

**Tiia Talvitie**  
FM  
Tiedottaja, Fimea

**Päivi Ruokoniemi**  
LT, klinisen farmakologian ja  
lääkehoidon erikoislääkäri  
Yliääkäri, Fimea

# Psyyken lääkehoidossa vanhatkin innovaatiot ovat arvossaan

Vaikka uusia, mullistavia psyykenlääkkeitä ei odotuksista huolimatta ole tullut markkinoille, kehitys ei suinkaan ole pysähtynyt.

Yleistä on esimerkiksi vanhojen lääkkeiden hyödyntäminen uusissa käyttöaiheissa. Psykiatri Kari Raaska kertoo, mitä alalla on meneillään.

**M**elankolisesta kansanluonteesta vitsaillaan tämän tästä, mutta tilastotieto voi silti yllättää. Jopa joka viides suomalainen sairastaa jotakin mielenterveyden häiriötä, ja noin 700 000 käyttää vuosittain ainakin lyhyen aikaa jotakin psyykenlääkettä. Säännöllistä psyykenlääkitystä käyttää tätä nykyä suunnilleen joka kymmenes aikuinen.

Määrätäänkö lääkkeitä nykyään herkemmin myös lieviin häiriöihin?

– Ehkä suurempi ongelma on se, että monet potilaat, jotka hoitoja tarvitsivat, eivät ole hoidon piirissä, sanoo psykiatrian ja klinisen farmakologian erikoislääkäri **Kari Raaska**.

– Jonkin verran olen törmännyt sellaiseen, että ikään kuin varmuuden

vuoksi aloitetaan vaikeasti sairaalle tai akuutissa elämäntilannekriisissä olevalle masennuslääkitys ilman, että henkilö olisi masentunut tai kärsisi ahdistuneisuushäiriöstä. Niin sitä ei kuulu käyttää. Masennuslääke on aina tarkoitettu masentuneille potilaille masennuksen hoitoon.

Raaska työskentelee apulaisylilääkärinä HYKSin Psykiatriakeskuksessa. Hän hoitaa vaikeasti oireilevia mielenterveyspotilaita, jotka sairastavat tavallisesti kaksisuuntaista mielialahäiriötä tai vakavaa masennusta.

Vaikeiden mielenterveyshäiriöiden hoidossa lääkkeillä on keskeinen rooli. Lääkkeet myös auttavat ehkäisemään sairausjaksoja. Masennuksen hoitoon on lisäksi olemassa muita vaihtoehtoja.

*”Monet potilaat, jotka hoitoja tarvitsisivat, eivät ole hoidon piirissä.”*

#### KARI RAASKA

- s. 1964
- LL 1993, psykiatrian erikoislääkäri 2000, kliinisen farmakologian erikoislääkäri 2004, LT 2004
- Toimii apulaisylilääkärinä HYKS Psykiatriassa vaikeasti oireilevien mielialahäiriötilojen hoitoon erikoistuneessa yksikössä.
- Kiinnostunut psykiatristen sairauksien hoitokeinoista. Osaamisalueena erityisesti psykofarmakologia.

– Lievässä tai keskivaikeassakaan masennuksessa ei automaattisesti käytetä lääkitystä, jos on mahdollista hyödyntää tehokkaiksi osoitettuja terapiamuotoja. Vaikeammin masentuneiden potilaiden hoidossa voidaan käyttää lääkityksen rinnalla myös muita, biologisia hoitoja, kuten transkraniaalista magneettistimulaatiota tai sähköhoitoa, Raaska kertoo.

Käytännössä useimpien masennuspotilaidenkin hoito nojaa silti vahvasti lääkitykseen. Toisinaan lääkkeillä joudutaan paikkaamaan terapioiden saatavuutta.

– Kyllähän sitä ilman muuta tapahtuu. Täytyy kuitenkin muistaa, etteivät nämä hoidot riitele keskenään. Tehokkainta on lääkityksen ja terapian yhdistäminen toisiinsa.

### Diagnoosi vaikuttaa lääkityksen tarpeeseen ja korvattavuuteen

Aina psyykkisiä oireita ei ole tarpeen hoitaa. Esimerkiksi omaisen kuolemaan liittyvät surureaktiot arvioidaan tapauskohtaisesti. Vaikka oireet voivat olla samankaltaisia kuin masennuksessa, reaktio on luonnollinen ja menee yleensä ajan myötä itsestään ohi.

– Joskus surureaktio voi kuitenkin johtaa masennukseen, erityisesti jos potilas on aiemmin kärsinyt vakavasta masennuksesta, Raaska sanoo.

Masennusdiagnoosin kriteereihin kuuluvat mielialan muutoksen lisäksi vähintään kaksi kolmesta ydinoireesta ja ainakin kaksi muuta tyyppi-oiretta (**taulukko 1**). Oireet ilmenevät tällöin vähintään kahden viikon ajan. Tilasta on myös merkittävää haittaa töissä tai potilaan arjessa.

Kaikki psyykkiset häiriöt luokitellaan oireiden perusteella, ja samalla henkilöllä voi olla yhtä aikaa useita hoitoa vaativia psyykkisiä häiriöitä tai sairauksia. Niiden kokonaisuus vaikuttaa merkittävästi yksilölliseen lääkevalintaan ja jonkin verran myös siihen, mitä lääkettä käyttäjälleen maksaa. Esimerkiksi ketiapiinin käyttäjästä suhteellisesti yhä pienemmällä joukolla on oikeus lääkeostojen erityiskorvaukseen.

– Ketapiini on yleistynyt unilääkekäytössä, ja jonkin verran sitä käytetään pienillä annoksilla myös ahdistuneisuuden hoidossa. Nämä annokset eivät vielä ole antidepressiivisiä eivätkä antipsykoottisia.

– Erityiskorvattavuus edellyttää kuitenkin psykoositasoista sairautta.

Käytännössä kyse on silloin useimmiten skitsofreniasta, psykoottisesta masennuksesta tai sellaisesta kaksi-suuntaisesta mielialahäiriöstä, johon liittyy maniajaksoja tai psykoottista masennusta.

Muun muassa juuri ketiapiinilääkityksen hinta on geneeristen valmisteiden myötä laskenut roimasti. Teho riippuu silti aina potilaan yksilöllisistä ominaisuuksista, ja joku saattaa saada avun vain jostakin hintavasta lääkkeestä.

– Silloin lääke voi tulla hyvin kalliiksi, jos sairaus ei ole psykoositasoinen eikä erityiskorvattavuutta siksi ole mahdollista saada.

### Psykykenlääkkeissä on edelleen kehittämistä

Vaikka markkinoille tuleekin uusia psykykenlääkkeitä, niissä hyödynnetään enimmäkseen vanhoja tai niiden kaltaisia vaikutusmekanismeja. Mullistavia, uudentyyppisiä keksintöjä ei odotuksista huolimatta ole kuulunut.

– Viime vuosina ja vuosikymmeniä psykykenlääkerintamalla on ollut vähän sellaista hypeäkin. On ajateltu, että nyt kun asioita paljon tutkitaan, aletaan saada monenlaisia uusia lää-

Taulukko 1. ICD-10:n mukaiset masennustilan oirekriteerit. Lähde: Käypä hoito.

Ydinoireet (vähintään kaksi)	Tyyppioreet (ydinoireiden lisäksi vähintään kaksi)
<ul style="list-style-type: none"> <li>Masentunut mieliala suurimman osan aikaa</li> <li>Kiinnostuksen tai mielihyvän menettäminen asioihin, jotka ovat tavallisesti kiinnostaneet tai tuottaneet mielihyvää</li> <li>Vähentyneet voimavarat tai poikkeuksellinen väsymys</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Itseluottamuksen tai omanarvontunnon väheneminen</li> <li>Perusteettomat tai kohtuuttomat itsesyytökset</li> <li>Toistuvat kuolemaan tai itsemurhaan liittyvät ajatukset tai itsetuhoinen käyttäytyminen</li> <li>Subjektiiivinen tai havaittu keskittymisvaikeus, joka voi ilmetä myös päättämättömyytenä tai jähkailuna</li> <li>Psykomotorinen muutos (kiihtymys tai hidastuneisuus), joka voi olla subjektiivinen tai havaittu</li> <li>Unihäiriöt</li> <li>Ruokahalun lisääntyminen tai väheneminen, johon liittyy painon muutos</li> </ul>

## VAIN VERKOSSA!

Pitkävaikutteinen injektio-  
lääke helpottaa psykoosi-  
potilaan hoitoon  
sitoutumista

[sic.fimea.fi](http://sic.fimea.fi)



Kuva: Kai Widell

kitysvaihtoehtoja aivan uudenslaisilla mekanismeilla. Toistaiseksi tässä on kuitenkin useimmiten jouduttu petymään, Kari Raaska kertoo.

Moni kehitystyö on pysähtynyt viimeiseen vaiheeseen. Kliinisessä lääkekehityksessä faasin III tutkimukset tehdään suurilla potilasryhmillä, ja lääkkeen tehoa ja turvallisuutta verrataan markkinoilla jo olevaan valmisteeseen tai lumeeseen. Usein tulokset eivät ole olleet yksiselitteisesti myönteisiä eivätkä valmisteeet ole päässeet markkinoille. Seurauksena joitakin keskushermostolääkityksiin keskittyneitä tutkimuslaitoksia on jopa lakkautettu.

Paljon on psykykenlääkkeiden kehityksessä toisaalta jo saavutettu. Atyyppiset eli niin sanotut toisen polven psykoosilääkkeet ovat vallanneet alaa 1990-luvulta lähtien.

– Atyyppiset lääkkeet ovat paremmin siedettyjä. Toki niillä on omat, pitkä-

aikaiskäytössä esiin tulevat haittansa, jotka ovat lähinnä metabolisia.

– Vanhat, perinteiset psykoosilääkkeet usein suorastaan pahensivat negatiivisia oireita.

Psykoosien negatiivisiksi oireiksi kutsutaan tiettyjen normaalitoimintojen vajeita, kuten apatiaa, vetäytymistä ja puheen köyhtymistä. Nykyisilläkin lääkkeillä voidaan silti vaikuttaa lähinnä niin sanottuihin positiivisiin oireisiin, kuten aistiharhoihin ja haluuoihin.

– Potilaiden kärsimys ja yhteiskunnassa selviytyminen ovat suurelta osin sidoksissa juuri sairauden negatiivisiin ja kognitiivisiin oireisiin, Raaska huomauttaa.

– Kovin hyviä hoitoja sille puolelle ei ole.

Myös masennuslääkkeet saivat Raaskan mielestä olla vielä

*”Tehokkainta on  
lääkityksen ja terapian  
yhdistäminen toisiinsa.”*

tehokkaampia, vaikka nykyiset SSRI- ja SNRI-lääkkeet ovatkin edistysas- kel vanhoihin trisyklisiin verrattuna. Masennuslääkkeiden vaikutus alkaa silti edelleen hitaasti. Vasta viikko- jen kuluessa selviää, onko tietystä lääkkeestä potilaalle apua vai täytyy- kö se vaihtaa toiseen.

– Nyt useissa tutkimuksissa on kui- tenkin todettu, että pitkään käyte- tyllä anesteetilla, ketamiinilla, on merkittävää tehoa masennukseen. Vaikutus tulee vieläpä hyvin nopeas- ti. Siinä puhutaan tunteista eikä viikoista.

Ketamiinia käytetään jo sairaaloissa. Se annetaan suoneen kerta-annok- sena, jonka vaikutus kestää joitakin viikkoja.

Psykykenlääkkeiden alalla vahva suuntaus onkin vanhojen lääkkeiden hyödyntäminen uusissa käyttöai- heissa. Myös uusia annostelumuo- toja tutkitaan. Ketamiinia saatetaan tulevaisuudessa käyttää masennuk- sen hoitoon myös nenäsumutteena.

– Se on ehkä jännittävin uusi asia, joka saattaa lähiaikoina tulla käyt- töön. Se olisi myös sikäli mullista- vaa, että apu tulisi nopeasti niille, joille lääke toimii. Vasta aikanaan kuitenkin selviää, onko ketamiini turvallista toistetusti annosteltuna.

### **Pitkävaikutteiset injektiot helpottavat hoitoon sitoutumista**

Viime vuosina monista atyyppisistä psykoosilääkkeistä on tullut markki- noille pitkävaikutteisia injektioval- misteita.

– Kun itse aikoinani aloittelin psyki- atrin uraa, suun kautta annosteltavat atyyppiset psykoosilääkkeet olivat aika uusia. Se teki ajatuksen pitkä- vaikutteisista injektioista vanhanai- kaiseksi. Niiden käyttäminen tuntui olevan jo menneisyyttä, Raaska muistelee.

## **Ketamiinia saatetaan tulevaisuudessa käyttää masennuksen hoitoon myös nenäsumutteena.**

– Moni skitsofreniapotilas käy itsensä kanssa kuitenkin jatkuvaa kamppailua siitä, onko päivittäinen tabletti ylipäätään tarpeen. Pitkä- vaikutteiset injektiot mahdollista- vat sen, ettei asiaa tarvitse pohtia joka päivä, koska lääkettä käydään ottamassa vain kerran tai kaksi kuus- sa. Kaikki perustuu totta kai vapaa- ehtoisuuteen.

Erityisesti skitsofreniassa lääkehoi- toon sitoutuminen on ongelma, ja sairaalahoidon tarve johtuu tavalli- simmin siitä, että lääkkeet ovat jääneet käyttämättä.

– Skitsofreniassa tämä problematiik- ka on aivan erityinen, koska monilla sairauteen kuuluu kyvyttömyys ha- vaita sen oireita itsessä. Jos päivit- täiselle lääkkeelle ei tunnu olevan mitään tarvetta, niin on aika epäto- dennäköistä, että se jäisi pitkäaikai- seen käyttöön – varsinkaan, jos sillä on haittavaikutuksia, kertoo Raaska.

### **Turha päällekkäisyys ei kannata**

Hoitoon sitoutumisen lisäksi psy- koosien hoitoa voi hankaloittaa esimerkiksi monilääkitys. Lisähyö- dyn sijaan polyfarmasiasta aiheutuu yleensä vain enemmän haittoja, ja myös kustannukset ovat suuremmat.

– Kahden antipsykootin kombinoin- nin hyödyllisyydestä ei ole näyttöä. Lähinnä sitä voidaan kokeilla poti- laille, joille klotsapiinikaan ei toimi, Raaska sanoo.

Yleensä kahden psykoosilääkkeen samanaikaiseen käyttöön päädytään kuitenkin puolivahingossa. Koska psykykenlääkkeiden teho ilmenee usein vasta viikkojen kuluessa, po- tilaan oireet eivät välttämättä heti tunnu hellittävän ja alkuperäisen valmisteen rinnalla aletaan käyttää myös toista lääkettä.

– Jos oireet sitten paranevat, ei tie- detä, mistä se johtuu. Onko se tämä kombinaatio, onko uusi lääke pa- rempi vai onko kyse vain siitä, että ei jaksettu odottaa ensimmäisen lääke- keen vaikutusta? Usein käy lopulta niin, että molemmat jäävät käyttöön. Ajatellaan, että ei uskalla nyt tehdä mitään, kun tilanne on näin hyvä.

Raaskan mukaan päällekkäisyys on toki perusteltua silloin, kun lääki- tystä vaihdetaan. Välimaastoon ei kuitenkaan pidä jäädä pysyvästi. Useimmissa monilääkitystilanteissa suositus on, että toisesta psykoosi- lääkkeestä luovutaan.

– Siinä on toki se riski, että lopete- taan juuri väärä lääke. Toisen lääke- keen lopettaminen on kuitenkin ainoa keino selvittää, mikä oikeasti tehoaa. ●