olika sjukdomarna skilt för kön och komorbiditet. Under diagonalen finns frekvensen för komorbiditet av två sjukdomar, ovan om diagonalen frekvensen för personer som har ingendera sjukdom.

Över hälften av respondenterna rapporterade att de någon gång under sitt liv upplevt en depression 53,6 % ( $n = 22$ ) och någon form av ångestsyndrom. Sambandet mellan depression och annan ångest (ångeststörningar, endast fobisk rädsla borträknad) var signifikant  $\phi = .48$ ,  $p < .01$ . Depression och ångest hade inte effekt på hurudan behandlingseffekt deltagarna upplevde.

**Tabell 7****Komorbiditet<sup>a</sup>**

		Schizofreni	Psykos	Schizoaffektiv	Mani	Bipolär	Depression	Fobisk ångest	Annan ångest	OCD	Ätstörning	Personlighetsstörning	ADHD
	Kvinnor												
Män	(%)	7,1	21,4	0,0	7,7	0,00	42,9	14,9	21,4	0,0	0,0	0,00	7,1
Schizofreni	0,0		83,3	100,0	95,2	92,9	40,5	21,4	59,5	92,9	90,5	85,7	92,9
Psykos	14,3	2,4*		83,3	83,3	78,6	40,5	71,4	54,8	81,0	78,6	73,8	78,6
Schizoaffektiv	0,0	0,0	0,0		97,6	95,2	42,9	81,0	61,9	95,2	92,9	88,1	95,2
Mani	0,0	0,0	2,4*	0,0		92,9	42,9	78,6	61,9	92,9	90,5	85,7	92,9
Bipolär	7,1	0,0	0,0	0,0	0,0		38,1	76,2	59,5	90,5	88,1	85,7	90,5
Depression	64,3	0,0	14,3	0,0	2,4	0,0		40,5	38,1	42,9	42,9	40,5	40,5
Fobisk ångest	21,4	0,0	7,1	0,0	0,0	0,0	16,7*		54,8	76,2	76,2	69,1	76,2
Annan ångest	46,3	0,0	9,5	0,0	2,4	2,4	33,3**	11,9		61,9	59,5	54,8	59,5
OCD	7,1	0,0	2,4	0,0	0,0	0,0	4,8	0,0	4,8		88,1	85,7	90,5
Ätstörning	10,7	0,0	2,4	0,0	0,0	0,0	7,1	2,4	4,8	0,0		81,0	88,1
Personlighetsstörning	17,9	0,0	2,4	0,0	0,0	2,4	9,5	0,0	4,8	2,4	0,0		83,3
ADHD	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,4	0,0	2,4	0,0	0,0	0,0	

\*  $p < .05$ \*\*  $p < .01$ 

<sup>a</sup> De procentuella andelarna ovan diagonalen står för andelen personer som har ingendera sjukdom (t.ex. ingen schizofreni och ingen psykos). De procentuella andelarna under diagonalen står för andelen personer som har både och (t.ex. schizofreni och psykos).



### 3.2 Användningsprofil

Av respondenterna upplevde 90,5 % ( $n = 38$ ) sitt droganvändande som ett problem. Majoriteten hade experimenterat med droger första gången tillsammans med vänner 88,1 % ( $n = 37$ ) och vanligaste plats för detta var hemma hos någon iblandad 35,7 % ( $n = 15$ ) eller på stan 23,8 % ( $n = 10$ ). Drogdebuten ägde rum i 15 års ålder hos kvinnor ( $M = 15,0$   $SD = 2,35$ ) och 13 års ålder hos män ( $M = 13,39$ ,  $SD = 1,33$ ). Männen var signifikant yngre vid drogdebuten  $t = 2,36$ ,  $p < .05$ . Drogranvändandet utvecklades till ett märkbart problem enligt respondenterna i 18 års ålder ( $M = 17,98$ ,  $SD = 4,06$ ), ingen könsskillnad erhöles. Av respondenterna var 28,6 % ( $n = 12$ ) nikotinberoende och 47,6 % ( $n = 20$ ) hade riskrelaterad alkoholkonsumtion. I Tabell 8 finns de droger som använts av respondenterna.

**Tabell 8**

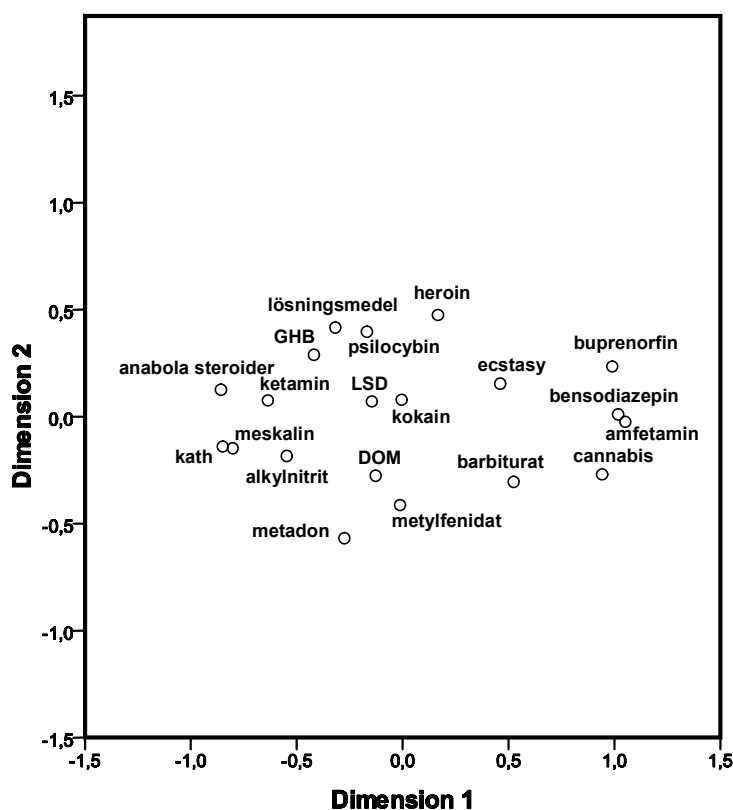
*Använda droger*

Drog	En ggr/ vecka % (N)	Dagligen % (N)	Drog	En ggr/vecka % (N)	Dagligen % (N)
1. Amfetamin	97,6 (41)	88,1(37)	11.LM <sup>a</sup>	21,4 (9)	7,1 (3)
2. Bensodiazepin	97,6 (41)	83,3 (35)	12. LSD	21,4 (9)	4,8 (2)
3. Cannabis	92,9 (39)	66,7 (28)	13. Kokain	21,4 (9)	2,4 (1)
4. Buprenorfin	90,5 (38)	85,7 (36)	14. GHB	19,0 (8)	0 (0)
5. Ecstasy	73,8 (31)	4,8 (2)	15. Kath	14,3 (6)	4,8 (2)
6. Barbiturat	59,5 (25)	35,7 (15)	16. ABS <sup>b</sup>	7,2 (3)	4,8 (2)
7. Heroin	40,4 (17)	21,2 (9)	17. Ketamin	7,2 (3)	2,4 (1)
8. Metylfenidat	28,6 (14)	11,9 (5)	18. Alkylnitrit	4,8 (2)	4,8 (2)
9. Psilocybin	28,6 (12)	0 (0)	19. Meskalin	2,4 (1)	0 (0)
10. Metadon	21,4 (9)	14,3 (6)			

<sup>a</sup> LM = lösningsmedel

<sup>b</sup> ABS = anabola steroider

I Figur 4 finns åskådliggjort vilka substanser respondenterna hade i sin användningsprofil. Sannolikheten för att en person missbrukat substanser tillsammans ökar ju närmare varandra de ligger i figuren. En allmänt förekommande användningsprofil innehöll daglig användning av (se Tabell 8 för frekvenser): amfetamin, buprenorfin, bensodizepin och cannabis.



**Figur 4**  
*Respondenternas användningsprofil*

### 3.3 Personlighet

Signifikanta könsskillnader erhöles för faktorn psykisk balans  $t = -2,43$ ,  $p < .05$ , där män hade högre poäng på faktorskalen. Kvinnor och män hade även signifikant olika värden på grundskalorna avslappningsgrad (män hade högre poäng) och betoning av känsloliv (kvinnor hade högre poäng). Det fanns ingen signifikant skillnad mellan respondenterna och PK5 normer på varken personlighetsfaktorer eller grundskalor.

### 3.4 Drogberoende före och under vård

Alla personer kunde på basen av drogberoendeindex (DAST-20) anses uppleva ett signifikant drogberoende före vård ( $M \geq 6$ , se Figur 3 för könsskillnader). För att studera om vården hade haft effekt på drogberoende utfördes en ANOVA för upprepade mätningar där index för drogberoende före (DAST före) och under behandlingen (DAST under vård) utgjorde inom individfaktorn. Förändringen i drogberoende var signifikant,  $Wilk's\ Lambda = 0,19$   $F(1,41) = 172,53$ ,  $p < .001$ . Drogberoendeindex var  $M = 13,21$ ,  $SD = 2,06$  för kvinnor före vård och  $M = 4,39$ ,

$SD = 3,49$  under vård. Motsvarande värden för män var  $M = 13,64$ ,  $SD = 2,56$  före vård och  $M = 7,36$ ,  $SD = 4,31$  under vård. Män led under vården av drogberoende enligt DAST ( $M \geq 6$ ), vilket inte var fallet bland kvinnor. Behandlingseffekten hos kvinnor var signifikant bättre än bland män, *Wilk's Lamda* = 0,91  $F(1,40) = 4,18$ ,  $p < .05$  (se Figur 3). Vårdplatsen modererade inte behandlingseffekten.



### Figur 3

#### *Förändring i självrapporterat drogberoende (behandlingseffekt)*

En serie ANOVA för upprepade mätningar utfördes för att identifiera faktorer som hade samband med förändringar i behandlingseffekten. Personer som någon gång under sitt liv haft psykos hade signifikant lägre behandlingseffekt *Wilk's Lamda* = 0,81,  $F(1,40) = 9,7$ ,  $p < .01$ . Fobisk rädsla hade även samband med lägre förändringar i behandlingseffekt *Wilk's Lamda* = 0,87  $F(1,40) = 5,79$ ,  $p < .05$ . Rapporterad bipolär sjukdom ökade däremot signifikant sannolikheten för en högre behandlingseffekt *Wilk's Lamda* = 0,84  $F(1,40) = 7,79$ ,  $p < .01$ . Andra psykiska sjukdomar eller sjukdomar i allmänhet modererade inte behandlingseffekten.

Då samband mellan behandlingseffekt och användningsprofil undersöktes med ANOVA för upprepade mätningar ökade användning av barbiturat sannolikheten för starkare behandlingseffekt än respondenterna rapporterat i allmänhet *Wilk's Lamda* = 0,74  $F(4,37) = 3,26$ ,

$p < .05$ . Personer som använt kath hade däremot signifikant lägre behandlingseffekt än andra respondenter  $Wilk's\ Lambda = 0,81$   $F(3,38) = 2,95$ ,  $p < .05$  för kath.

Varken personlighetsfaktorer eller grundskalor modererade behandlingseffekten enligt utförda ANOVA för upprepade mätningar.

## 4 DISKUSSION

Föreliggande studies syfte var att mäta om drogrehabilitering påverkar självrapporterat drogberoende under vård samt samband mellan behandlingseffekt och kön, komorbiditet, användningsprofil och personlighet.

### 4.1 Drogberoende före vård

Både kvinnor och män rapporterade i genomsnitt allvarligt drogberoende före vård, vilket med tanke på den föreliggande studiens rekryteringsstrategi ingalunda är ett förvånande resultat. Människor i drogrehabilitering vårdas sannolikt på grund av att de är drogberoende. Drogberoendeindex före vård innehåller ändå sannolikt felkällor eftersom föreliggande studie endast utförts vid ett tillfälle och respondenterna bads att återkalla sin situation (12 mån före vård) retrospektivt (latin *post hoc* mätning).

I undersökningar som mäter beteende retrospektivt med hjälp av frågeformulär kan åtminstone fyra olika processer påverka respondentens svar (Hartwort, 1995): respondentens förmåga att uppfatta frågans betydelse, minnesprocess vid återkallning, uppskattning om det frågade har ägt rum inom den givna tidsramen och att respondentens svar finns bland svarsalternativen (Hartwort, 1995). Därmed kan svarsprocessen inte ses som ett totalt objektivt mått på en persons tidigare drogberoende utan snarare en subjektivt konstruerad estimering.

Minnesbilder av livserfarenheter är sällan objektiva eller kronologiskt lagrade (Friedman, 1993). Användning av droger påverkar minnesprocesser och kan vara ytterst skadliga med tanke på lagring av minnesbilder (Morgan, 1999; Bolla, McCann & Ricaurte, 1998; Parrott, Lees, Garnham, Jones & Wesnes, 1998). Drogberoende personer med minnesproblem har uppvisat en tendens att överskatta frekvensen av droganvändande i efterhand (Johnson & Fendrich, 2005).

Risken för felbedömningar på basen av minnesbilder var stor i denna studie eftersom respondenterna ombads att estimerade huruvida särskilda drogrelaterade händelser ägt rum 12 månader före vård, dels för att ett år är en relativt lång tid och dels för att det inte kontrollerades för hur länge personen ifråga varit i vård. Hypotetiskt sett kunde detta leda till situationer där personen var tvungen att förlita sig på minnesbilder som

var flera år gamla. Dock bildades drogberoendeindex på basen av dikotoma svar (*ja/nej*), vilket med tanke på återkallning av minnen gör bedömandet lättare det vill säga om någon händelse ägt rum eller inte.

Ett flertal studier pekar i dagens läge på att drogberoende före vård är en stark prediktor i huruvida vården kommer att vara effektiv (Niv m.fl., 2007; Hser m.fl., 2004; McLellan m fl., 1994) I föreliggande studie var inte regressionsanalys möjlig på grund av respondenternas antal. Dock är detta en möjlig påverkande faktor för skillnader i behandlingseffekt.

#### **4.2 Behandlingseffekt eller inte?**

Alla undersökningsdeltagare upplevde att deras drogberoende hade blivit mindre allvarligt under vård, en signifikant behandlingseffekt kunde konstateras som tyder på att finsk drogrehabilitering fungerar med avseende på drogberoende. Före en slutsats om effektiv vård dras är det ändå viktigt att undersöka alternativa förklaringar till resultatet.

I studier som mäter droganvändning påverkas resultaten av att droger är illegala och att drogberoende innebär ett socialt stigma som ”knarkare” (socialt sämre ställning på grund av drogberoende), vilket leder till underrapportering av användning av droger och drogrelaterade beteenden (Johnson m.fl., 2005; Morral , McCaffrey & Iguchi, 2000). Människor med drogberoende hamnar ut för mycket moraliserande diskurser och social kontroll av bland annat media, myndigheter och närstående människor (Room, 2005). Drogberoende är även förknippat med större sannolikhet att bli föremål för sanktioner på såväl samhälls- och individualnivå (Halmesmäki m.fl., 2007; Hammersley, 2011;). Tendenser att svara på ett socialt önskvärt sätt i frågeformulär är särskilt vanlig bland drogberoende personer (Johnson m.fl.,2005).

I föreliggande studie var sannolikheten för socialt önskvärda svar stor vid drogberoendeindex under vård. Trots att förfarandet beskyddade respondenternas anonymitet och det informerades om att studien inte påverkar vården kunde det uppstå situationer där respondenterna valde att svara socialt önskvärt. En av de betingande faktorerna var möjligtvis att personalen på plats tog hand om formulären. Detta kunde leda till att respondenterna inte ville rapportera bland annat droganvändning under

vård, rädsla att bli föremål för sanktioner. Andra orsaker till att svara socialt önskvärt kunde vara subjektiv vilja att bli bättre av vård, att samma fråga ställdes två gånger för före och under vård och att det därmed skapade ett tryck för att uttrycka förändring och att undvika känslor av personligt misslyckande eller frustration gentemot vården.

Att endast en av fyra tillfrågade personer valde att delta i forskningen är ett resultat som beskriver drogberoende personer som forskningspopulation i sig, men har även sannolikt påverkat resultatet. Man kan anta att personer som inte upplever nytta av sin vård eller avbrutit den inte deltagit och att denna studie därmed ger en för positiv bild av vårdens behandlingseffekt. Det är möjligt att de personer som förhållit sig positivt till att delta i en vetenskaplig studie även i allmänhet förhåller sig positivare till drogrehabiliteringen.

I föreliggande studie mättes drogberoende under vård, vilket inte ännu säger något om respondenternas prognos på lång sikt. Att tillfriskna ifrån blandmissbruk innebär en stor förändring; drogberoende innebär att återfall är en del av tillfrisknandet samtidigt som många kommer fram till att ”ett bekant helvete är bättre än en obekant framtid” (Ahtiala m.fl., 1998: s. 196).

### **4.3 Finsk drogrehabilitering – drogvård för kvinnor?**

Kvinnor kunde konstateras rapportera signifikant lägre drogberoende under vård än män. Beroendeindex under vård var för kvinnor under gränsen för kliniskt observerbart drogberoende, vilket antyder en klar förbättring. Även män rapporterade signifikant lägre beroende dock fortfarande över gränsvärdet; drogberoendet återstod. Denna studie innehöll inte moment som skulle klargjort vilka variabler denna könsskillnad beror på, så orsakssamband är omöjliga att fastställa. På basis av tidigare studier är det ändå möjligt att spekulera i bakgrunden till föreliggande studies resultat.

Enligt föreliggande studie var män yngre än kvinnor vid sin drogdebut, vilket även uppmärksammats i andra studier som en allmän företeelse (Hser m.fl., 2004). De kvinnliga respondenterna i denna studie sökte sig i allmänhet till vård i en yngre ålder än män och hade därmed en kortare period av blandmissbruk bakom sig. Kvinnornas drogberoende utvecklades snabbt under en period av ett år av experimentering, medan

mäns droganvändning upplevdes av dem själv som ett problem efter en period på fyra år. Att kvinnor drog större nytta av vården (eller åtminstone rapporterade detta) kan med andra ord ha samband med aspekter av deras ”blandmissbrukarkarriär”. DAST-indexet inte fångar, som längden av ”missbrukarkarriär” och antal och doser av substanser som de använt. På basis av denna hypotes skulle mäns drogberoende varit allvarligare före vård än kvinnors.

Många av de kvinnor som deltog var gravida eller var mödrar till små barn. Man har i tidigare studier funnit att detta livsskede är gynnsamt med tanke på drogrehabilitering, särskilt då det gäller kvinnor (Trulsson, 1999). Enligt en studie med ett stort urval ( $N = 7625$ ) av drogberoenden kvinnor i vård inledde dessa ofta sin vård på initiativ av sociala myndigheter och var mycket motiverade till ett förändrat missbruk för att få behålla vårdnaden om sina barn (Grella m.fl., 1999). Kvinnorna rapporterade ett behov av vård till skillnad från männen som oftast vårdades på initiativ av rättsväsende eller familjens önskan (Grella m.fl., 1999). Enligt kvalitativ forskning är kvinnor huvudansvariga för barn, hem och familj i missbrukarfamiljer i enlighet med traditionella normer, medan männen handhar ett ansvarsfyllt föräldraskap endast i fall där kvinnan är inkapabel att ta hand om barnen (Trulsson, 1999). Inre lokus för motivation och rädsla för socialväsendets sanktioner är en möjlig bidragande variabel till att kvinnor även i föreliggande studie rapporterade ett lägre drogberoende under vård än män.

Kvinnor och män har på kulturell och samhällelig nivå olika könsroller; det finns ”skript” (kulturellt skapade bilder och narrativ) för hur kvinnor och män borde vara (Hirdman, 1988). Kvinnor som lever med drogberoende beter sig ofta inte i enlighet med en normativ könsroll, eftersom det av kvinnor förväntas bland annat vara en central, varm figur i hemmet som kan kontrollera sina impulser och lever ett nyktert liv (Trulsson, 2003). Detta kan vara en av orsakerna till att drogberoende kvinnor väcker starka reaktioner i sin omgivning (Trulsson m.fl., 2008). Kvinnors drogberoende hänger ofta samman med ensamhet och bristande sociala nätverk (Hser, Evans & Huang, 2005; Grella m.fl., 1999). Emot dessa studier vore det sannolikt att kvinnor i föreliggande studie svarade mera socialt önskvärt än män i situationer som kunde innebära misstroende eller besvikelser i relationer, till exempel i förhållande till



personal i drogrehabilitering. Därav är det osäkert huruvida det fanns en ”verklig” könsskillnad i behandlingseffekten.

Om de manliga respondenterna i föreliggande studie beskrivs i ljuset av Byqvists kategorisering (1998) verkar åtminstone två typer av män finnas representerade bland respondenterna: en grupp som inleder sitt missbruk med cannabisrökning, fortsätter med opiater och sedan övergår till intravenös användning av stimulantia och en grupp män som tidigt inleder sitt drogbruk och har traumatisk uppväxt. Huruvida det rör sig om två skilda grupper var inte möjligt att klargöra med hjälp av faktoranalys på grund av urvalets storlek. Dock kan skillnaden i behandlingseffekt mellan könen även ha sin bakgrund i att männen som beskrivits ovan hade i större utsträckning obearbetade psykosociala utvecklingsprocesser, en vardag vars rutin innehållit länge droger och kriminalitet samt traumatiska uppväxtförhållanden.

#### **4.4 Psykiska sjukdomars samband med behandlingseffekt**

Mera än två av tre respondenter i föreliggande studie rapporterade successiv komorbiditet, då motsvarande siffra i befolkningen i genomsnitt är en av tre personer. Detta innebär att studiens hypotes (1.) bekräftades. Inga uppgifter fanns att tillgå om simultan komorbiditet.

Personer som i föreliggande studie rapporterade att de någon gång insjuknat i psykos hade signifikant sämre prognos för utvecklingen av drogberoende. Det finns i dagens läge stöd för hypotesen att kronisk användning av stimulantia (amfetamin, kokain) eller cannabis kan orsaka psykos på organisk väg hos personer utan tidigare psykiatriska symptom (Moncrieff, 2009; Batki & Harris, 2004; Harris & Batki, 2000). På basis av dessa studier skiljer sig en amfetaminpsykos ifrån en schizofrenpsykos gällande sjukdomsförloppet. Amfetaminpsykos tenderar enligt en del forskare att innehålla starka ångestskov, hypersexualitet och visuella hallucinationer snarare än vanföreställningar och tankestörning (Harris m.fl., 2000). Dock råder en oenighet mellan forskare och det finns även studier som ifrågasätter distinktionen mellan organisk- och schizofren psykos (Moncrieff, 2009).

Det är omöjligt att fastställa vilken typ av psykos respondenterna i denna studie insjuknat i eller om de haft bägge former, trots detta belyser studierna ovan erhållet

resultat. Personer som haft en organiskt inducerad psykos har sannolikt ett allvarligare drogberoende än forskningspopulationen överlag med tanke på storlek av amfetamindos eller längd av ”blandmissbrukarkarriär” eftersom psykoser förorsakades av kronisk användning; DAST indexet diskriminerade inte kvalitativa skillnader som dessa. Överlag kan drogberoendets komorbiditet med allvarliga psykiatriska sjukdomar som psykos ses som en utmaning för drogrehabilitering, eftersom dessa patienter är i behov av längre och intensivare vård och trots insatser ofta har ett allvarligare beroendeförlopp (THL, 2010). Personer med psykos och drogberoende kan behöva specialskjövård, vilket kan vara en bidragande faktor till en lägre behandlingseffekt i drogrehabilitering.

Personer som rapporterade fobisk ångeststörning i föreliggande studie hade även en större sannolikhet att ha ett allvarligare drogberoende under vård. Ångestsyndromens samband med drogberoende var vid skrivandet av denna avhandling ett nytt forskningsämne med fåtal studier (Merikangas m.fl., 1996). Enligt två undersökningar i USA och Kanada ( $N = 5877$  USA,  $N = 8116$  Kanada) är social fobi och andra specifika fobier som utvecklas i barndomen förknippade med senare drogbruk. Forskarna tänkte sig att droganvändning fungerade som en strategi för att undkomma känslor av panik och ångest i obehagliga situationer (Sareen, Chartier, Paulus & Stein, 2006). I föreliggande studie kunde detta innebära att personer med fobier ersatte droganvändning under vård med andra ”undvikande” strategier för att slippa känna ångest, men att dessa inte fungerade lika väl och att beroendet därmed återstod. Dock är det helt möjligt att det rör sig om en helt annan variabel en ”tredje faktor” som skapade sambandet mellan fobi och behandlingseffekt.

Till skillnad från psykos och fobi ökade bipolär sjukdom sannolikheten för en starkare behandlingseffekt under vård bland respondenterna i denna studie. Dock kan inte långtgående slutsatser dras eftersom det handlade om så få respondenter ( $n = 2$ ). Möjligen var detta en följd av medicinering, psykosocialt stöd och en mera rutinerad vardag i och med vård.

#### **4.5 Användningsprofil och behandlingseffekt**

Att respondenterna uppfattar de ställda frågorna som de är avsedda är inte en självklarhet vid ifyllandet av självrapporteringsformulär som mäter droganvändning

(Johnson m.fl., 2005). Begrepp för droger varierar inom subkulturer och det kan uppstå missförstånd på grund av skiljaktigheter i de ord man använder för en viss drog (Ouelett, Cagle & Fisher, 1997). Denna risk var särskilt stor vid kartläggning av användningsprofil av droger.

Åtta av tio respondenter rapporterade att de använde dagligen amfetamin, buprenorfin och bensodiazepiner, medan nio av tio respondenter använde samtliga substanser och cannabis varje vecka. Detta gav en inblick i en allmänt förekommande användningsprofil med tid och kombination som referensram. Amfetamins effekt har beskrivits av drogberoende personer som en upplevelse av välbehag och ett ”uppskruvat” tillstånd där man inte är rädd för att hamna i konflikter (Ahtiala m.fl., 1998). Då ett beroende utvecklats är ångest, snabba förändringar i känsloläge och sömnproblem vanligt, vilket ofta självmedicineras med bensodiazepiner eller buprenorfin. Människor som är beroende av cannabis använder ofta amfetamin för att medicinera denapati cannabisanvändning på lång sikt åstadkommer (Ahtiala m.fl., 1998). Med andra ord kan respondenternas användningsprofil i föreliggande studie beskrivas som ett ständigt pågående cykliskt medicinande av de negativa konsekvenser beroende av multipla droger åstadkommer; ett abstinensstillstånd som kunde beskrivas som ett självskadande och eskalerande ekorrhjul.

I föreliggande studie fann vi stöd för att valet av substans hade betydelse för initial behandlingseffekt, vilket innebar att den formulerade hypotesen fick stöd (2.). De respondenter som någon gång under sitt liv använt barbiturater utan läkarordination för berusningssyfte (receptbelagd depressionsmedicin) hade ett lägre drogberoende under vård. Detta resultat är sannolikt en följd av så kallad ”tredjefaktors”- samband, eftersom majoriteten av deltagarna rapporterade barbituratupplevelser. Det är inte långsökt att spekulera i huruvida personer som använt barbiturat ursprungligen varit deprimerade och upplevt en förbättring av även det affektiva syndromet under drog rehabilitering.

De respondenter som någon gång använt substansen kath (kallas bl.a. ”naturligt amfetamin” och består av blad som tuggas) hade signifikant sämre behandlingseffekt. Användningsprofilen för dem som använt kath verkade på basis av resultaten vara skild ifrån den frekvent förekommande kombinationen (THL, 2010; föreliggande

studie): amfetamin, buprenorfin, bensodiazepin och cannabis. De som använde kath hade större sannolikhet att även rapportera att de använt meskalin, anabola steroider, alkylnitrit och ketamin. Detta kan innebära att drogrehabiliteringen fungerar initialt (minskar drogberoende) för dem med ”vanlig” användningsprofil, medan personer med kombination av ovanligare droger under sin missbrukarkarriär var i behov av en annan vård än den de fick.

#### **4.6 Personlighet och abstinens**

Bland dem som deltog i föreliggande studie varierade personlighetstestets resultat för personlighetsfaktorerna och grundskalorna mycket, vilket innebär att deltagarna inte kunde anses ha en gemensam personlighetsprofil som skulle särskilja en ”beroende personlighet”. Med tanke på variansen av resultaten i personlighetsundersökningen var det ingalunda förvånande att inte personlighetsfaktorer eller grundskalor hade samband med behandlingseffekten, eftersom det skulle ha krävts ett mycket större forskningsurval för att bilda grupper av personlighetstyper (som i sin tur möjligtvis skulle ha samband med behandlingseffekt). Det fanns inte stöd för hypotesen om att personlighetsdrag som öppenhet och ansvarsfullhet (3.) skulle ha samband med ett minskat drogberoende under vård i jämförelse med de som hade låga poäng på samma skala.

Det erhållna resultatet antyder att personer som lider av drogberoende inte skiljer sig ifrån den finska befolkningen i genomsnitt, att blandmissbrukare är individer med individuella behov. Dock kan resultatet ha flera felkällor och behöver granskas kritiskt särskilt på grund av att antalet deltagare var lågt och för att det inte kontrollerades för hur länge deltagarna varit nyktra. Resultatet av en personlighetsundersökning kan variera i en drogberoende population på grund av de effekter långvarig användning av droger har på personlighet och kognitiv förmåga (Adinoff, 2004 ; Bovasso, 2001; de Wit 2008).

Bland stimulantia och cannabisberoende personer har man funnit ett samband mellan sinnestämning under avvänjning av droger och anhedoni (Bovasso, 2001; Miller, Summers & Gold, 1993). Personer i drogrehabilitering kan misstolkas som deprimerade eller innehavare av ett anhedonistiskt personlighetsdrag då de upplever svårigheter att känna tillfredsställelse i tillvaron, då det sannolikt handlar om ett

abstinenssymptom. Även irritabilitet, ångest och orolighet har kopplats till abstinens och kan vara från en vecka till sex månader efter att man slutat missbruka en substans (Huttunen, 2010). Detta kan i denna studie lett till resultat som antydde bland annat känslighet för negativa känslor, svårigheter att kontrollera beteende och social isolering hos personer som inte led av en varaktig tendens utan snarare abstinens.

Det är inte långsökt att spekulera kring huruvida PK5 inte fångar de förändringar i personlighet, som ofta uppstår på grund av drogberoende. Studier pekar på att drogberoendet framför allt skapar en kompulsion med neurokognitiva förändringar i hjärnans funktion och struktur, som påverkar beslutsfattningsprocess och en persons förmåga att kontrollera sitt beteende och stå emot impulser (Adinoff, 2004). Dessa exekutiva funktioner är viktiga med tanke på en persons funktions- och sociala förmåga men finns endast indirekt med i instrumentet och mättes inte i denna studie. Med kvalitativ intervju vid sidan om av personlighetsundersökningen eller observation av undersökningstillfället kunde denna komponent ha kontrollerats. Kombinerad metodik med frågeformulär och kvalitativ standardiserad observation vore med tanke på framtida studier en produktiv informationsinsamlingsstrategi.

#### **4.7 Metodologiska synpunkter**

För att kunna peka på att en vårdmetod eller behandling är evidensbaserad krävs studier med kontrollerad design (Meinert & Tonascia, 1986). Avsaknaden av en kontrollgrupp var den största bristen i denna studie. Att utföra samma mätning med dem som var i kö till drogrehabilitering skulle ha gett en tydligare bild av huruvida förändringar i drogberoende hade samband med behandlingen eller om det rörde sig om annan fluktuering i beroende (jämförelse drogberoende personer som får vård/ drogberoende personer i kö). Det hade även varit intressant att jämföra de drogberoende personerna med friska kontroller, som hade samma utbildningsgrad för att se om det fanns en skillnad i personlighet. Trots tagna initiativ var en kontrollgrupp ändå svår att rekrytera och jämförelsen uteblev.

Till denna studies förtjänster kunde räknas instrumentet som bestod av standardiserade och reliabla skalor. Trots att frågeformuläret ur analysmetodologiskt perspektiv var fungerande gavs det ändå respons från vårdenheterna att instrumentet i kvalitativt avseende med tanke på gruppen som undersöktes var för långt. De som

deltog i undersökningen hade svårt att koncentrera sig och fann särskilt personlighetstestet för arbetsdrygt. Några viktiga variabler blev okontrollerade som bland annat hur länge respondenterna varit i vård, när de senast använt droger och ifall de var i substitutionsbehandling. Dessa skulle ha gett intressant tilläggsinformation och gjort analysen mera nyanserad. Att utföra en personlighetstestning utan att kontrollera abstinensid var inte igenomtänkt.

Att svara på forskningsfrågan ”vem som drar nytta av finsk drog rehabilitering” är inte ändamålsenligt på basis av 42 respondenters svar, men studien gav ändå vissa synpunkter och ledtrådar för nya forskning i tangerande ämnen. Det vore viktigt att genomföra mätningar i olika skeden av drog rehabilitering för att få mera kunskap om drogberoendet som process. Med denna kunskap skulle evaluering av vårdmotivation vara lättare innan en vårdintervention och i vårdens olika faser. En stor resurs i denna studie var ändå att så många kvinnor med drogberoende valde att delta; en omständighet som är ovanlig både nationellt och internationellt.

## 5 LITTERATURFÖRTECKNING

- Aalto, M., Tuunanen, M., Sillanaukee, P., & Seppä, K. (2006). Effectiveness of Structured Questionnaires for Screening Heavy Drinking in Middle-Aged Women. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30 (11), 1884–1888.
- Adinoff, B. (2004). Neurobiologic Processes in Drug Reward and Addiction. *Harvard Review of Psychiatry*, 12 (6), 305-320.
- Ahtiala, P. & Ruohonen, K. (1998). ”Se oli sitä koko elämä” – kokemuksia ja näkemyksiä huumerippuvuudesta. Helsingfors: Kirjayhtymä, 9-90 och 96-126.
- A-klinikstiftelsen (2010). <http://www.a-klinikka.fi/hoitopalvelut> (läst 2.5.2010)
- Alterman, A.I., Randall, M., & McLellan, A.T. (2000). Comparisons of outcomes by gender and for fee-for-service versus managed care: a study of nine community programs. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19 (2), 127–134.
- Amato, L., Davoli, M., Vecchi, S., Ali, R., Farell, M., Faggiano, F., Foxcroft, D., Ling, W., Minozzi, S., & Chengzheng, Z. (2011). Cochrane systematic reviews in the field of addiction: What’s there and what should be? *Drug and alcohol dependence*, 133, 96-103.
- American Psychiatric Association [APA] (2000). *DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fjärde upplagan. Washington, DC: APA.
- Arponen, A., Brummer-Korvenkontio H., Liitsola, K., & Salminen, M. (2008). *Luottamus ja vapaaehtoisuus terveysneuvontapiste toiminnan onnistumisen edellytyksinä. Poikkitieteellinen arviointitutkimus ruiskuhuumeiden käyttäjien terveysneuvonnan vaikuttavuudesta tartuntatautien ehkäisyssä ja torjunnassa*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B15/2008. Helsingfors: THL.

Babor, T.F., de la Fuente, J.R., Saunders, J., & Grant, M. (1992). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care*. WHO/PSA/92.4. Geneva: WHO.

Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., & Monteiro, M.G. (2001) *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care*, Andra upplagan, WHO/MSD/MSB/01. Geneva: WHO.

Batki, S.L., & Harris, D.S. (2004). Quantitative drug levels in stimulant psychosis: relationship to symptom severity, catecholamines and hyperkinesia. *American Journal of Addiction*, 13, 461–470.

Berner, M., Kriston, L., Bentelee, M., & Harter, M. (2007). The alcohol use disorders identification test for detecting at-risk drinking: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68, 3, 461-473.

Bolla, K.I., McCann, U.D., & Ricurte, G.A. (1998). Memory impairment in abstinent MDMA (“Ecstasy”) users. *Neurology*, 51, 1532–1537.

Bovasso, G.B. (2001). Cannabis abuse as a risk factor for depressive symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 158, 2033-2037.

Bowling, N.A., Beehr, T.A., & Swader, W.M. (2005). Giving and receiving social support at work: The roles of personality and reciprocity. *Journal of Vocational Behavior*, 67, 3, 476-489.

Byqvist, S. (2006). Patterns of Drug Use Among Drug Misusers in Sweden. Gender Differences. *Substance Use & Misuse*, 41 (13), 1817-1835.

Byqvist, S. (1999a). Criminality among female drug abusers. *Journal of Psychoactive Drugs*, 31 (4), 353-362.

Byqvist, S. (1999b). Polydrug misuse patterns in Sweden. Genderdifferences. *Substance use and Misuse*, 34 (2), 195-216.



Byqvist, S. (1998). Male drug abuse, criminality and subcultural affiliation in a career perspective. *Journal of Psychoactive Drugs*, 30 (1), 53-68.

Carlezon, W.A., & Wise, R.A. (1996). Rewarding actions of phenycyclidine and related drugs in nucleus accubens shell and frontal cortex. *Journal of Neuroscience*, 16, 3112-3122.

Cerda, M., Sagdeo, A., Johnson, J., & Galea, S. (2010). Genetic and environmental influences on psychiatric comorbidity: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 126, 14-38.

Compton, W.M., Thomas, Y.F., Stinson, F.S., & Grant, B.F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry*, 64, 566-576.

Degenhardt, L., Hall, W., & Lynskey, M. (2003). Chapter 2, What is comorbidity and why does it occur? I: Teesson, M., Proudfoot, H. (2003). *Comorbid mental disorders and substance use disorders: epidemiology, prevention and treatment*. National Drug and Alcohol Research Centre. Sydney: University of New South Wales Sydney, 11-25.

[http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/D588E61C48428185CA256F1900044A02/\\$File/ch2.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/D588E61C48428185CA256F1900044A02/$File/ch2.pdf) (läst 13.9.2011)

DiChiara, G.A. (1998). A motivational learning hypothesis of the role of mesolimbic dopamine in compulsive drug use. *Journal of Psychopharmacology*, 12, 54-67.

Doran, C.M. (2008). Economic Evaluation of Interventions to Treat Opiate Dependence A Review of the Evidence. *Pharmacoeconomics*, 26 (5), 371-393.

Duodecim (2006). Käypä hoito suositus huumeongelmaisten hoitoon. Suomalainen lääkäriseura Duodecim ja päihdelääketieteen yhdistys. *Duodecim* 122 (5), 596–614. <Http://www.kaypahoito.fi/xmedia/extra/hoi/hoi50041.pdf> ( 3.9.2011) .

Etter, J.F., Duc, T.V., & Perneger, T.V. (1999). Validity of the Fagerström test for nicotine dependence and of the Heaviness of Smoking Index among relatively light smokers. *Addiction*, 94 (2), 269-281.

European Monitoring Centre for Drugs and Drugaddiction [EMCDDA] (2011). Problem Drug Use. *Statistical Bulletin*, <http://www.emcdda.europa.eu/stats11/pdu> (läst 30.10.2011).

Everitt B.S., & Dunn G. (1991). *Applied Multivariate Data Analysis*. London: EA, 219-220.

Fagerström, K.O., & Schneider, N.G. (1989). Measuring nicotine dependence: A review of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*, 12, 159-182.

Farell, M., Howes, S., Bebbington, P., Brugha, T., Jenkins, R., Lewis, G., m.fl., (2001). Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. Results of a national household survey. *British Journal of Psychiatry*, 179, 432-437.

Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (1997). Early onset cannabis use and psychosocial adjustment in young adults. *Addiction*, 92 (3), 279-296.

Friedman, W.J. (1993). Memory for the time of past events. *Psychological Bulletin*, 113, 44-66.

Förbundet för mödra och skyddshems rf. (finska *Ensi- ja turvakotien liitto ry.*) (2010). <http://www.ensijaturvakotienliitto.fi/tyomuodot/pidakiinni/> (läst 2.5.2010)

Gerstein, D.R., & Johnson, R.A. (2000). Characteristics, services, and outcomes of treatment for women. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 22 (4), 325-338.

Goldberg, L.R. (1990). An Alternative "Description of Personality": The Big-Five Factor Structure. *Journal of personality and social psychology*, 59 (6), 1216 -1229.

Goldberg, L.R. (1992). The development of markers for the big-five factor structure. *Psychological Assessment*, 4, 26-42.

de Graaf, R., Bijl, R., Smit, F., Vollenbergh, W.A., & Spijker J. (2002). Risk factors for 12-month comorbidity of mood, anxiety and substance use disorders: findings from Netherlands Mental Health Survey and Incidence study. *American Journal of Psychiatry*, 159, 620-629.

Grella, C.E., & Joshi, V. (1999). Gender differences in drug treatment careers among clients in the National Drug Abuse Treatment Outcome Study. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25 (3), 385–406.

Grella, C. E., Scott, C. K., Foss, M. A., Joshi, V., & Hser, Y. (2003). Gender differences in drug treatment outcomes among participants in the Chicago Target Cities Study. *Evaluation and Program Planning*, 26, 3, 297-310.

Hakkarainen, P., & Metso, L. (2009). Joint use of drugs and alcohol. *European Addiction Research*, 15 (2), 113-120.

Hall, W., & Degenhardt, L. (2009). The adverse health effects of nonmedical cannabis use. *Lancet*, 374, 1383-91.

Hall, W., & Degenhardt, L. (2000). Cannabis use and psychosis: A review of clinical and epidemiological evidence. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 26–34.

Halmesmäki, S., Kahila, H., Keski-Kohtamäki, R., Iisakka, T., Bäckmark-Lindqvist, G. & Hauk-kamaa, M. (2007). Raskaana olevan päihdeongelmaisen naisen hoito. Helsingin mallin kuvaus ja kokemukset 312 potilaan aineistosta. *Suomen Lääkärilehti*, 62 (11), 1151–1154.

Hammersley, R. (2011). Pathways through drugs and crime: Desistance, trauma and resilience. *Journal of Criminal Justice*, 39 (3), 268-272.

Harris, D., & Batki, S.L. (2000). Stimulant psychosis: symptom profile and acute clinical course. *American Journal of Addiction*, 9, 28–37.

Haworth, J. (1995). *Psychological Research: Innovative Methods and Strategies*. Florens: Routledge.

Heatherton, T.F., Koslowski, L.T., Frecker, R.C., & Fagerström, K.O. (1991). The Fagerstorm Test for Nicotine Dependence: A revision of the Fagerstrom Tolerance Questionnaire. *British Journal of Addiction*, 86, 1119- 1127.

Hirdman, Y. (1988) "Genussystemet - Reflektioner kring kvinnors sociala underordning". *Kvinnovetenskaplig tidskrift*, 3, 49-63.

Hser, Y.I., Evans, E., & Huang, Y-C. (2005). Treatment outcomes among women and men methamphetamine abusers in California. *Journal of Substance Abuse Treatment* 28, 77–85.

Hser, Y.I., Huang, Y.C., Teruya, C., & Anglin, D.M. (2004). Gender differences in treatment outcomes over a 3-year period: a path model analysis. *Journal of Drug Issues*, 34 (2), 419–440.

Huttunen, M. (2010). Vieroitusoireyhtymät. *Lääkärikirja Duodecim*: dlk00551 (019.251). [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00551](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00551) (läst 1.11.2011).

Johnson, T., & Fendrich, M. (2005). Modeling Sources of Self-report Bias in a Survey of Drug Use Epidemiology. *Annals of Epidemiology*, 15, 381–389.

Institutet för hälsa och välfärd [THL] (2010). Forsell, M., Virtanen, A., Jääskeläinen, M., Alho, H., & Partanen A. (2010). *Huumetilanne Suomessa 2010: Uusin tieto, uusimmat kehityssuuntauokset ja erityisteemat huumeista. THL:n huumevuosisirapportti EMCDDA:lle*. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/979ec427-0e86-4a05-84ba-21cef2c40200> (läst 2.9.2011)

Ives, R., & Ghelani P. (2006). Polydrug use: a brief review (the use of drugs in combination). *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 13 (3), 225-232.

Kessler R.C., Chiu W.T., Demler, O., Merikangas K.R., & Walters E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.

Kessler, R.C., Wang P.S. (2008). The Descriptive Epidemiology of Commonly Occurring Mental Disorders in the United States: Annual Review. *Public Health*, 29, 115–29.  
<http://www02.homepage.villanova.edu/michael.j.mason/Psych%20Epi%20Review.pdf> (läst 13.9.2011)

Khantzian, E. J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142 (11), 1259–1264.

Kornør, G., & Nordvik, H. (2007). Five-factor model personality traits in opioid dependence. *BMC Psychiatry*, 7, 37.

Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., & Watson, D. (2010). Linking “Big” Personality Traits to Anxiety, Depressive, and Substance Use Disorders: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 136 (5), 768–821.

Kranzler, H., & Li, T. (2008). What is addiction? *Alcohol Research & Health*, 31 (92), 93-95.

Lalander, P. (2001) *Hela världen är din*. Lund: Studentlitteratur.

Lengua, L. J., Sandler, I. N., West, S. G., Wolchik, S. A., & Curran P. J. (1999). Emotional and self regulation, threat appraisal, and coping in children of divorce. *Development and Psychopathology*, 11, 15–37.

McLellan, T., Alterman, A.I., Metzger, D., Grissom, G., Woody, G., Luborsky, L., & O'Brien, C. (1994). Similarity of Outcome Predictors Across Opiate, Cocaine and Alcohol Treatments: Role of treatment services. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 62 (6), 1141-1158.

McCrae, R. R., & John, O. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, 60, 2, 174-214.

Meinert, C. M., & Tonascia, S. (1986). *Clinical Trials: conduct, and analysis*. New York: Oxford University Press.

de Meneses-Gaya,C., Zuardi, A.W., Loureiro, S.R., & Crippa, J.A. (2009). Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): An updated systematic review of psychometric properties. *Psychology & Neuroscience*, 2, 1, 83 - 97.

Merikangas, K.R., Angst, J., Eaton,W.W., Canino, G., Rubio-Stipeck, M.,Wacker, H., Wittchen, H-U., Andrade, L., Essau, C., Whitaker, A., Kraemer, H., Robins L.N., & Kupfer, D.J. (1996). Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorders and substance misuse: results of an international task force. *British Journal of Psychiatry*, 168, 58–67.

Miller, N.S., Summers, G.L., & Gold, M.S. (1993). Cocaine dependence: Alcohol and other drug dependence and withdrawal characteristics. *Journal of Addictive Diseases*, 12, 1, 25-35.

Moncrieff, J. (2009). A Critique of the Dopamine Hypothesis of Schizophrenia and Psychosis. *Harvard Review of Psychiatry*, 17 (3), 214-225.

Morgan, M.J. (1999). Memory deficits associated with recreational use of “ecstasy” (MDMA). *Psychopharmacology*, 141, 30–36.

Morrall, A.R., McCaffrey, D., & Iguchi, M.Y. (2000). Hardcore drug users claim to be occasional users: Drug use frequency underreporting. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 193-202.

Mueser, K. T., Drake, R. E., & Wallach, M. A. (1998). Dual diagnosis: a review of etiological theories. *Addictive Behaviors*, 23 (6), 717-734.

Nelson-Zlupko, L., Dore, M.M., Kaufman, E., & Kaltenbach, K. (1996). Women in recovery: Their perceptions of treatment effectiveness. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13 (1), 51-59.

Niv, N., & Hser, Y. (2007). Women-only and mixed-gender drug abuse treatment programs: Service needs, utilization and outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 87, 2-3, 194-201.

Ouelett, L.J., Cagle, H.H., & Fisher, D.G. (1997). “Crack” versus “rock” cocaine: The importance of local nomenclature in drug research and education. *Contemporary Drug Problems*, 24, 219–237.

von der Pahlen, B., Santtila, P., Witting, K., Varjonen, M., Jern, P., Johansson, A., & Sandnabba, K. (2008). Factor structure of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) for men and women in different age groups. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 69 (4), 616-621.

Parrott, A.C., Lees, A., Garnham N.J., Jones M., & Wesnes K. (1998). Cognitive performance in recreational users of M DMA or “ecstasy”: Evidence for memory deficits. *Journal of Psychopharmacology*, 12, 79–83.

Partanen, P., Hakkarainen, P., Hankilanoja, A., Kuussaari, K., Rönkä, S., Salminen, M., Seppälä, T. & Virtanen, A. (2007). Amfetamiinien ja opiaattien ongelma- käytön yleisyys Suomessa 2005. *Yhteiskuntapolitiikka*, 72 (5), 553–561.

Psykologien kustannus (2007). *PK 5- persoonallisuustestin käsikirja*. Helsinki: Psykologien kustannus Oy.

de Raad, B., & Perguini, M. (2002). *Big five assessment*. Göttingen: Hogrefe & Huber Publishers.

Reinert, D.F., & Allen, J.P. (2002). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): A review of recent research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26, 272-279.

Room, R. (2005). Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug and Alcohol Review*, 24, 143-155.

Saarnio, P., & Knuutila, V (2008). Readiness to Change Profiles in Two Different Groups of Alcohol/Other Drug Abusers in the United States and Finland. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 26 (3), 333–346.

Sareen, J., Chartier, M., Paulus, M.P., & Stein, M.B. (2006). Illicit drug use and anxiety disorders: Findings from two community surveys. *Psychiatry Research* 142 (1), 11-17.

Skinner, H. A. (1982). The Drug Abuse Screening Test. *Addictive Behavior*, 7, 363-371.

Sterk, C. (1999). *Fast lives: Women Who Use Crack Cocaine*. Philadelphia: Temple University Press.

Teesson, M., Hall, W., Lynskey, M., & Degenhardt, L. (2000). Alcohol- and drug-use disorders in Australia: implications of the National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 34 (2), 206-213.

Thomson, M., & Petrovic, M. (2009). Gendered Transitions: Within-Person Changes in Employment, Family, and Illicit Drug Use. *Journal of Research in Crime and*



*Delinquency*, 46 (3), 377-408.

Trulsson, K., & Segraeus, V. (2008). *Kvinno- och barnperspektiv på insatser inom missbruks- och beroendevården*. Forskningsbilaga till slutbetänkande från missbruksutredningen S 2008:04

<http://www.naturbruk.nu/upload/SOU-Kvinno-barnperspektiv%20slut.pdf> (läst 30.9.2011)

Trulsson, K. (2003) "Masculine and feminine in a melting pot – A gendered perspective on substance abuse" *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift*, 20, 5-19.

Trulsson, K. (1999) "Motherhood and drug abuse" *Nordisk Alkohol- & Narkotikatidskrift*, 16 (6), 6-11.

United Nations Office on Drugs and Crime [UNDOC] (2011). *World Drug Report 2011*.

<http://www.unodc.org/documents/dataandanalysis/WDR2011/WorldDrugReport2011ebook.pdf> (läst 7.9.2011)

Vollrath, M. (2001). Personality and stress. *Scandinavian Journal of Psychology*, 42, 4, 335-347.

Väyrynen, S. (2007). Usvametsän neidot. Tutkimus nuorten naisten elämästä huumeekuvioissa. *Acta Universitas Lapensis*, 118. Rovaniemi: Lapin yliopisto.

Världshälsoorganisationen [WHO] (2007). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Tionde upplagan. Geneve: WHO.

<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/> (läst 6.9.2011)

Världshälsoorganisationen [WHO] (2004a). *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence*. Albany: WHO. 1-19 och 43-125.

Världshälsoorganisationen [WHO] (2004b). Ezzati, M., Lopez, A., Rodgers, A., & Murray C. (2004). Comparative Quantification of Health Risks Global and Regional

Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors. 1: kap. 13.  
[http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241580348\\_eng\\_Volume1.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241580348_eng_Volume1.pdf) (läst  
12.9.2011)

de Wit, H. (2008). Review: Impulsivity as a determinant and consequence of drug  
use: a review of underlying processes. *Addiction Biology*, 14, 1, 22-3.

Yudko, E., Lozhkina, L., & Fouts, A. (2007). A comprehensive review of the  
psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test. *Journal of Substance  
Abuse Treatment* 32, 189–198.

## Bilaga 1

### Informationsbrev

#### **Tietoa tutkimuksesta**

Tämän tutkimuksen tarkoitus on tarkastella huumeiden sekakäytön ja psyykkisten muuttujien yhteyttä. Tutkimukseen voivat osallistua suomenkieliset 18-40-vuotiaat henkilöt, joilla on huumeiden sekakäyttötaustaa.

Osallistut tutkimukseen täyttämällä suostumuslomakkeen sekä vastaamalla kyselylomakkeeseen jonka täyttö kestää noin tunnin. Lomakkeen kysymykset koskevat mm. omia luonteenpiirteitä ja päihteiden käyttöä. Itse lomakkeen täyttö tapahtuu nimettömänä. Kaikki lomakkeet käsitellään vaitiolovelvollisuuden alaisena.

Tutkimus lähti liikkeelle keväällä 2009. Projektin ajatuksena on saada lisää tietoa huumeiden sekakäyttäjistä, jotta hoitoa voitaisiin kehittää ja täsmentää.

Tutkimuksen aloitteentekijä Åbo Akademin psykologian laitos toimii yhteistyössä Ensi- ja turvakotien liito ry:n sekä A-klinikka säätiön kanssa.

Projektin vetäjänä toimii Anna Toivonen, joka julkaisee tutkimuksen tulokset pro gradu-työssään. Sovelletun psykologian professori sekä erikoistutkija Bettina von der Pahlen Åbo Akademin psykologian laitokselta toimii tutkimuksen ohjaajana.

Anna Toivonen

[antoivon@abo.fi](mailto:antoivon@abo.fi)

02-2154406/ kanslia

Bettina von der Pahlen

[bpahlen@abo.fi](mailto:bpahlen@abo.fi)

02-2154408

## Bilaga2

### Samtycke

#### **Suostumus**

Olen saanut tietoa tutkimuksesta ja haluan osallistua siihen. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista, eikä kieltäytyminen vaikuta oikeuteen saada hoitoa tai muita tarvitsemiani palveluja. Tiedän, että minulla on oikeus kieltäytyä tutkimuksesta tai keskeyttää osallistuminen ilman erillisiä perusteluja. Tietoni käsitellään vaitiolovelvollisuuden alaisena. Tulokset raportoidaan niin, ettei niistä voi tunnistaa yksittäistä vastaajaa. Tutkimuksen tulokset julkaistaan Åbo Akademin toimesta.

Vakuutan että vastaukseni ovat todenmukaisia

---

Pvm ja paikkakunta

Allekirjoitus

## Bilaga 3

## Instrumentet

**I. Perustietoa**

Seuraavat kysymykset koskevat tämänhetkistä elämäntilannettasi. Vastaa merkitsemällä yksi vaihtoehto jokaisen kysymyksen kohdalla. Kysymyksiä on paperin molemmilla puolilla. Kiitos osallistumisestasi!

**1. Sukupuoli**

- nainen
- mies

**2. Ikä**

- 18-21 vuotta
- 22-26 vuotta
- 27-32 vuotta
- 33-39 vuotta
- ≥40 vuotta

**3. Paikkakunta**

- olen kirjoilla pienellä paikkakunnalla (asukasluku pienempi kuin 50 000 henkilöä)
- olen kirjoilla suurella paikkakunnalla (asukasluku suurempi kuin 50 000 henkilöä)

**4. Asuminen**

-jos mahdollisia lapsia ei lasketa-

- asun vanhempieni luona
  - asun yksin
  - asun puolisoni kanssa
  - asun ensikodissa
  - olen asunoton
- KIITOS!

KÄÄNNÄ PAPERIA,

**5. Koulutus**

-jonka olet tähän päivään mennessä suorittanut-

- olen keskeyttänyt peruskoulun
- peruskoulu
- toisen asteen tutkinto (esim ammattillinen- puuseppä, kampaaja, merkonomi jne.)
- ylioppilas
- kolmannen asteen tutkinto (yliopisto tai amk esim- sairaanhoitaja, insinööri, opettaja)

**5. Parisuhdetilanne**

- olen yksin
- olen parisuhteessa

**6. Onko sinulla lapsia?**

- minulla ei ole lapsia (hyppää kysymyksien 7-8 yli)
- 1 lapsi
- 2 lasta
- 3 lasta
- 4 tai enemmän

**7. Onko lapsesi huostaanotettu väliaikaisesti?**

- ei
- kyllä, 1 lapseni on huostaanotettu väliaikaisesti
- kyllä, 2 lastani on huostaanotettu väliaikaisesti
- kyllä, 3 lastani on huostaanotettu väliaikaisesti
- kyllä, 4 tai enemmän lastani on huostaanotettu väliaikaisesti

### 8. Onko lapsesi huostaanotettu pysyvästi?

- ei
- kyllä, 1 lapseni on huostaanotettu pysyvästi
- kyllä, 2 lastani on huostaanotettu pysyvästi
- kyllä, 3 lastani on huostaanotettu pysyvästi
- kyllä, 4 tai enemmän lastani on huostaanotettu pysyvästi

### 9. Käyttääkö/käyttikö äitisi päihteitä?

- ei koskaan
- noin kerran kuussa tai harvemmin
- 2-4 kertaa kuussa
- 2-3 kertaa viikossa
- 4 kertaa viikossa tai useammin

### 10. Käyttääkö/käyttikö isäsi päihteitä?

- ei koskaan
- noin kerran kuussa tai harvemmin
- 2-4 kertaa kuussa
- 2-3 kertaa viikossa
- 4 kertaa viikossa tai useammin

### 11. Onko sinulla ystäviä?

- minulla ei ole ystäviä
- minulla on yksi hyvä ystävä
- minulla on kaksi hyvää ystävää
- minulla on kolme tai useampia hyviä ystäviä

### 12. Tunnetko olosi yksinäiseksi?

- en ole yksinäinen
- oloni on harvoin yksinäinen
- jonain päivinä olen yksinäinen/jonain en
- oloni on usein yksinäinen
- oloni on suurimmaksi osaksi aikaa yksinäinen

### 13. Onko sinut tuomittu rikoksista?

-ympyröi yksi vastaus jokaisen väittämän kohdalla-

minulla on tuomioita kyllä / ei

minut on tuomittu sakkorangaistukseen kyllä / ei

minut on tuomittu ehdolliseen vankeuteen kyllä / ei

minut on tuomittu yhdyskuntapalveluun kyllä / ei

minut on tuomittu ehdottomaan vankeuteen kyllä / ei

-jos ei hyppää seuraavan kysymyksen yli-

### 14. Kuinka pitkiä ehdottomat vankilatuomiosi ovat yhteensä?

- minun vankeustuomioni ovat yhteensä alle puoli vuotta
- minun vankeustuomioni ovat yhteensä alle 2 vuotta
- minun vankeustuomioni ovat yhteensä alle 4 vuotta
- minun vankeustuomioni ovat yhteensä yli 5 vuotta

**15. Onko sinulla todettu joku/joitain näistä sairauksista?**

skitsofrenia	kyllä / ei
akuutti ja ohimenevä psykoottinen häiriö	kyllä / ei
skitsoaffektiivinen häiriö	kyllä / ei
mania	kyllä / ei
kaksisuuntainen mielialahäiriö	kyllä / ei
masennustila	kyllä / ei
pelko-oireinen(foobinen) ahdistuneisuushäiriö	kyllä / ei
muu ahdistuneisuushäiriö	kyllä / ei
pakko-oireinen häiriö	kyllä / ei
syömishäiriö	kyllä / ei
persoonallisuushäiriö	kyllä / ei
sukupuoli-identiteetin häiriö	kyllä / ei
ADHD	kyllä / ei

Tupakan polttaminen

**16. Poltatko tupakkaa?**

- kyllä
  - toisinaan
  - ei
- jos ei, hyppää tämän sivun/ kysymyksien 17-22 yli-

**17. Kauanko odotat heräämisen jälkeen ennen ensimmäisen savukkeen polttamista?**

- 5 minuuttia tai vähemmän
- 6-30 min

- 31-60 min
- yli 60 min

**18. Pidätkö tupakoinnista pidättäytymisen vaikeana paikoissa missä se ei ole sallittua (esim. kirjastossa, elokuvissa, kirkossa)?**

- kyllä
- ei

**19. Mistä savukkeesta olisit vähiten halukas luopumaan?**

- Aamun ensimmäisestä
- Muu?

**20. Kuinka monta savuketta poltat päivittäin?**

- 1-10 savuketta
- 11-20
- 21-30
- 30+

**21. Poltatko enemmän aamun ensimmäisten tuntien aikana kuin loppupäivän aikana yhteensä?**

- kyllä
- ei

**22. Poltatko, jos olet niin sairas että jätät sänkyyn päiväksi?**

- kyllä
- ei

**Alkoholin käyttö**

**23. Minkä ikäisenä joit alkoholia ensimmäisen kerran niin että päihdyit?**

.....vuotiaana

## Paljonko juot?

**24. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä.**

- ei koskaan
- noin kerran kuussa tai harvemmin
- 2-4 kertaa kuussa
- 2-3 kertaa viikossa
- 4 kertaa viikossa tai useammin

**25. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia?**

- 1-2 annosta
- 3-4 annosta
- 5-6 annosta
- 7-9 annosta
- 10 tai enemmän

**26. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?**

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

**27. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettamaan alkoholinkäyttöä, kun aloit ottaa?**

- ei koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

**28. Kuinka usein viime vuoden aikana et ole juomisesi vuoksi saanut tehtyä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?**

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

**29. Kuinka usein viime vuoden aikana runsaan juomisen jälkeen tarvitsit aamulla olutta tai muuta alkoholia päästäksesi paremmin liikkeelle?**

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

**30. Kuinka usein viime vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?**

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

**31. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia?**

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

**32. Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään sinun alkoholikäyttösi seurauksena?**

- ei
- on, mutta ei viimeisen vuoden aikana
- kyllä, viimeisen vuoden aikana

**33. Onko joku läheisesi tai ystäväsi, lääkäri tai joku muu ollut huolissaan alkoholikäytöstäsi tai ehdottanut että vähentäisit juomista?**

- ei koskaan
- on, mutta ei viimeisen vuoden aikana
- kyllä, viimeisen vuoden aikana

TÄSSÄ VAIHEESSA VOIT OTTAA TAUON!

## II. Huumeiden käyttö

---

**Seuraavat kysymykset käsittelevät huumaavien aineiden (ei alkoholin, ei tupakan) käyttöä viimeksi kuluneiden 18 kuukauden ajalta. Lue jokainen kysymys huolellisesti ja vastaa valitsemalla sopiva vaihtoehto ('kyllä' tai 'ei').**

Huumaavien aineiden "väärinkäyttö" tarkoittaa joko (1) reseptilääkkeiden tai käsikauppalääkkeiden käyttämistä ohjeita suurempina annoksina (liikakäyttö), tai (2) huumaavien aineiden käyttöä muuhun kuin lääkinälliseen tarkoitukseen. Huumaavia aineita ovat esimerkiksi kannabis (hasis, marihuana), kokaiini, opiaatit (morfiini, heroini), stimulantit (mm. amfetamiini), impattavat aineet (mm. liimat, polttonesteet), rauhoittavat lääkkeet (mm. Diapam), barbituraatit (mm. jotkin unilääkkeet) ja hallusinogeenit (mm. LSD). Muista, että kysymykset *eivät koske alkoholia eikä tupakan polttoa*.

Vastaa jokaiseen kysymykseen. Jos kumpikaan vaihtoehtoista ei tunnu täysin oikealta, valitse lähempänä oikeaa oleva vaihtoehto. Kaikki tiedot käsitellään luottamuksellisesti!

---

**HUOM! Kysymykset jotka koskevat aikaa "ennen tämänhetkistä hoitoa ensikodissa/avopalveluyksikössä" tarkoittavat tarkalleen hoitoa edeltävää 12 kuukautta.**

**34. Oletko käyttänyt huumaavia aineita tai lääkkeitä muuhun kuin lääkinälliseen tarkoitukseen ennen tämänhetkistä hoitoa ensikodissa/avopalveluyksikössä?**

- kyllä
- en

**35. Oletko käyttänyt huumaavia aineita tai lääkkeitä muuhun kuin lääkinälliseen tarkoitukseen tämänhetkisen hoidon aikana?**

- kyllä
- en

**36. Oletko käyttänyt reseptilääkkeitä muuten kuin lääkärin ohjeiden mukaan ennen tämänhetkistä hoitoa ensikodissa/avopalveluyksikössä?**

- kyllä
- en



**37. Oletko käyttänyt reseptilääkkeitä muuten kuin lääkärin ohjeiden mukaan tämänhetkisen hoidon aikana?**

- kyllä
- en

**38. Oletko käyttänyt useampia huumeita tai lääkkeitä samanaikaisesti ennen tämänhetkistä hoitoa ensikodissa/avopalveluyksikössä?**

- kyllä
- en

**39. Oletko käyttänyt useampia huumeita tai lääkkeitä samanaikaisesti tämänhetkisen hoidon aikana?**

- kyllä
- en

**40. Selvisitkö viikkoa ilman päihdyttävien lääkkeiden tai huumeiden käyttöä ennen tämänhetkistä hoitoa ensikodissa/avopalveluyksikössä?**

- kyllä
- en

**41. Selviätkö viikkoa ilman päihdyttävien lääkkeiden tai huumeiden käyttöä tämänhetkisen hoidon aikana?**

- kyllä
- en

**42. Pystytkö aina halutessasi lopettamaan päihdyttävien aineiden (huumeiden tai lääkkeiden)**

**käytön ennen tämänhetkistä hoitoa ensikodissa/avopalveluyksikössä?**

- kyllä
- en

**43. Pystytkö aina halutessasi lopettamaan päihdyttävien aineiden (huumeiden tai lääkkeiden) käytön tämänhetkisen hoidon aikana?**

- kyllä
- en

**44. Onko sinulla koskaan ollut huumeiden tai lääkkeiden käytön aiheuttamia muistikatkoksia tai takaukia ennen tämänhetkistä hoitoa ensikodissa/avopalveluyksikössä?**

- kyllä
- ei

**45. Onko sinulla koskaan ollut huumeiden tai lääkkeiden käytön aiheuttamia muistikatkoksia tai takaukia tämänhetkisen hoidon aikana?**

- kyllä
- ei

**46. Tunsitko koskaan syyllisyyttä huumeiden tai lääkkeiden käytön vuoksi ennen tämänhetkistä hoitoa ensikodissa/avopalveluyksikössä?**

- kyllä
- en

**47. Tunnetko koskaan syyllisyyttä huumeiden tai lääkkeiden käytön vuoksi tämänhetkisen hoidon aikana?**

- kyllä
- en

**48. Moittivatko vanhempasi tai puolisisi sinua koskaan huumeiden tai lääkkeiden väärinkäytöstä ennen tämänhetkistä hoitoa ensikodissa/ avopalveluyksikössä?**

- kyllä
- eivät

**49. Moittivatko vanhempasi tai puolisisi sinua koskaan huumeiden tai lääkkeiden väärinkäytöstä tämänhetkisen hoidon aikana?**

- kyllä
- eivät

**50. Onko huumeiden tai lääkkeiden käyttö aiheuttanut ongelmia sinun ja puolisisi tai sinun ja vanhempiesi välillä ennen tämänhetkistä hoitoa ensikodissa/ avopalveluyksikössä?**

- kyllä
- ei

**51. Onko huumeiden tai lääkkeiden käyttö aiheuttanut ongelmia sinun ja puolisisi tai sinun ja vanhempiesi välillä tämänhetkisen hoidon aikana?**

- kyllä
- ei

**52. Oletko menettänyt ystäviä huumeiden tai lääkkeiden väärinkäytön vuoksi ennen tämänhetkistä hoitoa ensikodissa/ avopalveluyksikössä?**

- kyllä
- en

**53. Oletko menettänyt ystäviä huumeiden tai lääkkeiden väärinkäytön vuoksi tämänhetkisen hoidon aikana?**

- kyllä
- en

**54. Oletko laiminlyönyt perhettäsi huumeiden tai lääkkeiden käytön vuoksi ennen tämänhetkistä hoitoa ensikodissa/ avopalveluyksikössä?**

- kyllä
- en

**55. Oletko laiminlyönyt perhettäsi huumeiden tai lääkkeiden käytön vuoksi tämänhetkisen hoidon aikana?**

- kyllä
- en

**56. Oletko joutunut työssä huumeiden tai lääkkeiden käytön takia hankaluuksiin ennen tämänhetkistä hoitoa ensikodissa/avopalveluyksikössä?**

- kyllä
- en

**57. Oletko joutunut työssä huumeiden tai lääkkeiden käytön takia hankaluuksiin tämänhetkisen hoidon aikana?**

- kyllä
- en

**58. Oletko menettänyt työpaikan huumeiden tai lääkkeiden käytön takia ennen tämänhetkistä hoitoa ensikodissa/avopalveluyksikössä?**

- kyllä
- en

**59. Oletko menettänyt työpaikan huumeiden tai lääkkeiden käytön takia tämänhetkisen hoidon aikana?**

- kyllä
- en

**60. Oletko joutunut tappeluun huumeiden tai lääkkeiden vaikutuksen alaisena ennen tämänhetkistä hoitoa ensikodissa/avopalveluyksikössä?**

- kyllä
- en

**61. Oletko joutunut tappeluun huumeiden tai lääkkeiden vaikutuksen alaisena tämänhetkisen hoidon aikana?**

- kyllä
- en

**62. Oletko tehnyt mitään laitonta saadaksesi huumeita tai lääkkeitä ennen tämänhetkistä hoitoa ensikodissa/avopalveluyksikössä? (hallussapitoa ja käyttöä lukuun ottamatta)**

- kyllä
- en

**63. Oletko tehnyt mitään laitonta saadaksesi huumeita tai lääkkeitä tämänhetkisen hoidon aikana? (hallussapitoa ja käyttöä lukuun ottamatta)**

- kyllä
- en

**64. Onko sinut pidätetty huumeiden hallussapidosta ennen tämänhetkistä hoitoa ensikodissa/avopalveluyksikössä?**

- kyllä
- ei

**65. Onko sinut pidätetty huumeiden hallussapidosta tämänhetkisen hoidon aikana?**

- kyllä
- ei

**66. Onko sinulla koskaan ollut vieroitusoireita (huonovointisuutta) huumeiden tai lääkkeiden käytön lopettamisen jälkeen ennen tämänhetkistä hoitoa ensikodissa/avopalveluyksikössä?**

- kyllä
- ei

**67. Onko sinulla koskaan ollut vieroitusoireita (huonovointisuutta) huumeiden tai lääkkeiden käytön lopettamisen jälkeen tämänhetkisen hoidon aikana?**

- kyllä
- ei

**68. Onko sinulla ollut huumaavien aineiden käytöstä johtuvia terveydellisiä ongelmia ennen tämänhetkistä hoitoa ensikodissa/avopalveluyksikössä (esim. muistinmenetyksiä, hepatiittia, kouristuksia, verenvuotoa jne.)?**

- kyllä
- ei

**69. Onko sinulla ollut huumaavien aineiden käytöstä johtuvia terveydellisiä ongelmia (esim. muistinmenetyksiä, hepatiittia, kouristuksia, verenvuotoa jne.) tämänhetkisen hoidon aikana?**

- kyllä
- ei

**70. Oletko hakenut apua huume- tai lääkeongelmiisi?**

- kyllä
- en

**71. Oletko ollut huumeiden tai lääkkeiden väärinkäyttäjille tarkoitettussa erityishoitopaikassa?**

- kyllä
- en

**72. Minkä ikäisenä kokeilit ensimmäisen kerran huumeita (ei alkoholi, ei tupakka)?**

.....vuotiaana

**73. Onko huumausaineiden käyttö joskus tuntunut ongelmalta?**

kyllä / ei

-jos ei, hyppää seuraavan kysymyksen yli-

**74. Minkä ikäisenä omasta mielestäsi huumausaineiden käytöstä tuli ongelma?**

.....vuotiaana

**75. Kenen kanssa kokeilit huumeita ensimmäisen kerran (ei alkoholi, ei tupakka)?**

- Yksin
- Kaverin kanssa
- Kaveriporukan kanssa
- Tyttö/poikaystävän kanssa kahdestaan
- Joku muu, mikä? \_\_\_\_\_

### 76. Missä olit kun kokeilit huumeita ensimmäisen kerran (ei alkoholi)?

- kotona
- toisen luona
- kaupungilla
- ravintolassa
- festareilla
- Joku muu, mikä? \_\_\_\_\_

### Eri huumausaineiden kokeilu ja "väärinkäyttö"

---

**Alla on luettelo huumausaineista. Ota kantaa siihen jos olet kokeillut tai "väärinkäyttänyt" kyseistä ainetta. Aineen säännöllinen käyttö tarkoittaa 2 tai useampia kertoja viikossa yli kuukauden ajan.**

Huumaavien aineiden "väärinkäyttö" tarkoittaa joko (1) reseptilääkkeiden tai käsikauppalääkkeiden käyttämistä ohjeita suurempina annoksina (liikakäyttö), tai (2) huumaavien aineiden käyttöä muuhun kuin lääkinälliseen tarkoitukseen. Huumaavia aineita ovat esimerkiksi kannabis (hasis, marihuana), kokaiini, opiaatit (morfiini, heroini), stimulantit (mm. amfetamiini), impattavat aineet (mm. liimat, polttonesteet), rauhoittavat lääkkeet (mm. Diapam), barbituraatit (mm. jotkin unilääkkeet) ja hallusinogeenit (mm. LSD).

### 77. Heroiini

- en ole kokeillut ikinä
- olen käyttänyt yhden kerran
- olen käyttänyt useamman kuin yhden kerran
- olen käyttänyt kymmenen tai useampia kertoja
- olen käyttänyt säännöllisesti

### 78. Kokaiini

- en ole kokeillut ikinä
- olen käyttänyt yhden kerran
- olen käyttänyt useamman kuin yhden kerran
- olen käyttänyt kymmenen tai useampia kertoja
- olen käyttänyt säännöllisesti

### 79. Barbituraatit (depressio- sekä unilääke)

- en ole kokeillut ikinä
- olen käyttänyt yhden kerran
- olen käyttänyt useamman kuin yhden kerran
- olen käyttänyt kymmenen tai useampia kertoja
- olen käyttänyt säännöllisesti

### 80. Metadoni

- en ole kokeillut ikinä
- olen käyttänyt yhden kerran
- olen käyttänyt useamman kuin yhden kerran
- olen käyttänyt kymmenen tai useampia kertoja
- olen käyttänyt säännöllisesti

### 81. Ketamiini (nukutuslääke)

- en ole kokeillut ikinä
- olen käyttänyt yhden kerran
- olen käyttänyt useamman kuin yhden kerran
- olen käyttänyt kymmenen tai useampia kertoja
- olen käyttänyt säännöllisesti

### 82. Bentsodiatsepiini (rauhoittava lääke esim. diapam)

- en ole kokeillut ikinä
- olen käyttänyt yhden kerran
- olen käyttänyt useamman kuin yhden kerran
- olen käyttänyt kymmenen tai useampia kertoja
- olen käyttänyt säännöllisesti

**83. Amfetamiini**

- en ole kokeillut ikinä
- olen käyttänyt yhden kerran
- olen käyttänyt useamman kuin yhden kerran
- olen käyttänyt kymmenen tai useampia kertoja
- olen käyttänyt säännöllisesti

**84. Psilosybiini (sieniperäinen psykedeeli)**

- en ole kokeillut ikinä
- olen käyttänyt yhden kerran
- olen käyttänyt useamman kuin yhden kerran
- olen käyttänyt kymmenen tai useampia kertoja
- olen käyttänyt säännöllisesti

**85. Buprenorfiini (esim. Subutex®)**

- en ole kokeillut ikinä
- olen käyttänyt yhden kerran
- olen käyttänyt useamman kuin yhden kerran
- olen käyttänyt kymmenen tai useampia kertoja
- olen käyttänyt säännöllisesti

**86. Kannabis**

- en ole kokeillut ikinä
- olen käyttänyt yhden kerran
- olen käyttänyt useamman kuin yhden kerran
- olen käyttänyt kymmenen tai useampia kertoja
- olen käyttänyt säännöllisesti

**87. Päihteinä käytettävät liuottimet**

- en ole kokeillut ikinä
- olen käyttänyt yhden kerran
- olen käyttänyt useamman kuin yhden kerran
- olen käyttänyt kymmenen tai useampia kertoja
- olen käyttänyt säännöllisesti

**88. DOM (metyyliamfetamiini)**

- en ole kokeillut ikinä

- olen käyttänyt yhden kerran
- olen käyttänyt useamman kuin yhden kerran
- olen käyttänyt kymmenen tai useampia kertoja
- olen käyttänyt säännöllisesti

**89. LSD**

- en ole kokeillut ikinä
- olen käyttänyt yhden kerran
- olen käyttänyt useamman kuin yhden kerran
- olen käyttänyt kymmenen tai useampia kertoja
- olen käyttänyt säännöllisesti

**90. Metyylifenidaati (amfetamiinijohdannainen lääke)**

- en ole kokeillut ikinä
- olen käyttänyt yhden kerran
- olen käyttänyt useamman kuin yhden kerran
- olen käyttänyt kymmenen tai useampia kertoja
- olen käyttänyt säännöllisesti

**91. Anaboliset stereoidit**

- en ole kokeillut ikinä
- olen käyttänyt yhden kerran
- olen käyttänyt useamman kuin yhden kerran
- olen käyttänyt kymmenen tai useampia kertoja
- olen käyttänyt säännöllisesti

**92. Meskaliini**

- en ole kokeillut ikinä
- olen käyttänyt yhden kerran
- olen käyttänyt useamman kuin yhden kerran
- olen käyttänyt kymmenen tai useampia kertoja
- olen käyttänyt säännöllisesti

**93. GHB/Gamma**

- en ole kokeillut ikinä
- olen käyttänyt yhden kerran
- olen käyttänyt useamman kuin yhden kerran
- olen käyttänyt kymmenen tai useampia kertoja
- olen käyttänyt säännöllisesti

**94. Ekstaasi**

- en ole kokeillut ikinä
- olen käyttänyt yhden kerran
- olen käyttänyt useamman kuin yhden kerran
- olen käyttänyt kymmenen tai useampia kertoja
- olen käyttänyt säännöllisesti

**95. Alkyylinitriitit (Poppers, seksistimulantti)**

- en ole kokeillut ikinä
- olen käyttänyt yhden kerran
- olen käyttänyt useamman kuin yhden kerran
- olen käyttänyt kymmenen tai useampia kertoja
- olen käyttänyt säännöllisesti

**96. Kath/Kati**

- en ole kokeillut ikinä
  - olen käyttänyt yhden kerran
  - olen käyttänyt useamman kuin yhden kerran
  - olen käyttänyt kymmenen tai useampia kertoja
  - olen käyttänyt säännöllisesti
- TÄSSÄ VAIHEESSA VOIT OTTAA TAUON!

+ PK 5





