

Hanna Särkilä, Heidi Taipale ja Solja Niemelä

Hoidon onnistuminen edellyttää ennakkoluulotonta ja motivoivaa työtettä sekä hoidon jatkuvuutta

Ketkä päätyvät suuriannoksiseen bentsodiatsepiinien käyttöön?

Päivitetystä hoitosuosituksista ja alati lisääntyvästä tutkimustiedosta huolimatta bentsodiatsepiinien ja niiden johdosten, niin kutsuttujen z-lääkkeiden (tsolpideemi, tsopikloni) käyttö pitkäaikaistuu Suomessa yli kolmasosalla käytön aloittaneista (1). Hiljattain julkaistussa suomalaisessa rekisteritutkimuksessa bentsodiatsepiinien ja z-lääkkeiden suuriannoksista käyttöä (vähintään 3,0 määriteltyä vuorokausiannosta eli vähintään 30 mg diatsepaamiekvivalenttia/vrk) ilmeni viiden vuoden seurannassa 7 %:lla lääkityksen aloittaneista (2). Suuriannoksen käyttö liittyi useimmiten diatsepaamiin, alpratsolaamiin ja klonatsepaamiin, joihin liittyy tutkitusti myös muutoin suuri väärinkäyttöpotentiaali (3–5). Tutkimusnäyttöä annosten epäasianmukaisesta suurenemisesta ja suuriannokäytöstä on tehty sekä Suomessa että muualla, vaikkei suuriannokäytön määritelmä olekaan toistaiseksi täysin vakiintunut (6–8).

Bentsodiatsepiinien suuriannokäyttäjät on suomalaisen rekisteriaineiston mukaan todennäköisimmin sosiaalisesti huono-osainen, päihde- tai mielenterveysongelmista kärsivä 18–25-vuotias mies (2). Suuriannokäyttöön liittyviä haittoja ovat muun muassa impulsiivisuuden ja ärtyneisyyden lisääntyminen, reaktiokyvyn, muistin ja ajokyvyn heikentyminen, keskittymis- ja univaikeudet, paradoksaalinen ahdistuksen lisääntyminen sekä toleranssin ja riippuvuuden kehittymisen vaara (9–12). Suuriannoksen käytön taustalla on usein joko

hoitamatta jäänyt ahdistuneisuushäiriö, bentsodiatsepiinien päihdehakuinen käyttö tai edellä mainittujen yhdistelmä. Suurin yliannostuskuolemien vaara liittyy usein suuriannokäyttöön osana sekapäihderiippuvuutta ja hoitamattomaa ahdistuneisuushäiriötä. Tässä ryhmässä opioidien ja bentsodiatsepiinien yhteiskäyttö kuvautuu erityisen ongelmallisena (13–16). Bentsodiatsepiinien pitkäaikais- tai suuriannokäytön hyödyistä ei ole tutkimus-

näyttöä, pikemminkin päinvastoin (9). Lääkeriikseen liittyvät haitat on tärkeää tuntea, jotta ne voi perustella myös potilaalle vakuuttavasti. Suuriannokäyttö ei itsessään tarkoita riippuvuussairautta. Lääkärin on kuitenkin tärkeä pysähtyä pohtimaan riippuvuus-kriteerien täytymistä erityisesti, jos potilas kokee bentsodiatsepiinit itselleen elintärkeiksi eikä ole valmis keskustelemaan annosten pienentämisestä asianmukaisista perusteluista huolimatta.

Suomessa suurin osa bentsodiatsepiinilääkityksistä aloitetaan yleislääkärin vastaanotolla (54 %) (2). Suuriannokäytön kehittymisen riski näyttäisi kuitenkin olevan yleisintä potilailla, joille ensimmäisen reseptin on laatinut psykiatri (2). Erikoisalasta riippumatta riippuvuussairauksista kärsivät tai muutoin epäasianmukaista pääasiassa keskushermostoon vaikuttavien lääkkeiden (PKV-lääkkeet) määrää käyttävät potilaat koetaan usein keskimääräistä vaativammiksi. Tämä saattaa vaikuttaa sekä potilaskohtaamiseen että vastaanotoilla tehtyihin hoitolinjauksiin. Sekä lääkäreitä että potilasta

helpottaisi, mikäli tämänkaltaista ennakoasetelmaa ei olisi.

Omaa ajatteluaan ja toimintaansa voi pyrkiä selkiyttämään esimerkiksi mielikuvalla, jossa vastaanotolla on bentsodiatsepiinien suurianoskäyttäjän sijasta diabetesta tai verenpaine- tautia sairastava potilas. Olisiko lopputulos po- tilaan toivoma, jos hän toivoo lääkeannoksensa suurentamista, vaikka tarve pienentää annosta olisi ilmeinen ja lääketieteellisesti perusteltu? Huomio hoidon suunnittelussa tulisi aina kes- kittää sen arvioimiseen, onko potilaan elämän- laatu objektiivisesti arvioiden lääkkeitä käytet- täessä parempi vai heikompi kuin ilman niitä.

Suuriannoksisen ja hoitosuosituksen vas- taisen bentsodiatsepiinikäytön yhteydessä on muistettava, että lääkäri tekee hoitoon liittyvät päätökset ja ratkaisut, kulloisetkin hoitosuo- situkset huomioiden. Lääkärin tulee perustel- la ratkaisut potilaalle selvästi ja vakuuttavasti motivoivan haastattelun keinoin kuunneltuaan ensin rauhassa potilaan subjektiiviset koke- mukset. Potilaan syylistämistä ja asiaan liitty- vää stigmaa tulee aktiivisesti välttää ja vähen- tää (9,17,18). Hoitosuhteen luominen vaatii yleensä sekä lääkäriltä että potilaalta pitkäjän- teisyyttä. Haittojen välttämiseksi vieroituksissa on noudatettava malttia, eikä varsinkaan suu- riannoksista käyttöä tule lopettaa äkillisesti, muutoin kuin valvotuissa (laitos)olosuhteissa (9,11,19).



HANNA SÄRKILÄ, EL, apulaisylilääkäri,
kliininen opettaja
Tyks, riippuvuuspsykiatria
Turun yliopisto

HEIDI TAIPALE, FaT, senioritutkija
Niuvanniemen sairaala
Karoliininen instituutti

SOLJA NIEMELÄ, päihdelääketieteen professori,
ylilääkäri
Turun yliopisto
Tyks, riippuvuuspsykiatria

Moniammatillisuus ja erikoissairaanhoidon konsultaatiomahdollisuudet tukevat osaltaan vieroitusten ja annosten pienentämisten on- nistumista (9,20). Mielenterveys- ja päihde- palveluissa tulisi olla mahdollisuus konsultoida matalalla kynnyksellä päihdelääkäreitä. Myös yli- opistollisten sairaaloiden yleissairaalapsykiatri- alla tulisi olla päihdelääketieteellistä osaamista. Sen tulisi vastata vaikeimpien iatrogeenisten PKV-lääkeriippuvuuksien hoidosta varsinkin, jos taustalla on jokin lääkkeen käyttöön liitty- vä selkeä indikaatio, kuten vaikea unettomuus tai hoitoresistentti ahdistuneisuushäiriö. Osa- mista bentsodiatsepiiniriippuvuuden hoitoon muun muassa motivoivan haastattelun keinoin on vahvistettava myös lääkärikoulutuksessa sekä erikoislääkärikoulutuksessa varsinkin niil- lä aloilla, joilla lääkkeitä useimmiten määrätään.

Lääkärikunnan tulisi löytää jatkossa kultai- nen keskitie bentsodiatsepiineista keskustelta- essa. Tutkimustiedon lisääntyessä omat tiedot on pyrittävä pitämään mahdollisimman aktiivi- sesti ja kriittisesti ajan tasalla. Alati lisääntyvän tietomäärän vuoksi toimintamallien yhtenäistä- minen ei ole vielä täysin onnistunut. Erityisesti riskiryhmään kuuluvien potilaiden tunnistami- seen ja käytön aiheuttamien haittojen vähen- tämiseen olisi kuitenkin tärkeää panostaa. Pri- mum non nocere – myös bentsodiatsepiineista puhuttaessa. ■

SIDONNAISUUDET

Hanna Särkilä: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Suomen Lääkäriliitto, Suomalainen Lääkäriseura Duodecim)

Heidi Taipale: Luentopalkkio (Gedeon Richter, Janssen, Lundbeck, Otsuka), apuraha (Janssen)

Solja Niemelä: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Addiktum Oy, Dne Pharma, Lundbeck, Recordati, Shire-Takeda)

KIRJALLISUUTTA

1. Taipale H, Särkilä H, Tanskanen A, ym. Incidence of and characteristics associated with long-term benzodiazepine use in Finland. *JAMA Netw Open* 2020;3:e2019029.
2. Särkilä H, Taipale H, Tanskanen A, ym. Characteristics of high-dose benzodiazepine use: nationwide cohort study on new benzodiazepine users with 5-year follow-up. *BJPsych Open* 2024;10:e158.
3. Dokkedal-Silva V, Berro LF, Galduróz JCF, ym. Clonazepam: indications, side effects, and potential for nonmedical use. *Harv Rev Psychiatry* 2019; 27:279–89.
4. Ait-Daoud N, Hamby AS, Sharma S, ym. A review of alprazolam use, misuse, and withdrawal. *J Addict Med* 2018;12:4.
5. Corkery JM, Guirguis A, Chiappini S, ym. Alprazolam-related deaths in Scotland, 2004–2020. *J Psychopharmacol* 2022;36:1020–35.
6. Votaw VR, Geyer R, Rieselbach MM, ym. The epidemiology of benzodiazepine misuse: a systematic review. *Drug Alcohol Depend* 2019;200:95–114.
7. Alessi-Severini S, Bolton JM, Enns MW, ym. Sustained use of benzodiazepines and escalation to high doses in a Canadian population. *Psychiatr Serv* 2016;67:1012–8.
8. Cloos J-M, Lim CYS, Bocquet V. Benzodiazepine high-doses: the need for an accurate definition. *Int J Methods Psychiatr Res* 2021;30:e1888.
9. Niemelä S. Bentsodiatsepiinien käyttöön liittyvät hoitokäytännöt. Käypä hoito, Lisätietoa aiheesta. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2020.
10. Chouinard G. Issues in the clinical use of benzodiazepines: potency, withdrawal, and rebound. *J Clin Psychiatry* 2004;65:7–12.
11. McGee N, Proctor JL, Hart AM, ym. Reconsidering benzodiazepines and z-drug prescriptions: responsible prescribing and deprescribing. *J Nurse Pract* 2021;17:76–83.
12. Nielsen S. Benzodiazepines. *Curr Top Behav Neurosci* 2017;34:141–59.
13. Xu KY, Hartz SM, Borodovsky JT, ym. Association between benzodiazepine use with or without opioid use and all-cause mortality in the United States, 1999–2015. *JAMA Netw Open* 2020;3:e2028557.
14. Kleinman RA, Weiss RD. Benzodiazepine-involved overdose deaths in the USA: 2000–2019. *J Gen Intern Med* 2022;37:2103–9.
15. Tiihonen J, Mittendorfer-Rutz E, Torniainen M, ym. Mortality and cumulative exposure to antipsychotics, antidepressants, and benzodiazepines in patients with schizophrenia: an observational follow-up study. *Am J Psychiatry* 2016;173:600–6.
16. Maust DT, Lin LA, Blow FC. Benzodiazepine use and misuse among adults in the United States. *Psychiatr Serv* 2019;70:97–106.
17. Chahal K, Glass M, Falk J, ym. Patient values and preferences regarding communicating risk versus benefit of benzodiazepine initiation: a cross-sectional survey study. *Health Sci Rep* 2023;6:e1597.
18. Ribeiro PR de S, Schlindwein AD. Benzodiazepine deprescription strategies in chronic users: a systematic review. *Fam Pract* 2021;38:684–93.
19. Ashton H. The treatment of benzodiazepine dependence. *Addiction* 1994;89:1535–41.
20. Liebreiz M, Gehring MT, Buadze A, ym. High-dose benzodiazepine dependence: a qualitative study of patients' perception on cessation and withdrawal. *BMC Psychiatry* 2015;15:116.