



*Opas lääkäreille
ja muulle
ammattihenkilöstölle*

Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet

Raimo Sulkava

Petteri Viramo

Ulla Eloniemi-Sulkava



**SUOMEN
DEMENTIAHOITOYHDISTYS RY**

Sisältö

● Lukijalle.....	3
● Johdanto	5
● Alzheimerin tauti	6
● Vaskulaariset demeniat	8
● Lewyn kappale -tauti ja Parkinson-dementia	10
● Frontaaliset demeniat	12
● Käyttöoireiden taustaa.....	14
● Käyttöoireiden selvittäminen	16
● Hoidon peruslinjat.....	18
● Tavallisimmat dementiaan liittyvät käyttöoireet.....	20
• Aggressiot.....	22
• Ahdistuneisuus ja pelko.....	24
• Aistiharhat eli hallusinaatiot	26
• Akuutti sekavuustila eli delirium.....	28
• Harhaluulot eli deluusiot.....	30
• Katastrofireaktiot	32
• Levottomuus ja vaeltelu.....	34
• Masennus	36
• Pakkoitku ja pakkonauru	38
• Persoonallisuuden ja käyttäytymismallien muutokset.....	40
• Seksuaaliset käyttöoireet	42
• ”Sundowning”	44
• Toisto-oireet ja tavaroiden keräily	46
• Unihäiriöt	48
• Virhetulkinnat	50
● Omainen dementoituneen rinnalla.....	52
● Vinkkejä omaiselle lääkkeettömästä hoidosta	53
● Kirjallisuutta.....	55

Julkaisija:

Suomen dementiahoitoyhdistys

Arkadiankatu 19 C

00100 Helsinki

Puh. (09) 4542 848

Fax (09) 4542 8450

Email: dementia@dementiahoitoyhdistys.fi

www.dementiahoitoyhdistys.fi

Tekijät:

Raimo Sulkava

Petteri Viramo

Ulla Eloniemi-Sulkava

Sarja:

Dementiapotilaiden hoidon kehittäminen

Julkaisu n:o 3/1999

1. PDF-versio

ISBN 952-99209-7-0 (PDF)

Kustantaja:

Janssen-Cilag Oy

Metsäneidonkuja 8, 02130 Espoo

Puh. (09) 4155 5300

Fax (09) 4155 5301

Email: info@jacfi.jnj.com

www.janssen-cilag.com

Lukijalle

Dementiaa aiheuttavat sairaudet heikentävät ensisijaisesti sairastuneen kognitiivista eli älyllistä toimintakykyä. Kuitenkin kaikkiin sairauksiin liittyy myös sairastuneen käyttäytymisen muutoksia. Käyttöoireet ovat usein hoidon kannalta sekä potilaalle, omaiselle että meille ammattiauttajille kognitiivisia puutosoireita haasteellisempia. Myös dementoituneen ennusteen kannalta ne ovat erittäin merkittäviä. Tämä opas kuvaa dementoituneilla esiintyviä käyttöoireita, niiden tutkimista ja hoitamista.

Dementiapotilaiden hoidon kehittämiseen tähtäävä tutkimus on viime aikoina ollut vilkasta. Erityisesti Alzheimerin taudin kognitiivisten oireiden lääkehoidossa on tapahtunut merkittävää kehitystä. Helposti jää huomaamatta se tutkimus- ja kehitystyö, jota on tehty dementoituneen käyttöoireiden osalta. Myös tällä saralla lääkehoidossa on otettu merkittäviä edistysaskelia, mutta ennen kaikkea lääkkeettömien hoitojen ja dementoituneille suunniteltujen hoitopaikkojen kehitys on ollut ripeää.

Oppaassa esitetyt näkemykset perustuvat sekä tutkimuksiin että työssämme keräämiimme kokemuksiin. Edustamme kolmea hieman erilaista näkökulmaa, jotka olemme pyrkineet yhdistämään oppaan sivuille. Toivomme oppaan helpottavan hankalissa hoitotilanteissa selviytymistä sekä osaltaan parantavan dementoituneiden hoidon tasoa ja elämänlaatua.

Raimo Sulkava	Petteri Viramo	Ulla Eloniemi-Sulkava
Geriatrian professori	Yleislääketieteen ja	Tutkija, erikoissairaanhoidtaja
Neurologian ja geriatrian	geriatrian erikoislääkäri	Filosofian tohtori
erikoislääkäri		

Tämä on oppaan seitsemäs, kokonaan päivitetty versio. Aiempia painoksia on painettu kaikkiaan yli 45 000 kappaletta, mikä kuvastanee aiheen ajankohtaisuutta ja merkitystä käytännön hoitotyössä. Oppaan 1.–5. painoksen käsikirjoitusta ovat kommentoineet monipuolistaneet ja tarkentaneet psykiatrian ja psykogeriatrian erikoislääkäri, LT Tuula Saarela ja psykiatrian ja psykogeriatrian erikoislääkäri, professori Hannu Koponen, mistä heille suuret kiitoksemme.

Tekijät



Johdanto

Dementia on oireyhtymä, jossa kognitiiviset kyvyt, etenkin muisti, heikkenevät, mistä aiheutuu sosiaalista tai ammatillista haittaa. Dementoiviin sairauksiin kuuluu myös käyttäytymisen muutoksia ja psykologisia oireita. Joka kahdestoista 65 vuotta täyttänyt henkilö kärsii dementiasta, yli 85-vuotiaista jo joka kolmas. Suomessa on arviolta 85 000 vähintään keskivaikeasti dementoitunutta henkilöä ja heidän määränsä lähes kaksinkertaistuu tulevana vuosikymmeninä.

Dementian aiheuttava sairaus on tärkeää diagnosoida jokaisen potilaan kohdalla. Syyn selvittäminen on välttämätöntä hoidon suunnittelua ja toteutusta varten. Se auttaa myös ennusteen arvioinnissa ja helpottaa omaisten sopeutumista uuteen tilanteeseen. Eri dementoivissa sairauksissa oireet vaihtelevat ja myös hoito on erilainen.

Dementoiviin sairauksiin liittyy erityyppisiä käytösoireita ja psykologisia oireita (engl. Behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD). Käytösoireet ovat dementoituneen käyttäytymisen piirteitä, joita voidaan havainnoida. Psykologiset oireet kertovat dementoituneen mielen sisällöstä ja ne tulevat tavallisesti esille potilaan ja omaisen haastattelussa. Tässä oppaassa puhuessamme käytösoireista tarkoitamme näitä molempia.

Käytösoireiden hoitaminen on dementoituneen hyvän hoidon yksi tärkeä osa. Käytösoireet ovat tärkein omaishoitajien stressiä ja potilaan laitostumisen riskiä lisäävä tekijä. Oireet aiheuttavat myös dementoituneelle itselleen kärsimystä. Käytösoireiden nopea vaihtelu ja ennalta arvaamattomuus aiheuttavat omaisille ylimääräistä rasitetta. Käytösoireet johtavat usein turhaan tai liialliseen rauhoittavaan lääkitykseen, joka saattaa heikentää potilaan ennustetta.



Alzheimerin tauti

Alzheimerin tautia sairastaa yli 60 % kaikista dementiaipotilaista. Alzheimerin taudin syy on edelleen tuntematon. Harvoissa tapauksissa on todettavissa perinnöllinen geenivirhe, joka aiheuttaa taudin. Lisäksi apolipoproteiini E:n 4-muodon tiedetään olevan Alzheimerin taudin yksi riskitekijä.

Alzheimerin taudille on tyypillistä hidas alku, tasainen eteneminen ja tyypilliset muutokset aivojen ohimolohkossa ja myöhemmin muualla kuorikerroksessa (–amyloidi- ja tau-proteiinien kertyminen sekä kolinergisten hermosolujen kuolema) sekä asetyylikoliini-välittäjäaineen puutos aivojen kuorikerroksessa. Alzheimerin taudin ensimmäinen oire on muistin ja oppimisen heikkeneminen. Vast'ikään tapahtuneiden asioiden muistaminen ja uuden oppiminen huononevat jo taudin varhaisvaiheessa. Kognitiivisten toimintojen nopeus ja sujuvuus heikkenevät, samoin puheen sujuvuus ja toiminnan suunnittelu ja ohjanta. Taudin diagnoosi perustuu kliinisiin oireisiin ja tutkimuslöydöksiin. Millään kuvantamis- tai laboratoriotutkimuksella ei tautia voi suoraan diagnosoida, mutta aivojen tietokone- tai magneettikuvauksessa nähdään usein tyypillinen aivojen ohimolohkojen surkastuminen. Taudin kesto on keskimäärin 12–15 vuotta.

Alzheimerin taudin käytösoireet ovat monimuotoisia. Masennusta ja ahdistusta esiintyy joka toisella Alzheimer-potilaalla erityisesti taudin alkuvaiheessa. Käyttäytymisen muutokset, kuten levottomuus ja aggressiivisuus, ovat tavallisempia demencian edettyä keskivaikeaan vaiheeseen. Alzheimerin taudissa käytösoireet voivat heikentää myös jäljellä olevia kognitiivisia kykyjä. Lääkkeettömiin hoitoihin huonosti reagoiviin käytösoireisiin voidaan käyttää myös psykoosilääkkeitä, kuitenkin pieninä annoksina ja mieluiten uusia antipsykootteja.

Alzheimerin taudin oireenmukaisessa hoidossa on mahdollisuus käyttää asetyylikoliinia pilkkovia entsyymejä estävät lääkkeitä (AKE-estäjiä) ja glutamaatin toksisia vaikutuksia estävää lääkettä. AKE-estäjiä ovat galantamiini (Reminyl 16–24 mg x 1), donepetsiili (Aricept 5–10 mg x1) ja rivastigmiini (Exelon 3–6 mg x2), glutamaattijärjestelmään vaikuttaa memantiini (Ebixa 10 mg 1x2). Jatkossa käytämme näistä lääkkeistä termiä Alzheimer-lääkkeet. Kolesterolihäiriöiden ja verenpaineen hoidolla voitaneen pienentää Alzheimerin taudin riskiä. E-vitamiini yhdistettynä C-vitamiiniin saattaa myöhentää taudin ensioireiden ilmaantumista ja voi ehkä hieman hidastaa taudin etenemistä. On kuitenkin muistettava, että E-vitamiini suurina annoksina saattaa jopa lisätä verenkiertohäiriöiden riskiä. Alzheimer-potilaan fyysisen kunnon hoitaminen on tärkeää toimintakyvyn ylläpitämiseksi.



Alzheimerin tauti

• Kognitiiviset oireet

Muistin huononemisen (erityisesti lähimuisti ja uuden oppiminen heikentyneet) lisäksi potilaalla on yksi tai useampi seuraavista oireista:

- afasia (kielellinen häiriö)
- apraksia (tahdonalaisten liikkeiden koordinaatiohäiriö, ”kätevyuden häiriö”)
- agnosia (kyvyttömyys tunnistaa objekteja normaalista aistitoiminnasta huolimatta, ”hahmottamisen häiriö“)
- vaikeudet tuloksiin tähtäävässä toiminnassa ja toiminnan ohjannassa (eksekutiiviset toiminnot)

• Fyysiset oireet

- Laihtuminen, usein jo suhteellisen varhaisessa taudin vaiheessa
- Virtsan pidätyskyvyttömyys
- Yleinen jäykkyys ja kävelyvaikeudet keskivaikeassa – vaikeassa dementiaassa

• Käytösoireet

- Masennus
- Aggressiivisuus (usein kuitenkin ymmärrettävä syy käytökselle)
- Ahdistuneisuus
- Motorinen levottomuus
- Varastamisharhat (johtuu usein tavaroiden hukkaamisesta)
- Näköharhat (tavallisempia Lewyn kappale-taudissa)
- Unihäiriöt (yleisempiä vaskulaarisessa dementiaassa ja Lewyn kappale -taudissa)

• Lääkkeetön hoito

- Fyysisiä ja muitakin oireita voidaan myöhentää aktiivisella liikkumisella ja mahdollisesti tehostetulla, runsasenergisellä ravitsemuksella.
- Sopivat virikkeet, tuttu, turvallinen ympäristö, aiemman elämäntavan jatkaminen

• Lääkehoito

Asetyylikoliiniesteraasin estäjä:

- donepetsiili (Aricept) 5–10 mg x 1
 - rivastigmiini (Exelon) 3–6 mg x 2
 - galantamiini (Reminyl) 16–24 mg x 1
- Glutamaattiin vaikuttava lääke:
- memantiini (Ebixa) 10 mg x 2



Vaskulaariset dementiat

Aivoverenkierron häiriöt ovat toiseksi tavallisimpia dementiaan johtavia tiloja (15 %). Niitä kutsutaan yhteisesti vaskulaarisiksi demensioiksi. Vaskulaarista dementiaa sairastavan potilaan oireiden luonne määräytyy aivoihin syntyneen vaurion sijainnin ja laajuuden mukaan. Vauriot liittyvät usein pienten valtimoiden tukoksiin ja painottuvat aivojen syvienosien valkeaan aineeseen. Suomessa on löydetty vajaasta kahdestakymmenestä suvusta perinnöllinen vaskulaarinen dementia, CADASIL (= cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy).

Vaskulaarisissa demensioissa käytösoireita esiintyy yhtä paljon kuin Alzheimerin taudissakin, mutta ne eivät lisääny kognitiivisen toimintakyvyn heiketessä samalla tavoin kuin Alzheimerin taudissa. Tavallisimpia oireita ovat masennus, unihäiriöt ja ahdistuneisuus.

Vaskulaarisessa demensiossa sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden hoitaminen on tärkeää. Kohdennettua lääkkeitä voi kokeilla myös vaskulaarisessa demensiossa, vaikka Alzheimerin taudin hoitoon tarkoitettuja lääkkeitä eivät olekaan virallisesti indisoituja. Pieni annos asetyylisalisyylihappoa (esim. Aspirin Cardio, Disperin, Primaspan 50-100mg x1) on tapana aloittaa lisämuutosten estohoidoksi. Lisäksi on syytä huolehtia kohonneen verenpaineen, veren sokeri- ja kolesterolipitoisuuden hoidosta.



Vaskulaariset dementiat

• Kognitiiviset oireet

- Muistihäiriöt ja muut kognitiiviset oireet
- Lisäksi potilaalla täytyy olla:
 - fokaalisia neurologisia löydöksiä ja oireita (esim. jänneheijasteiden korostuminen, pseudobulbaari pareesi, epänormaali kävely, raajan heikkous) tai
 - kuvauksissa aivoverenkierron häiriön osoittavat löydökset (kortikaalisia tai valkean aineen muutoksia), jotka voidaan etiologisesti liittää häiriöön

• Fyysiset oireet

- Kävelyvaikeudet (töppöttely, leveäraiteinen kävely)
- Jäykkyys (rigiditeetti ja/tai spastisuus)
- Halvausoireet
- Toiminnan hidastuminen

• Käytösoireet

- Masennus
- Ahdistus
- Sekavuus (erityisesti yöllä)
- Paranoidisuus
- Unihäiriöt

• Lääkkeiden hoito

- Säilyneiden kykyjen hyväksikäyttö
- Säännöllinen liikunta

• Lääkehoito

- Sydän- ja verisuonisairauksien ja niiden riskitekijöiden hoito
- Asetyylisalisyylihappo (Aspirin Cardio, Disperin, Primaspan) 50–100 mg x 1
- Alzheimer-lääkkeitä (Aricept, Ebixa, Exelon, Reminyl) voi käyttää samoilla annoksilla kuin Alzheimerin taudissa, potilailla ei ole oikeutta SV-peruskorvaukseen.



Lewyn kappale -tauti ja Parkinson-dementia

Lewyn kappale -tauti on kolmanneksi yleisin demencian aiheuttaja (15%). Potilaat ovat sairastuessaan keskimäärin nuorempia kuin Alzheimer-potilaat, usein 60–70 -vuotiaita. Nimensä tauti on saanut mikroskooppisista Lewyn kappaleista, joita on tyvitumakkeiden lisäksi myös isoavokuorella. Lewyn kappale -tauti muistuttaa yleistynyttä Parkinsonin tautia.

Lewyn kappale -taudin oireena on ekstrapyramidioireiden lisäksi vaihtelevia kognitiivisia ja käytösoireita. Nyrkkisään-
tönä voidaan pitää, että jos potilaalle tulee vuoden sisään Parkinson-oireiden alkamisesta kognitiivisia tai käytösoireita, niin kyseessä on Lewyn kappale -tauti. Monimuotoiset psyykkiset oireet depressiosta psykooseihin voivat edeltää vuosikausia ekstrapyramidi- ja kognitiivisia oireita. Potilaan ollessa virkeä Lewyn kappale -tautia sairastavan muisti on yleensä huomattavasti parempi kuin Alzheimerin taudissa. Uusien asioiden oppimista voi tapahtua pitkällekin edenneissä taudissa. Kolmasosalla kaikista Lewyn kappale -tautipotilaista on samanaikainen Alzheimerin tauti. Kuvantamisessa tai laboratoriotutkimuksissa ei ole spesifejä löydöksiä lukuunottamatta SPECT tai PET-tutkimuksissa havaittavissa olevia Parkinson-tyyppisiä muutoksia.

Lewyn kappale -taudin hoidossa on erityistä huomiota kiinnitettävä potilaan liikuntakykyyn ja fyysiseen kuntoon. Kävelykyvyn häviäminen on tavallinen laitoshoitoon joutumisen syy ja kuntoutuksella sitä voidaan myöhentää. Potilaat ovat yleensä hyvin herkkiä psykoosilääkkeiden sivuvaikutuksille ja jo tavallistakin annoksista potilaan fyysinen ja psyykinen kunto voi romahtaa. Esimerkiksi taudissa usein esiintyviä näköharhoja ei kannata hoitaa psykoosilääkkeillä, jos ne eivät potilasta huomattavasti haittaa tai ahdistaa.

Parkinsonin tautiin liittyy dementoitumista sairauden myöhäisvaiheessa jopa kolmasosalla potilaista. Oireet ja aivomuutokset ovat samankaltaisia kuin Lewyn kappale -taudissa. Myös Parkinson-demencian käytösoireet ovat samantyyppisiä kuin Lewyn kappale -taudissa, kuten hoitokin. Parkinson-potilailla on lisäksi yleensä runsas Parkinson-lääkitys, mikä saattaa lisätä käytösoireita.



Lewyn kappale -tauti

• Oireita

- Kognitiivinen heikentyminen
Kognitiivisen heikentymisen lisäksi vaaditaan todennäköisen Lewyn kappale -taudin diagnoosiin kaksi näistä kolmesta oireesta:
- Ekstrapyramidioireet (jäykistyminen, kävelyhäiriö, jopa vapina)
- Oireiden ja vireydetason vaihtelu (esim. potilas voi nukahtaa vastaanotolla)
- Yksityiskohtaiset näköharhat (ihmisiä, eläimiä, verhoja ym.)

• Lisäksi muita oireita:

- Selittämättömät kaatumiset, pyörtymiset ja lyhyet tajuttomuuskohtaukset
- Herkkyys neuroleptien sivuvaikutuksille. Myös muita laakkeita on syytä käyttää varovaisesti.
- Muut harhat kuin näköharhat (kuuloharhat, harhaluulot)
- Aggressiivisuuspuuskat, joihin on yleensä laukaisevia tekijöitä. Kynnys reagoida aggressiivisesti on Lewy-potilailla alentunut ja reaktio on tavanomaista voimakkaampi.
- Sekavuustaipumus, kun potilas väsynyt

• Lääkkeetön hoito

- Säännölliset kävelylenkit ja Parkinson-tyyppinen voimistelu heti, kun diagnoosi on tehty. Potilas on syytä lähettää asiantuntevan fysioterapeutin arvioon viimeistään, kun hänelle tulee toimintakykyä haittaavia liikkumisvaikeuksia ja ekstrapyramidioireita.
- Säilyneiden kykyjen hyväksikäyttö

• Lääkehoito

- Alzheimer-lääkkeet galantamiini (Reminyl) 8–24 mg x 1, donepetsiili (Aricept) 2,5–10 mg x 1 ja rivastigmiini (Exelon) 1,5–4,5 mg x 2 saattavat parantaa vireydetasoa ja vähentää käytösoireita. Lewyn kappale -tauti- ja Parkinson-dementia potilaat ovat Alzheimer-potilaita herkempiä lääkkeiden vaikutuksille ja haittavaikutuksille.
- Joskus levodopa pienellä annoksella vähentää ekstrapyramidioireita (Kardopal, Madopar, Sinemet 50/12,5 –100/25 1 x 3)
- Käytösoireisiin, jos välttämätöntä, epätyypillisiä antipsykootteja alkaen pienillä annoksilla, esim. risperidoni (Risperdal) 0,25–1,0 mg x 1–2 tai ketiapiini (Seroquel) 12,5 mg–25 mg x 1–2.



Frontaaliset dementiat

Pari prosenttia kaikista dementiatapauksista kuuluu ns. frontaaliin dementioihin, mutta ennen 65. ikävuotta alkaneista tapauksista jopa kymmenesosa. Kolmasosalla frontaalista dementioista kärsivistä potilaista on Pickin tauti, jossa on tyypilliset neuropatologiset muutokset. Osa frontaalista dementioista on autosomissa määrättyvästi periytyviä. Myös harvinainen autosomissa peittyvästi periytyvä Hakolan tauti kuuluu frontaaliin dementioihin. Diagnostiikassa kuvantamistutkimuksissa (TT/MRI ja SPECT/PET) nähdään usein frontotemporaalisesti painottuvia muutoksia. Alzheimerin taudista poiketen EEG on usein normaali.

Frontaalissa dementioissa oireina potilailla on persoonallisuusmuutoksia: käyttäytymiseen tulee estottomuutta, tahdittomuutta ja arvostelukyvttömyyttä. Seksuaalisesti virittyneet puheet ja teotkin ovat tavallisia. Potilaat ovat itse usein huolettomia, eivätkä tunnu oireistaan kärsivän. Tyypillistä on, että toiminnanohjaus (=eksekutiiviset toiminnot) on huomattavasti heikentynyt, mikä näkyy suunnittelun ja abstrahoinnin vaikeutumisena. Potilaat ovat virikkeiden ja ärsykkeiden vietävissä jättäen entisen toiminnan kesken siirtäessään uuteen; toisaalta he saattavat olla aloitekyvyttömiä. Lähimuisti on yleensä säilynyt paremmin kuin Alzheimerin taudissa.

Frontaaliin dementioihin liittyvien käytösoireiden hoito on usein huomattava haaste omaiselle ja hoitohenkilökunnalle. Spesifiä lääkettä ei ole ja oireenmukaisen lääkehoidon teho jää usein vähäiseksi. Pieniä annoksia serotoniiniselektiivisiä lääkkeitä ja epätyypillisiä antipsykootteja voi yrittää.



Frontaaliset dementiat

• Oireita

- Persoonallisuusmuutokset (estottomuus/tahdittomuus, arvostelukyvttömyys, huolettomuus)
- Puheet ja teotkin voivat olla seksuaalisväritteisiä
- Heikentynyt päättelykyky
- Toiminnanohjauksen (=eksekutiiviset funktiot) heikentyminen näkyen suunnittelun ja abstrahoinnin vaikeutumisena, impulsiivisuutena
- Muisti kohtalaisesti säilynyt
- Puhe normaalia tai ympäröivää, joskus afasiaa
- Joskus Klüber-Bucy -syndrooma (hyperoraalisuus, hyperseksuaalisuus, visuaalinen agnosia)

• Lääkkeetön hoito

- Perustuu oireiden syntymekanismin ymmärtämiseen ja jäljellä olevien kykyjen hyväksi käyttöön. Esim. potilaan lähimuisti ja hahmottamiskyky saattavat olla hyvin säilyneet.
- Rauhallinen ja selkeä elinympäristö vähentää impulsiivisuutta
- Käytösoiretta laukaisevien ympäristöärsykkeiden minimointi
- Kiellet ja rajojen asettaminen lisäävät levotonta ja impulsiivista käyttäytymistä. Niiden sijaan potilaan toiminnallinen levottomuus suunnataan häntä kiinnostavaan toimintaan.
- Positiivinen huomiointi vähentää ahdistusta ja ehkäisee käytösoiretta
- Käytösoiretilanteessa: asiallinen ja kunnioittava kanssakäyminen ei vahvista käytösoiretta.

• Lääkehoito

- Pientä annosta antipsykoottia (risperidoni [Risperdal] 0,25–1 mg x 1–2 tai ketiapiini [Seroquel] 12,5–50 mg x 1–2) tai masennuslääkettä [esim. sitalopraami 10–20 mg x 1, mirtatsapiini 15–30 mg x 1]) voi yrittää tasapainottamaan tilannetta. Näillä ei yleensä kuitenkaan voida oireita kokonaan poistaa
- On varottava liian suurista psykoosilääkeannoksista, joilla hävitetään potilaan jäljellä olevat kyvyt



Käyttösoireiden taustaa

Käyttösoireen taustalta löytyy yleensä useita syitä. Käyttösoireen syntyyn vaikuttaa neurokemiallisten ja -patologisten muutosten lisäksi dementoituneen persoonallisuus ja hyvin merkittävästi ympäristö, jossa dementoitunut elää.

Tärkeimmät käyttösoireita selittävät tekijät ovat potilaan sairastama dementoiva sairaus, sen vaikeusaste ja siitä aiheutuneet kognitiiviset muutokset. Alzheimerin taudissa psykologiset oireet, kuten masennus ja ahdistus ovat tavallisia taudin alkuvaiheessa ja käyttäytymisen oireet taudin vaikeassa vaiheessa. Frontaalissa dementioissa varhaiset persoonallisuuden muutokset ja sairautentunnottomuus, empatiakyvyn ja sosiaalisten taitojen menetys, pakko-oireet ja sopimaton leikkimielisyys leimaavat taudin alkuvaihetta. Lewyn kappale -taudissa yksityiskohtaiset näköharhat ja myös harhaluulot ja aggressiivisuus ovat tavallisia. Potilaan persoonallisuudessa ennen sairastumista esiintyneet piirteet vaikuttavat myös käyttösoireiden syntyyn.

Osa dementiapotilaan käyttösoireista, kuten virhetulkinnat, syntyvät dementiaa aiheuttavan sairauden kognitiivisten häiriöiden pohjalta. Osaan oireista, kuten depressioon ja aggressioon, vaikuttavat puolestaan huomattavasti yksilön ja ympäristön vuorovaikutuksen häiriöt. Ympäristö, jossa dementoitunut elää, muovaa ja huonoimmillaan jopa synnyttää käyttösoireita. Yleensä dementoituneiden käyttösoireet ovat vähäisempiä tutussa ja turvallisessa ympäristössä, kuten kotona. Toisaalta tuttuakin ympäristö voi dementoituneesta tuntua vieraalta aiheuttaen eksoyksissä oloa ja harhaluuloja muistuttavia pelkoja.

Ympäristön tunnelmalla ja kanssaihmiesten asenteilla on merkitystä. Hoitajan epäarvostava, dementoitunutta ymmärtämätön tai pakottava suhtautuminen aiheuttaa herkästi käyttösoireita. Hoitopaikan henkistä ilmapiiriä heikentävät ihmissuhdeongelmat tai kiireisyys altistavat käyttösoireille. Ympäristötekijät, kuten liiallinen ärsykkeiden määrä, meluisuus tai alati vaihtuvat ihmiset lisäävät käyttösoireita. Myös vuorokauden ajalla on merkitystä käyttösoireiden syntyyn, esimerkiksi alkuillasta esiintyy usein oireita. Dementoituneen muut sairaudet ja etenkin aistien heikentynyt toiminta ja kommunikaatiokyvyt altistavat käyttösoireille.



Dementoiviin sairauksiin liittyviä käyttösoireita

• Psykologisia oireita

- Masennus
- Ahdistuneisuus
- Unihäiriöt
- Aistiharhat ja harhaluulot
- Virhetulkinnat

• Käyttäytymisen oireita

- Fyysinen aggressiivisuus
- Levottomuus ja kuljeskelu
- Estoton käyttäytyminen
- Huutelu
- Pakko-oireet
- Toisto-oireet ja tavaroiden keräily
- Katastrofreaktiot
- Sundowning

Käyttösoiretta laukaisevat tekijät

- dementoiva sairaus
 - neurokemialliset muutokset
 - välittäjäainepuutokset
 - neuropatologiset muutokset
 - hermosolujen valikoiva rappeutuminen
- kognitiiviset oireet
- muu somaattinen terveys
- elinympäristö
 - fyysinen ympäristö
 - psykososiaalinen ympäristö (ilmapiiri ja vuorovaikutussuhteet)
- yksilölliset ominaisuudet (persoonallisuus, elämänhistoria, minäkuva ja sairauden siihen tuomat muutokset)
- psyykkiset syyt (tunneherkkyyden lisääntyminen, puolustusmekanismien heikentyminen)



Käyttöoireiden selvittäminen

Käyttöoireiden selvittelyssä tulisi pyrkiä löytämään oireita laukaisevat tekijät. Potilaan ja omaisen haastattelu ja havainnointi ovat keskeiset työvälineet. Mitä monipuolisempia näkemyksiä selvittelyssä voidaan käyttää, sitä parempi on yleensä myös lopputulos. Käyttöoireiden tutkimisessa tarvitaan koko hoitotiimin panostusta, kuten oireiden hoitamissakin.

Potilaan sairastaman dementoivan sairauden ja kognitiivisten oireiden tunteminen on edellytys hyvälle hoidolle. Somaattisen terveydentilan tutkiminen, mm. verenpaineen mittaaminen, keuhkojen ja sydämen kuuntelu, vatsan palpoinnointi ja lääkityksen tarkistaminen ovat tärkeitä. Erityisesti tulisi muistaa aistien, etenkin näön ja kuulontarkkuuksien selvittäminen sekä suolen ja virtsarakon toiminnan tarkistaminen. Potilaan ja omaisen havainnointi tutkimuksen aikana antaa arvokasta lisätietoa potilaan ja omaisen kommunikaatiotavoista sekä oireista ja niiden merkityksestä.

Käyttöoireiden selvittelyssä käytettyjä laboratoriotutkimuksia ovat esim. PVK, infektio tutkimukset (La, CRP, PLV), TSH, S-Ca-Ion, S-K, S-Na, S-Krea, lääkeainepitoisuuksien määrittäminen ja EKG.

Käyttöoireiden selvittämisessä voi apuna käyttää myös erilaisia testejä. Depressiivisiä oireita selvittäviä testejä ovat mm. Cornellin masennusasteikko ja Geriatriksen depressioasteikko (GDS). Monimutkaisempia testejä ovat Neuropsykiatrinen haastattelu (NPI) ja Cohen-Mansfieldin levottomuusasteikko (CMAI).

Varsin usein käyttöoireen syy tai sen laukaissut tekijä löytyvät ympäristöstä ja siitä kuinka kyseinen potilas sen tulkitsee. Tulkintaan vaikuttavat kognitiivisen tason ohella henkilökohtaiset ja psykologiset tekijät. Käyttöoireisiin vaikuttavien ympäristötekijöiden selvittäminen kuuluu tärkeänä osana perusselvityksiin. Potilaan elämänhistorian ja peruspersoonallisuuden tunteminen auttavat käyttöoireiden ymmärtämisessä ja hoidossa.



Käyttöoireiden selvittäminen

- Kenelle oireesta on haittaa? Voidaanko oiretta sietää?
- Kuinka käyttöoire näkyy arkielämässä (tilanne, vuorokaudenaika, tunneilmasto)?
- Kuinka kognitiiviset oireet vaikuttavat käyttäytymiseen?
- Kiinnitä huomio, kuinka potilas ja omainen reagoivat hankaliin tilanteisiin ja kommunikoivat keskenään
- Pyri löytämään oireen mielekkyys potilaan näkökulmasta
- Pyri ymmärtämään mitä potilas käyttäytymisellään viestii (elämänhistorian ja peruspersoonallisuuden tunteminen auttavat)
- Muista, että dementiapotilas voi olla väärinkäytön uhri

• Potilaan kliininen tutkiminen

- Lääkityksen tarkistaminen
- Potilaan ja omaisen havainnointi ja haastattelu
- Selvitä kognitiivisen toimintakyvyn taso (esim. MMSE)
- Sydämen ja keuhkojen kuuntelu, verenpaineen mittaaminen
- Näön ja kuulon tarkkuuksien tarkistus
- ”Hiljaiset vammat” (esim. potilas kaatunut yksin ollessaan)
- Vatsan palpaatio, kuinka ulostaminen ja virtsaaminen sujuvat?
- Esiintyykö kipua?

• Laboratoriokokeet tarvittaessa

- PVK, PLV, La, CRP, TSH, S-Ca-Ion, S-K, S-Na, S-Krea, EKG, lääkeainetutkimukset

• Ympäristötekijöiden selvittely

- Turvallisuus
- Meluisuus, valaistus
- Henkilökunnan asenteet ja osaaminen

• Käyttöoiretestit

- Neuropsykiatrinen haastattelu (NPI)
- Cornellin masennusasteikko
- Geriatriksen depressioasteikko (GDS)
- Cohen-Mansfieldin levottomuusasteikko (CMAI)



Hoidon peruslinjat

Käyttösoireisiin ei aina tarvitse puuttua. Käyttösoireita pitää hoitaa, jos oire rasittaa potilasta tai omaista, heikentää dementoituneen kykyä huolehtia itsestään, vaarantaa sosiaalista kanssakäymistä tai aiheuttaa vaaratilanteita. Usein käyttösoireiden hoidossa joudutaan tyytymään oireen lievittymiseen ja osittaiseen hoitotulokseen.

Hoitoympäristön muuttaminen turvalliseksi ja virikkeiden määrän yksilöllinen optimointi ovat osa hyvää hoitoa. Myös ympäristön ilmapiirin negatiivisiin ilmiöihin on puuttuttava. Hoitavien henkilöiden kommunikaatiotaitojen kehittäminen vähentää käyttösoireisiin johtavien tilanteiden syntyä. Käyttösoireita laukaisevien tekijöiden poistaminen sekä muiden sairauksien hyvä hoito lievittävät myös käyttösoireita.

Dementoituneen käyttösoireiden hoidossa lääkkeettömät hoidot ovat ensisijaisia. Lääkehoidot ovat vasta toissijaisia. Psykologisten oireiden, kuten masentuneisuuden ja ahdistuneisuuden hoidossa voi käyttää myös yksilö- tai ryhmäterapeuttisia lähestymistapoja. Dementoituneiden käyttösoireiden hoidossa käytettyjä lähestymistapoja ovat mm. aktiivoiva viriketoiminta, realiteettiterapia, validaatiomenetelmä, resoluutiomenetelmä, muistelu- ja musiikkiterapiat. Erilaiset dementoituneen aktivointiin tähtäävät viriketoiminnat, kuten musiikki, lemmikkieläimet ja fyysinen aktivointi ovat osoittautuneet hyödyllisiksi.

Ennen kuin käyttösoireen lääkehoitoa aloitetaan, pitää varmistua siitä, ettei oireen taustalla ole mitään fyysistä, psyykkistä tai ympäristöperäistä syytä, joka voitaisiin hoitaa muulla tavoin. Hoidolle pitää asettaa selkeät tavoitteet, sopia hoidon seurannasta ja kestosta. Lääkkeen valinnassa pitää pyrkiä valitsemaan valmiste, jolla on mahdollisimman hyvä siedettävyyden. Serotoniiniselektiiviset masennuslääkkeet ja epätyypilliset antipsykootit ovat usein suositeltavia vähäisempien sivuvaikutusten vuoksi.

Lääkehoito tulee aloittaa pienellä annoksella. Iäkkäille suositellut annokset on dementiaopotilaita hoidettaessa syytä puolittaa. Lääkeannosta nostetaan hitaasti ja pienin lisäyksin. Vain harvoissa akuuttitilanteissa lääkehoidolla on todellinen kiire. Samoin tehon arviointi tulisi suorittaa riittävän pitkän seurannan jälkeen. Masennuslääkkeiden kohdalla vähintään 12–24 viikon seuranta on tarpeen. Psykoosilääkkeiden kohdalla tehon arviointi pitäisi tehdä viimeistään 4–6 viikon jälkeen. On suositeltavaa että psykoosilääkehoidon pituus on enintään 4–8 kk, jonka jälkeen lääkityksen tarpeellisuus pitää arvioida uudelleen. Jos lääkehoito osoittautuu tehottomaksi, se pitää lopettaa. Lääkehoidot unohtuvat helposti käyttöön ilman, että niiden tehoa ja tarvetta olisi uudelleen arvioitu.



Hoidon peruslinjat

• Lääkkeetön hoito

Aina ensisijainen hoitomuoto käyttösoireisiin

- Pyri selvittämään oiretta laukaisevat tekijät ja hoida sen mukaisesti
 - hoitotiimi sopii hoidon, sen tavoitteet ja seurannan
- Hoitoympäristön muovaaminen
 - turvallisemmaksi, selkeämmäksi, valoisammaksi
 - muistuttamaan tavallisen elämän ympäristöä
- Hoitohenkilöstön kouluttaminen ja jaksamisen tukeminen
- Omaisten tukeminen
- Erilaiset “psykologiset terapiat”
 - Realiteettiterapia
 - Validaatiomenetelmä
 - Muisteluterapia
- Musikkiterapia
- Psykomotoriset terapiat
- Liikunta, fysioterapia, lemmikkieläimet, luovuus ryhmät, kirkasvalohoito

• Lääkehoito

- Päätä hoidon tavoitteista ja seurannasta
- Sovi hoidon kesto
- Valitse lääke huolella
- Aloita pienellä annoksella varovasti
- Nosta annosta hitaasti ja vähän kerrallaan
- Seuraa riittävän kauan, lopeta turha hoito

• Eräiden käyttösoireiden tyypilääkkeitä

Masennus

- Serotoniini- ja noradrenaliiniselektiiviset depressiolääkkeet

Ahdistuneisuus

- Serotoniiniselektiiviset lääkkeet
- Buspironi, mahdollisesti masennuslääkkeeseen yhdistettynä

Aistiharhat

- Epätyypilliset antipsykootit, Alzheimer-lääkkeet

Harhaluulot

- Epätyypilliset antipsykootit, Alzheimer-lääkkeet

Levottomuus ja aggressio

- Epätyypilliset antipsykootit, Alzheimer-lääkkeet

Unihäiriöt

- Bentsodiatsepiinireseptoriin sitoutuvat lääkkeet

Poikkeava seksuaalinen käytös

- Serotoniiniselektiiviset masennuslääkkeet

Pakko-oireet

- Serotoniiniselektiiviset masennuslääkkeet



Tavallisimmat dementiaan liittyvät käytösoireet

Dementoiviin tauteihin liittyy kahden tyyppisiä käytösoireita: psykologisia oireita ja käyttäytymisen muutoksia.

Dementoitumisensa alkuvaiheessa dementoitunut itse kykenee tarkastelemaan ja käsittelemään tunteitaan ja ristiriitaitilanteita. Lievässä ja keskivaikeassa dementiaassa psykologiset oireet, kuten masentuneisuus, ahdistuneisuus ja unihäiriöt, ovatkin tavallisia.

Dementian edetessä kyky verrata todellisuutta, tapahtuneita asioita ja omia kokemuksia keskenään heikkenee, mikä johtaa virhetulkintojen, aistiharhojen ja harhaluulojen yleistymiseen. Niitä tavataan eniten keskivaikeasti ja vaikeasti dementoituneilla. Dementian edetessä dementoituneen edellytykset hallita ja työstää omia tunteitaan heikkenevät. Tämä voi johtaa ajattelun ja mielen kaoottisuuteen, joka purkautuu usein poikkeavan käyttäytymisen muodossa. Tällaisia käyttäytymisen oireita ovat mm. levottomuus, huutelu, aggressiivinen käyttäytyminen ja katastrofireaktiot. Myös äkillisiä sekavuustiloja tavataan useammin keskivaikeasti ja vaikeasti dementoituneilla.



Tavallisimpia dementoiviin tauteihin liittyviä käytösoireita

• Psykologisia oireita

%:lla potilaista esiintyy

Depressiivisiä oireita	50–80
Masennus	20–40
Ahdistuneisuus	60
Keskittymiskyvyttömyys	50
Harhaluulot	25
Aistiharhat	25
Virhetulkinnat	15

• Käyttäytymisen oireita

%:lla potilaista esiintyy

Katastrofireaktiot	40
Agitoituminen	20–60
Levottomuus ja vaeltelu	15–25
Verbaalinen vihamielisyys	30
Huutelu	25
Fyysinen aggressiivisuus	15
Euforia ja estottomuus	10
Itsetuhoisuus	5
Seksuaalinen estottomuus	5



Aggressiot

Kaikilla ihmisillä esiintyy joskus vihamielistä käyttäytymistä. Dementoituneen kohdalla aggressio voi saada kuitenkin ongelmallisia muotoja, kun dementoitunut ei kykene kuvaamaan tunteitaan eikä kontrolloimaan käyttäytymistään.

Aggressio voi esiintyä fyysisenä tai sanallisena aggressiona. Fyysinen aggressiivisuus purkautuu usein epätarkoituksenmukaisena voiman käyttönä tai suoranaisena väkivaltana. Se kohdistuu useimmiten omaisiin tai hoitajiin, joskus myös toisiin potilaisiin. Myös yhteistyöstä kieltäytymisen taustalla voi olla aggressiivinen sisältö. Aggressio voi ilmetä vain tiettyihin tilanteisiin liittyvänä, esimerkiksi peseytymisen, pukeutumisen tai ruokailun yhteydessä, tai jatkuvana vihamielisyytenä.

Aggressioiden hoidossa pääsääntönä on käyttäytymistä laukaisevien tekijöiden selvittäminen ja pyrkimys löytää näihin tekijöihin kohdennettu hoito. Tilannesidonnaisessa aggressiossa on tärkeää pyrkiä muuttamaan joko tilannetta tai hoitajan ja omaisen toimintaa ja asennoitumista tilanteeseen. Sekä tilannesidonnaisessa että jatkuvassa vihamielisessä käytöksessä joudutaan usein kuitenkin turvautumaan lääkehoitoon.

Aggression lääkehoidossa psykoosilääkkeet ovat ensisijaisia sekä pitkäaikais- että lyhytaikaisessa käytössä. Niiden tehossa ja annostelussa on huomattavaa vaihtelua potilaidenvälillä. Epätyypilliset antipsykootit, risperidoni ja ketiapiini ovat pieninä annoksina yleensä varsin hyvin siedettyjä ja tehokkaita. Risperidonista on myös nopeasti suussa hajoava valmistemuoto (Risperdal Instasolv), mikä helpottaa lääkkeen annostelua. Joskus akuutissa aggressiotilanteessa voi turvautua myös perinteisiin neurolepteihin, esim. haloperidoliin, mutta pitkäaikaiskäytössä pitäisi käyttää vain epätyypillisiä antipsykootteja, jotka ovat paremmin siedettyjä. Myös serotoniiniselektiivisten masennuslääkkeiden avulla voidaan pyrkiä hillitsemään vihamielistä käyttäytymistä. Mielialaa tasoitavat lääkkeet, kuten valproaatti ja karbamatsepiini, kuuluvat erityistapauksiin erikoislääkärin arvioon perustuen. Joskus joudutaan turvautumaan myös lääkkeiden yhdistelemiseen hoitovasteen saamiseksi. Jos potilaalla ei ole käytössään Alzheimer-lääkettä, sitä voi myös yrittää aggressiivisuuden hoitoon aloittaen pienellä annoksella. Suuret Alzheimer-lääkeannokset voivat jopa pahentaa aggressiivisuutta.



Aggressiot

- **Tilanteeseen liittyviä aggression syitä ja syyntunneita**
 - **Fyysisen tai henkisen reviiirin puolustaminen, kun potilas kokee tulevansa alistetuksi, pakotetuksi tai nolatuksi**
 - älä pakota, viestiä tilanteen, älä dementoituneen ihmisen hallintaa
 - **Turhautuminen, kun ei tule ymmärretyksi**
 - viesti kiinnostusta ja halua ymmärtää
 - **Ahdistus, kun joutuu liian vaativaan tilanteeseen**
 - tule vastaan ja paikkaa dementoituneen kyvyttömyyttä
 - huumorista voi olla hyötyä
 - **Pelko, kun ei ymmärrä, mitä odotetaan tai mitä tapahtuu auttamistilanteessa**
 - muista että sanattomat viestisi ovat tärkeimpiä
 - vältä monimutkaisia selvityksiä tai ohjeita
 - **Suuttumus pukeutumis- tai suihkutilanteessa**
 - **Palelu:** tarkista että syynä ei ole matala verenpaine; potilaan ja ympäristön lämpötilan parantaminen
 - **Hahmottamisen häiriö:** ympäristön selkeyttäminen, valon määrän lisääminen
 - **Muistojen sekoittuminen nykytilanteeseen:** luotettava ja kunnioitettava kanssakäyminen
- **Tilanteeseen liittymättömän aggression syitä ja syyntunneita**
 - **Kipu**
 - muista lääkkeetön hoito (fyysikaalinen hoito jäykkyyden aiheuttamissa lihaskivuuissa)
 - **Matala verenpaine**
 - tarkista lääkitys, tarvittaessa verenpainetta nostava lääkitys etilefriini (Effortil) 10-25mg iltap:llä, fludrokortisoni (Florinef) 0.05-0.1mg aamulla
 - suolan käytön lisääminen, jos siihen ei ole kontraindikaatiota
 - **Huonovointisuus**
 - tarkista lääkitys
 - **Kontaktin tai huomion tarve**
 - huomioi dementoitunut luontevasti, huumorista voi olla hyötyä
 - **Sairauteen sopeutumattomuuden aiheuttama ahdistus**
 - puhu sairaudesta avoimesti sopivissa tilanteissa dementoituneen kyvyt huomioiden
 - **Elämänaikaisten tapahtumien aiheuttama sisäinen ahdistus ja tuska**
 - perheyd elämäntarina
 - viesti turvallisuutta
 - **Vaikeasti hahmotettava ympäristö, melun ja ympäristön tuottamat virhetulkinnat**
 - selkeytä ympäristöä, lisää valaistusta
 - pyri parantamaan ympäristön rauhallisuutta
 - viesti tilannehallintaa
 - **Ympäristön epäarvostava ilmapiiri ja negatiiviset palautteet**
 - henkilökunnan kouluttaminen ja tukeminen
- **Lääkehoito**
 - **Psykoosilääkkeet**
 - risperidoni (Risperdal) 0,25-1 mg x 1-2
 - myös nopeasti suussa hajoava tabletti, Risperdal Instasolv
 - ketiapiini (Seroquel) 12,5 mg x 2-25 mg x 3
 - **Akuuteissa tilanteissa yksittäiset annokset**
 - haloperidoli (Serenase) 1-2 mg x 2-3
 - **Serotoniiniselektiiviset masennuslääkkeet**
 - sitalopraami (Cipramil, Citalopram, Sepram) 10-20 mg x 1
 - sertralini (Zoloft) 25 mg x 1
 - fluoksetiini (Fontex, Fluoxetin, Seronil, Seromex) 10-20 mg x 1
 - fluvoksamiini (Fevarin) 50 mg x 1
 - paroksetiini (Seroxat) 10 mg x 1
 - essitalopraami (Cipralax) 5-10 mg x 1
 - tratsodoni (Azona) 50 mg 1-2 x 1-2
 - **Erytistapauksissa ja pitoisuus- ja verenkuvaseurannassa mielialaa tasoitavat lääkkeet**
 - valproaatti (Absenor, Deprakine, Orfiril) aloitus 300 mg x 2, pitoisuus "epilepsiatasolle" hitaasti annosta nostaen. Pienemmätkin annokset saattavat auttaa.
 - karbamatsepiini (Neurotol, Tegretol) aloitus 100 mg x 1-2



Ahdistuneisuus ja pelko

Ahdistuneisuuteen liittyy usein käyttäytymisenoireita, kuten levottomuutta tai aggressiivisuutta. Ahdistuneisuudentunteet ovat tavallisia lievässä dementiassa, jolloin potilas kykenee oivaltamaan tilansa. Vaikeassa dementiassa ahdistuneisuus purkautuu useimmiten poikkeavana käyttäytymisenä. Somaattiset sairaudet ja lääkkeet ovat myös tärkeitä ahdistuneisuuden syitä.

Lievästi dementoituneen ahdistuksen takana on usein huoli tulevaisuudesta. Aiemmin mielihyvää tuottaneet tapahtumat, matkat ja yhteiset harrastukset saattavat muuttua dementoitumisen myötä ahdistaviksi. Ahdistuneisuuden taustalla voi olla myös pelko yksinäisyydestä. Omaishoitajan poistuminen näköpiiristä voi synnyttää yksin jäämisen pelon, joka saattaa purkautua mustasukkaisuusharhaluoloina tai vihamielisenä käyttäytymisenä. Pelon taustalla voi olla myös kuolemanpelko. Toistuva kyseleminen voi olla merkki ahdistuksesta. Heikentynyt oppimiskyky ja muisti voivat johtaa asioiden kaaokseen, jota dementoitunut pyrkii mm. kysymyksiä toistamalla jäsentämään. Hoitajan turhautuminen pahentaa usein dementoituneen ahdistuneisuutta.

Aistiharhat ja harhaluulot aiheuttavat ahdistusta ja johtavat poikkeavaan käyttäytymiseen, levottomuuteen ja aggressiivisuuteen tai toiminnan vähittäiseen sammumiseen ja apatiaan. Ahdistuneisuus voi peittää alleen vakavan masennustilan. Lisääntynyt ärtyvyys sekä impulsiivinen ja arvaamaton toiminta, jossa reaktiot ulkoisiin ärsykkeisiin ovat suhteetoman suuria, ovat tyypillistä ahdistuneen dementiapotilaan käyttäytymistä.

Dementoituneen ahdistuneisuuden hoidossa lääkkeettömät keinot ovat ensisijaisia. Dementoituneen turvallisuuden vahvistaminen, tuttujen vaatteiden, tottumusten ja tapojen käyttäminen, rauhallisuus, kuunteleminen ja aktiivinen läsnäolo, ympäristön muovaaminen selkeäksi ja ilmapiiriltään kodikkaaksi lievittävät ahdistusta. Lääkehoitona voi kokeilla pientä annosta lyhyen puoliintumisaajan bentsodiatsepiinia. Pitkäaikaiseen käyttöön bentsodiatsepiini eivät dementoituneelle sovellu. Osa ahdistuneista dementiapotilaista hyötyy serotoniiniselektiivisistä masennuslääkkeistä mahdollisesti buspironiin yhdistettynä. Raskaampi lääkitys johtaa usein hankaliin sivuvaikutuksiin, lisää kaatuilua ja voi aiheuttaa sekavuutta.



Ahdistuneisuus ja pelko

• Ahdistuneisuudelle altistavat

- Somaattiset sairaudet
 - sydämen rytmihäiriöt, liian korkea tai matala verenpaine, oireinen sepelvaltimotauti, keuhkosairaudet (astma, keuhkohtaumatauti tai hypoksia muusta syystä), kilpirauhasen vajaa- ja liikatoiminta ja muut endokriiniset sairaudet (Cushingin ja Addisonin taudit), liian matala verensokeri
- Aistiharhat, harhaluulot ja virhetulkinnat
- Lääkkeet
 - digoksiini, nikotiinihappo (Vertipam-huimauslääkkeessä), efedriini ja fenyyliefedriini (yskänlääkkeissä), teofylliini, antikolinergiset lääkkeet, levodopa ja muut Parkinson -lääkkeet, kortisoni
- Alzheimer-lääkkeiden lopetus
- Bentsodiatsepiinien ja unilääkkeiden lopetus, alkoholin vieroitusoireet
- Vieras, meluisa tai muuten rauhaton ympäristö, tyhjä ympäristö

• Lääkkeiden hoito

- Poista altistava tekijä
- Varmista dementoituneen turvallisuus
- Tutut ja turvalliset tavat, tottumukset, tervehdykset
- Ole luotettava kanssaihminen
- Selkeytä ympäristöä, toista asioita rutiininaisesti
- Älä sijoita dementoitunutta osaston kaukaisimpaan huoneeseen
- Kuolemanpelon käsittely potilaan kykyjen ja vakaumuksen mukaan, yhteistyö sairaalapistarin kanssa, jos potilas sen sallii

• Lääkehoito

Tarvittaessa pieni annos bentsodiatsepiinia

- oksatsepaami (Opamox, Oxamin, Oxepam) 7,5–15 mg x 1–2
 - loratsepaami (Temesta) 0,5–1 mg x 1–2
 - tematsepaami (Tenox) 2,5–5 mg x 1–2, myös päivällä
- #### Serotoniiniselektiiviset masennuslääkkeet
- sitalopraami (Cipramil, Citalopram, Sepram) 10–20 mg x 1
 - sertraliini (Zolof) 25 mg x 1
 - fluoksetiini (Fontex, Fluoxetin, Seronil, Seromex) 10–20 mg x 1
 - fluvoksamiini (Fevarin) 50 mg x 1
 - paroksetiini (Seroxat) 10 mg x 1
 - essitalopraami (Ciprallex) 5–10 mg x 1
 - tratsodoni (Azona) 50 mg 1-2 x 1-2



Aistiharhat eli hallusinaatit

Aistiharhalla tarkoitetaan aistimusta, joka syntyy ilman selvää aistiärsykettä, ts. dementoitunut näkee tai kuulee asioita, joita ei ole olemassa. Aistiharhoja esiintyy jopa joka neljännellä Alzheimer-potilaalla ja Lewyn kappale -taudissa ne ovat vielä yleisempiä. Vaskulaarisissa demensioissa ne ovat harvinaisempia. Tavallisimpia aistiharhat ovat demencian keskivaikeassa vaiheessa. Aistiharhat huonontavat dementoituneen mahdollisuuksia hallita elämäänsä ja heikentävät päivittäisen elämän laatua ja lisäävät avun tarvetta. Jos aistiharhat alkavat hyvin äkillisesti potilaalle, jolla niitä ei aiemmin ole ollut, on syytä pitää mielessä deliriumin, äkillisen sekavuustilan mahdollisuus.

Aistiharhat ovat useimmin joko kuulo- tai näköaistimuksiin liittyviä. Näköharhoja esiintyy hyvin usein Lewyn kappale -tautia sairastavilla potilailla. Näköharhoista tavallisimpia ovat henkilöiden ja eläinten näkemiset. Demensiossa kuuloharhat eivät ole skitsofreniassa esiintyvien tavoin yhtä jäsenyntyisiä. Kuuloharha on useimmiten epämääräistä meteliä, harvemmin selvää puhetta. Joskus potilas kuvaa kuulevansa esim. lasten itkua. Myöskään äänien kanssa keskusteleminen ei ole tavallista demensiaan liittyvien kuuloharhojen yhteydessä. Erilaiset hajuharhat tai kosketus- ja kipuaistiin liittyvät harhat ovat demensiapotilailla harvinaisia. Usein hajuharhoissa onkin kyse jonkin tuoksun väärintunnistamisesta, eikä varsinaisesta harhasta.

Aistiharhojen hoidossa on tärkeitä selvittää näön ja kuulon tarkkuus. Heikko näkö ja kuulo lisäävät harhoja. Eräät lääkkeet, kuten Parkinsonin taudin lääkkeet, kortisoni, eräät beta-salpaajat, digoksiini ja nopea unilääkkeiden tai bentsodiatsepiinien lopetus saattavat aiheuttaa aistiharhoja. Ympäristöä muokkaamalla voidaan aistiharhojen ilmaantumisen riskiä pienentää. Sopiva valaistus, meluton, rauhallinen ympäristö ja yksinkertaiset huonetilaratkaisut vähentävät aistiharhoja.

Aistiharhoja ei aina tarvitse hoitaa lääkkein. Jos lääkehoito on tarpeen, antipsykootit ovat ensisijainen vaihtoehto. Etenkin epätyypilliset antipsykootit, kuten risperidoni ovat perinteisiä neuroleptejä paremmin siedettyjä. Myös Alzheimer-lääkkeet lievittävät aistiharhoja.



Aistiharhat eli hallusinaatit

• Syytä ja syynmukaisia hoitoja

Näköharhat

- Huono näöntarkkuus altistaa, samoin huono valaistus
 - muista tarkistaa näön tarkkuus ja silmälasien sopivuus
- Tarkista epäsoivat lääkkeitä ja alkoholinkäyttöä
 - rasvaliukoiset beta-salpaajat ja propranololi, bentsodiatsepiinit ja unilääkkeet (ja niistä vieroitus), levodopa, selegiliini, karbamatepiini ja muut antikonvulsantit, kortisoni, indometasiini, digoksiini, teofylliini

Kuuloharhat

- Voivat aiheuttaa ahdistusta
- Meluisassa ympäristössä voi tulla väärintulkintoja
 - selvitä kuulontarkkuus ja tarkista kuulokojeen toiminta ja sopivuus
- Muista epäsoivia lääkityksiä
- Liian matala verenpaine voi pahentaa kuuloharhoja

• Lääkkeiden hoito

- Muuta ympäristö selkeäksi
 - riittävästi valoa, kohdenna valaistusta, vähennä melua, rauhoittava musiikki, riittävästi kontrasteja eri värein, mutta vältä jyrkkiä vastakkaisväriasetelmiä, vältä peileillä sisustamista
- Kerro omaiselle aistiharhojen luonteesta ja syistä

• Lääkehoito

Psykoosilääkkeet

- risperidoni (Risperdal) 0,25–1,0 mg x 1–2
 - myös nopeasti suussa hajoava tabletti, Risperdal Instasolv
- ketiapiini (Seroquel) 12,5 mg x 2–25 mg x 3

Alzheimer-lääkkeet

- donepetsiili (Aricept) 5–10 mg x 1
- rivastigmiini (Exelon) 3–6 mg x 2
- galantamiini (Reminyl) 16–24 mg x 1
- memantiini (Ebixa) 10 mg x 2



Akuutti sekavuustila eli delirium

Akuutti sekavuustila eli delirium on nopeasti alkava, periaatteessa ohimenevä aivojen vajaatoimintatila. Hoitamattomana se voi aiheuttaa pysyvän aivojen vaurion tai johtaa jopa kuolemaan.

Tärkeimmät akuutille sekavuustilalle altistavat tekijät ovat orgaaniset aivosairaudet ja ikääntyminen. Tavallisimpia akuutin sekavuustilan laukaisevia tekijöitä ovat infektiot, aivoverenkierron häiriöt, lääkkeet ja alkoholi. Dementoituneen potilaan akuutin sekavuustilan syy pitää selvittää ja hoitaa päivystystapauksena. Hoitohenkilökunta on keskeisessä asemassa akuutin sekavuustilan tunnistamisessa. Tunnistaminen edellyttää hoitohenkilökunnan koulutusta



Akuutti sekavuustila eli delirium

• Oireita

- Oireet kehittyvät nopeasti ja vaihtelevat päivittäin ja tunneittain
- Desorientaatio ja muistihäiriöt
- Aistiharhat erityisesti näköharhat, virhetulkinnat
- Hajanainen puhe
- Uni-valve -rytmin häiriöt
- Lisääntynyt tai vähentynyt psykomotorinen aktiivisuus
- Hikoilua, verenpaineen nousua, takykardiaa

• Syitä

- Infektiot, kuten virtsatieinfektio ja erysipelas
- Aivoverenkierron häiriöt
- Lääkkeet, kuten psyykenlääkkeet, kortikoidit sekä digoksiinimyrkytys
- Alkoholi ja huumeet
- Sydänsairaudet, kuten sydämen rytmihäiriöt ja vajaatoiminta tai sydäninfarkti
- Elektrolyyttihäiriöt, kuten hyponatremia
- Epilepsia-kohtaus tai sen jälkitila
- Subduraali- ja epiduraalihakematooma
- Diabeettinen kooma, hypoglykemia
- Aineenvaihdunnan häiriö, kuten hypertyreoosi

• Hoito

- Myös dementoituneilla sekavuustilan syy on selvitettävä ja hoidettava
- Seuraa hengitystä, sydämen toimintaa ja verenpainetta
 - Huolehdi nesteytyksestä ja ravitsemuksesta
 - Huolehdi, että ympäristö on rauhallinen ja valoisa
 - Jätä pois kaikki lääkkeet, jotka eivät ole täysin välttämättömiä
 - Ellei tilanne rauhoitu, voidaan antaa rauhoittavaa lääkitystä
 - loratsepaami 0,5–1 mg x 1–2 po (Temesta) tai 0,5–1mg x 1–2 im/iv (Ativan)
 - oksatsepaami (Opamox, Oxamin, Oxepam) 15–30 mg x 1–2 po
 - haloperidoli (Serenase) 2,5–5mg im/iv
 - risperidoni (Risperdal) 0,5–1 mg x 1–2 po
 - myös nopeasti suussa liukeneva valmistemuoto
 - ketiapiini (Seroquel) 25–100 mg x 1 po
- Alzheimer-lääkkeistä on alustavia hyviä tuloksia myös deliriumin hoidossa



Harhaluulot eli deluusiot

Harhaluuloja esiintyy noin joka kolmannella Alzheimer-potilaalla ja vaskulaarista dementiaa sairastavalla. Myös Lewyn kappale -taudissa harhaluuloisuus on yleistä. Harhaluuloja esiintyy demensian kaikissa vaikeusasteissa yhtäläisesti. Harhaluulot heikentävät dementoituneen potilaan ennustetta ja ne lisäävät laitostumisen riskiä.

Tärkeää on erottaa harhaluulot mm. kognitiivisista oireista aiheutuvista virhetulkinnoista. Potilas, joka ei agnosian vuoksi tunnista itseään peilistä, voi väittää vieraan ihmisen tulevan kotiinsa tai vaimonsa tuovan kotiin toisen miehen. Samasta syystä television tapahtumat sekoittuvat omaan todellisuuteen. Agnosian vuoksi omaisen kasvat voivat olla vieraat. Lähimiestin huononeminen ja elämänhallinnan katoaminen alistavat varastamisepäilyille ja mustasukkaisuuden tunteille.

Harhaluulo ei yleensä muutu tai häviä, vaikka sen "vääryydestä" huomautetaan. Tyypillisiä dementiaan kuuluvia harhaluuloja ovat erilaiset ajatukset varkaista tai ylimääräisistä asukkaista omassa asunnossa. Harhaluuloisuus saattaa kohdistua läheisiin, joiden dementoitunut epäilee jättävän hänet yksin. Alzheimer-potilailla voi olla epäily, että henkilö ei ole se, joka hän väittää olevansa, vaan tämän kaksoisolento (Capgrasin oireyhtymä). Puoliso on voinut dementoituneen ajatuksissa vaihtua toiseen. Dementoituneen harhaluuloissa on harvoin grandiooseja tai uskonnollisia piirteitä, kuten maniassa tai skitsofreniassa. Dementoitunut voi luulla olevansa jonkin kuuluisan henkilön ystävä tai rakastaja (Clerambaultin oireyhtymä). Harhaluuloihin voi sisältyä myös vainoamisen tai muun uhkan piirteitä, mikä saattaa ahdistaa dementiapotilasta. Tavallisia ovat mm. varastamis- tai myrkyttämisharhaluulot. Varsinaiset vaikuttamiselämykset eivät yleensä kuulu dementiaan. Harhaluulot johtavat usein dementoituneen poikkeavaan käyttäytymiseen, aiheuttavat ahdistusta, joskus jopa oma-aloitteisuuden sammumista, tai toisaalta aggressiivista käytöstä.

Harhaluuloja ei aina tarvitse hoitaa lääkkein. Dementoituneen aiemman elämän tuntemus parantaa hoitajan mahdollisuuksia ymmärtää harhaluulojen sisältöä ja niiden merkitystä potilaalle. Harhaluulojen hoidossa ympäristön muuttaminen selkeämmäksi ja turvallisemmaksi, omaisen ja hoitajien reaktioiden ja käyttäytymisen muovaaminen ovat ensisijaisia toimia.

Harhaluulojen lääkehoidossa käytetään yleensä psykoosilääkkeitä. Epätyypilliset antipsykootit esiintyy vähemmän sivuvaikutuksia kuin perinteisillä neurolepteillä. Aistiharhojen hoidossa tehokkaiksi osoittautuneet Alzheimer-lääkkeet lievittävät myös harhaluuloja.



Harhaluulot eli deluusiot

• Tyypillisiä harhaluuloja

Varastamisharhaluulot

- varmistaa potilaan turvallisuus

Myrkytysharhaluulot

- voi olla esteenä lääkkeenotolle tai syömiselle

”Talo, jossa asun, ei ole minun kotini” -harhaluulo

- välttää toistuvia hoitopaikan tai huoneen vaihtoja

Parisuhteeseen liittyvät harhaluulot

- puolison uskottomuus- ja mustasukkaisuusharhaluulo

Harhaluulo hylkäämisestä

- hoidossa vältettävä henkilövaihdoksia, omahoitaja-järjestelmästä voi olla hyötyä

Ylimääräiset asukkaat

- peili tai televisio saattavat aiheuttaa virhetulkintoja, poista ne

Televisio-ohjelman tai lehden henkilöt ”heräävät” elämään (= ”picturesign”)

- ei yleensä tarvitse hoitoa

Capgrasin oireyhtymä

- potilas uskoo, että henkilöt eivät ole niitä, joita heidän väitetään olevan

• Lääkkeetön hoito

- Pehdy potilaan elämänhistoriaan
- Selvitä, onko ympäristössä käytösoireeseen altistavia tekijöitä
 - poista peili
 - katso mahdollisuuksien mukaan televisiota yhdessä tai sulje televisio television katsomista
- Tarkista somaattinen terveydentila ja lääkkeet (ks. aistiharhat)
- Kerro omaiselle mistä oireesta on kysymys
- Opasta omaista löytämään kontakti sairastuneeseen tunteiden tai muistojen tasolla jos agnosiasta kärsivä potilas ei tunnista omaisensa kasvoja.
- Varmista potilaan ja ympäristön turvallisuus
- Vältä toistuvia henkilö- ja ympäristövaihdoksia
- Järjestä päivärutiineja, jotka rytmittävät päivää

• Lääkehoito

Epätyypilliset antipsykootit

- risperidoni (Risperdal) 0,25–1,0 mg x 1–2
- myös nopeasti suussa hajoava tabletti, Risperdal Instasolv
- ketiapiini (Seroquel) 12,5 mg x 2–25 mg x 3



Katastrofireaktiot

Dementoiva sairaus altistaa katastrofireaktiolle. Äkkipikainen peruspersoonallisuus näyttäisi lisäävän katastrofireaktioiden riskiä. Reaktion aiheuttajana on kuitenkin viime kädessä jokin psykologinen syy tai ympäristötekijä.

Katastrofireaktio ilmenee äkillisenä, odottamattomana, tilanteeseen nähden liiallisen voimakkaana reaktiona, usein aggressiona. Taustalla saattaa olla tilanteen hallitsemattomuus, siinä koettu pelko, turhautuminen tai nöyryytys. Pelko voi liittyä hahmottamisen ja ymmärtämisen vaikeuksiin. Turhautuminen voi syntyä, kun dementoituneen pyrkiessä ilmaisemaan itseään jäljellä olevilla kyvyillään, häntä ei ymmärretä tai ainakaan hänen toiveitaan ei huomioida. Liian vaativa tilanne, jossa dementoitunut joutuu kohtaamaan oman osaamattomuutensa, voi aiheuttaa turhautumista. Muita katastrofireaktioihin altistavia tekijöitä ovat ympäristön meluisuus ja valaistuksen riittämättömyys. Esim. suihkutilanteeseen liittyvä katastrofireaktio on seurausta monista dementoituneen kannalta hankalista asioista: vaikeasti hahmotettava ympäristö (riittämätön valaistus, sekava fyysinen ympäristö), huoneen viileys ja veto ja alastomuuden aiheuttama turvattomuus ja häpeä. Tilanteen sietämättömyyttä pahimmillaan lisää hoitajan epäarvostava ja alistava suhtautuminen. On mahdollista, että myös vanhat muistikuvat lisäävät negatiivisia kokemuksia.

Lääkehoidosta ei useinkaan ole merkittävästi apua. 30–60 minuuttia ennen hankalaksi tiedettyjä tilanteita voi kokeilla esimerkiksi pientä bentsodiatsepiiniannosta.



Katastrofireaktiot

• Syitä ja syynmukaisia hoitoja

- Pelko ja uhatuksi tuleminen tunne
 - luottamusta herättävä kanssakäyminen
 - turvallisuutta ja välittämistä viestivä kanssakäyminen
 - tilannehallinnan viestintä
 - dementoituneen intimitteetistä huolehtiminen
 - dementoituneen kokemusten kuuleminen ja vakavasti ottaminen
- Turhautuminen
 - hoitaminen ja eläminen mahdollisuuksien mukaan sellaista, ettei dementoitunut joudu toistuvasti kohtaamaan osaamattomuuttaan
 - dementoituneen viestintäyritysten ja toiveiden kunnioittaminen
- Nöyryytys
 - taustalla dementoituneen kokemus alistetuksi tulemisesta. Usein potilas on elämänhistoriassaan ollut voimakkaasti omasta elämästään päättänyt ihminen
- Hahmottamisen vaikeus
 - valaistuksen lisääminen
 - ympäristön selkeyttäminen
- Ympäristötekijät
 - tilanteen rauhoittaminen
 - meluhäiriöiden poistaminen, ainakin minimointi
 - huoneiden riittävä lämpötila

• Lääkehoito

- pieni annos bentsodiatsepiinia ennen hankalaksi tiedettyä tilannetta
 - oksatsepaami (Opamox, Oxamin, Oxepam) 7,5–15 mg
 - tematsepaami (Tenox) 5–10 mg



Levottomuus ja vaeltelu

Dementoituneen ihmisen levottomuus voi olla fyysistä tai verbaalista. Fyysinen levottomuus ilmenee jatkuvana kävelynä, harhailuna, hoitajan perässä kulkemisena, muuna toistuvana kehon liikkeenä tai erilaisena touhuiluna. Verbaalisesta levottomuudesta voi kertoa toistuva kyseleminen, jatkuva samojen asioiden tai sanojen hokeminen sekä hoitajan toistuva kutsuminen. Toisto-oireet ja tavaroiden keräily ovat eräs levottomuuden muoto. Näistä oireista on erillinen kappale.

Levottomuuden syyn selvittäminen vaatii dementoituneen ihmisen taustaan perehtymistä ja tilannekartoitusta: milloin, missä tilanteissa ja mitä levottomuutta esiintyy. Dementoitunut saattaa kuljeskella ympäriinsä, aavilla kaappeja ja pakkailla tavaroita. Kuljeskelemalla ja kosketelemalla dementoitunut pyrkii saamaan ympäristön hallintaansa, kontaktin ja tunteen siihen. Samaa pyrkimystä kasvattaa tilanteen hallintaa kuvaavat toistuvat kyselyt sekä hoitajan perässä kulkeminen. Toiminnanohjauksen häiriö lisää levottomuuden todennäköisyyttä. Mielen yleinen hajanaisuus, tavoitetietoisuuden puuttuminen ja keskittymisen ongelmat näkyvät erilaisena touhuamisena ja esimerkiksi toistuvana haluna mennä tai lähteä van jonnekin. Erilaiset ympäristöärsykkeet vievät dementoituneen käyttäytymisestä toiseen.

Levottomuus voi myös kuvata henkilössä olevaa energiaa ja aktiivisuutta. Se on usein mielekäs stressin laukaisun keino. Levottomuus voi olla seurausta fyysisestä tai henkisestä huonovointisuudesta. Kipu tai matala verenpaine tuottavat fyysistä pahaa oloa.

Turvallisen tuntuinen ympäristö on levottomuuden hoidossa tärkeää. Ympäristön antamat negatiiviset palautteet, työyhteisön ristiriidat, yhteisten hoitolinjojen puuttuminen sekä yleinen melu ja rauhattomuus tuottavat turvattomuutta. Hoitopaikassa, jossa hoidetaan muitakin kuin dementoituneita, on hyvin vaikeaa luoda hyvää ympäristöä levottomuudesta kärsivälle dementoituneelle ihmiselle. Kaaoksen tunnetta vähentää kanssaihminen toiminta turvallisena ja rauhallisena aikuisena. Dementoituneen on voitava kokea, että muut hallitsevat tilanteen vaikka hän ei itse hallitsekaan.

Liikkumisen ja touhuilun salliminen on tärkeää, jotta dementoitunut voi purkaa ahdistustaan. Fyysisestä turvallisuudesta on huolehdittava ja siitä, ettei sairastunut levottomuudessaan lisää oman ahdistuksensa määrää. Touhuilu omien tavaroiden ja vaatteiden parissa tuottaa parhaimmillaan onnistumisen elämyksiä.

Kun levottomuuden taustalla on aistiharhoja, harhaluuloja tai paranoidista ajattelua, voi käyttää epätyypillisiä antipsykootteja. Levottomuudeksi purkautunutta ahdistusta voi tarvittaessa pyrkiä lievittämään pienellä bentsodiatsepiinannoksella.



Levottomuus ja vaeltelu

• Syitä ja syynmukaisia hoitoja

Somaattiset vaivat

- kivun lääkkeetön hoito (esim. lihaskipujen fyysikaalinen hoito) ja lääkehoito
- matalan verenpaineen hoito (lääkityksen tarkistaminen, suolan käytön lisääminen, jos siihen ei ole kontraindiikaatiota, verenpainetta nostava lääkitys)
- muusta syystä johtuvan huonovointisuuden hoito

Toiminnanohjauksen häiriö

- toiminnallista levottomuutta salliva elinympäristö
- käyttöoiretta lisäävien ympäristöärsykkeiden karsiminen
- toiminnan ohjaaminen rakentavaan ja dementoitunutta kiinnostavaan toimintaan
- rauhallinen ympäristö

Turvattomuuden ja kaaoksen tunne

- turvallinen ja rauhallinen kanssakäyminen ja ympäristö
- yksilölliset turvallisuutta luovat arkielämän rutiinit
- todellista välittämistä viestivä kanssakäyminen

Stressi

- liikkumisen ja touhuilun salliminen

Yleinen ahdistuneisuus

- ahdistuneisuuden syynmukainen hoitaminen
- rauhallinen, turvallinen ja huolenpitoa viestivä ympäristö helpottavat oloa

Elämän virikkeettömyys

- erilaiset dementoitunutta miellyttävät aktiviteetit
- dementoituneen oman toiminnan salliminen

Ympäristön hahmottamisen vaikeus

- hyvä valaistus
- ympäristön selkeys ja ratkaisujen tuttuus

Sairauteen sopeutumattomuus

- puhutaan avoimesti sairaudesta sopivissa tilanteissa dementoituneen kyvyt huomioiden, tuodaan esille elämässä olevia hyviä asioita

• Lääkehoito

Epätyypilliset antipsykootit

- risperidoni (Risperdal) 0,25–1mg x 1–2
 - myös nopeasti suussa hajoava tabletti, Risperdal Instasolv
 - ketiapiini (Seroquel) 12,5 mg x 2–25 mg x 3
- Tarvittaessa pieni annos bentsodiatsepiinia
- tematsepaami (Tenox) 2,5–5 mg x 1–2 myös päivällä
 - oksatsepaami (Opamox, Oxamin, Oxepam) 7,5–15 mg x 1–2
 - loratsepaami (Temesta) 0,5–1 mg x 1–2



Masennus

Masennus heikentää dementoituneen kognitiivista toimintakykyä, elämänlaatua ja motivoitumista. Masennusoireet on tärkeä erottaa dementiasta, koska masennuksen asianmukaisella hoidolla ihmisen elämänlaatua voidaan merkittävästi parantaa ja muistioireita lieventää.

Alzheimerin taudissa esiintyy usein masennusoireita. Alkuvaiheessa depressiiviset oireet ovat usein luonteeltaan reaktiivisia ja ne on myös helpommin havaittavissa potilaan itsensä kertoessa tuntemuksistaan. Dementiaan edetessä aivojen rappeutumiseen liittyvät välittämisenmuutokset vaikuttavat myös potilaan mielialaan. Usein masennus jää huomaamatta ja hoitamatta potilaan kommunikaatiokyvyn heikettyä. Myös vaskulaarisissa demensioissa masennus on tavallista.

Dementoituneella tulisi epäillä depressiota, kun hänen mielialansa on laaja-alaisesti alentunut ja hänen kykynsä kokea ja osoittaa mielihyvää on heikentynyt tai kun itsetuhoajatukset ja toiveet kuolemasta hallitsevat oirekuvaa. Nopea toiminnan hidastuminen viittaavat myös masennukseen. Dementoituneella masentuneisuuteen liittyy usein ahdistuksen tunteuksia sekä korostunutta toivottomuutta ja avuttomuutta.

Dementiapotilaan masennuksen hoidossa lääkkeettömät keinot ovat ensisijaisia. Turvallisuuden tunteen ja mielihyvää tuottavien kokemusten korostaminen, mielekkään toiminnan järjestäminen ja positiivisen palautteen antaminen tukevat itsetuntoa. Muistelulla ja mielikuvaterapioilla voi masentunutta mielialaa kohottaa. Hoitavia omaisia tukemalla myös dementoituneen masennus usein lievittyy hoitavan henkilön virkistytessä. Lääkehoidossa kannattaa yleensä välttää antikolinergisiä trisyklisiä masennuslääkkeitä, elleivät nämä ole aiemmin antaneet hyvää hoitotulosta. Serotoniiniselektiiviset masennuslääkkeet ovat paremmin dementiapotilaille soveltuvia. Lääkehoito kannattaa aloittaa hyvin pienellä annoksella, joka usein tehoa ja tarvittaessa nostaa annosta sivuvaikutuksia seuraten. Suuret annokset voivat aiheuttaa vääränlaista aktivoitumista, ahdistuksen lisääntymistä ja unettomuutta.



Masennus

• Masennuksen oireet dementiapotilaalla

- Mieliala laaja-alaisesti madaltunut
- Kyky kokea ja osoittaa mielihyvää heikentynyt
- Itsetuhoiset ajatukset ja toiveet kuolemasta hallitsevat
- Toiminnan hidastuminen aiemmin aktiivisella potilaalla, apatisoituminen
- Psyykkiset ja fyysiset ahdistusoireet
- Ilman muuta syytä korostuneet avuttomuuden, arvottomuuden ja toivottomuuden tunteet
- Paranoidiset ajatukset

• Lääkkeetön hoito

- Tarkista potilaan somaattinen terveydentila
 - esim. verenpaine istuen ja seisten, kilpi- ja lisäkilpirauhasen toiminta (TSH, S-Ca),
- Tarkista lääkkeet
 - depressiota pahentavat lääkkeet (esim. kortisoni, digoksiini, nifedipiini, rasvaliukoiset beta-salpaajat, metronidatsoli, indometasiini, Parkinson-lääkkeet)
- Supportiiviset tapaamiset potilaan ja mahdollisesti koko perheen kanssa. Usein myös omaisen masentunut
- Muisteluhetket: elämäankaaren jäsentäminen ja myönteisten muistojen kertaaminen.
- Muisteluterapia
- Musiikkiterapia

• Lääkehoito

- Arvioi tehoa 6–12 viikon kuluttua
- Vältä antikolinergisia masennuslääkkeitä (esim. amitriptyliini, doksepiini)
- Jos lääkehoitoa tarvitaan, valitse serotoniiniselektiivinen masennuslääke
 - sitalopraami (Cipramil, Citalopram, Sepram) 10–20 mg x 1
 - sertraliini (Zoloft) 25 mg x 1
 - fluoksetiini (Fontex, Fluoxetin, Seronil, Seromex) 10–20 mg x 1
 - fluvoksamiini (Fevarin) 50 mg x 1
 - paroksetiini (Seroxat) 10 mg x 1
 - essitalopraami (Ciprallex) 5–10 mg x 1
 - tratsodoni (Azona) 50 mg 1–2 x 1–2
- Jos näistä ei tehoa, kokeile noradrenergiini- ja serotoniiniselektiivistä masennuslääkettä
 - venlafaksiini (Efexor) 37,5–75 mg x 1
 - mirtatsipiini (Remeron) 15–30 mg x 1
- Buspironin yhdistämistä masennuslääkkeisiin voi kokeilla
 - Buspar 5–10 mg x 2–3



Pakkoitku ja pakkonauru

Pakkoitku ja pakkonauru ovat sosiaalisesti hankalia oireita, jotka johtavat usein siihen, että henkilö alkaa välttää ihmisiä ja keskustelukontakteja. Oireesta kärsivä potilas saattaa purskahtaa itkuun, kun puhutaan potilaalle tärkeistä tai emotionaalisesti koskettavista asioista, vaikka hän ei olisikaan murheellinen. Suomalaisilla pakkonauru näyttää olevan hyvin harvinainen, mikä saattaisi johtua kansan melankolisesta perusluonteesta.

Oireen syynä on orgaaninen aivosairaus, joka pitää selvittää. Yleensä vaurio on aivojen syvissä osissa tai aivorungossa. Tavallisin syy on aivoverenkiertohäiriöt. Muita syitä ovat aivovammat, Parkinsonin tauti ja Lewyn kappale -tauti.

Hoitajan ei kannata tehdä suurta numeroa oireesta, koska potilas yleensä häpeää sitä. Kanssaihminen hyväksyvä asenne ja turvallisen tuntuinen ympäristö helpottavat potilaan oloa. Omaisille kannattaa selittää oireen syy, jotta heille ei tule turhaa syyllisyyden tunnetta potilaan itkukohtauksista.

Vaikka potilaalla ei olekaan yleensä depressiota niin masennuslääkkeet, erityisesti serotoniiniselektiiviset lääkkeet auttavat usein hyvin.



Pakkoitku ja pakkonauru

• Syitä

- Vaskulaariset aivosairaudet, jotka vaurioittavat aivorunkoa ja/tai aivojen pohjaosia
- Aivovammat
- Parkinsonin tauti ja Lewyn kappale -tauti
- Ahdistuneisuus ja pelot lisäävät oireen esiintymistä

• Lääkkeetön hoito

- Älä tee asiasta suurta numeroa
- Kerro potilaalle, mistä oire johtuu
- Turvallisuuden tunteiden lisääminen
 - luotettava, todellista välittämistä viestivä kanssakäyminen
 - hyvätunnelmainen elinympäristö
- Omaishoitajan tukeminen
 - tietoa oireen syistä
 - neuvotaan lääkkeettömien keinojen käytössä

• Lääkehoito

- Perustaudin, esim. Parkinsonin taudin hyvä hoito
- Serotoniiniselektiiviset masennuslääkkeet
 - sitalopraami (Cipramil, Citalopram, Sepram) 10–20 mg x 1
 - sertraliini (Zoloft) 25 mg x 1
 - fluoksetiini (Fontex, Fluoxetin, Seronil, Seromex) 10–20 mg x 1
 - fluvoksamiini (Fevarin) 50 mg x 1
 - paroksetiini (Seroxat) 10 mg x 1
 - essitalopraami (Cipralex) 5–10 mg x 1



Persoonallisuuden ja käyttäytymismallien muutokset

Peruspersoonallisuus ja sosiaaliset taidot eivät useinkaan oleellisesti muutu dementoivissa sairauksissa, vaikka toimintakyky heikkeneekin. Potilaat pyrkivät käyttäytymään sosiaalisesti tilanteisiin sopivalla tavalla, vaikka he eivät aina vajavaisten kykyjensä vuoksi siihen pystykään. Poikkeuksena ovat sairaudet, joissa aivojen otsalohkot tai niiden yhteydet muihin aivojen osiin vaurioituvat. Seurauksena voi tällöin olla ns. pre-frontaalista käyttäytymistä.

Ympäristö kokee usein dementoituneen muuttuneen sairauden myötä. Tämä kokemus on ymmärrettävä, jos esimerkiksi aiemmin kiltti ihminen on dementoituneena hyvin aggressiivinen. Opittujen käyttäytymismallien murtumisen vuoksi dementoitunut ei kykene kontrolloidusti ilmaisemaan suuttumustaan tai pahaa oloaan. Kysymys onkin käyttäytymismallien, ei persoonallisuuden muuttumisesta. Oireet, kuten kiroilu ja seksuaaliset puheet, eivät ilmesty tyhjästä. Estot ja sosiaalinen kontrolli ovat kuitenkin estäneet aiemmin niiden esille tulon. Dementoiva sairaus voi johtaa siihen, että ajatukset tulevat esiin täysin kontrolloimattomasti ja potilas on tekojensakin suhteen ärsykkeiden vietävissä. Frontaalisisä dementoissa taudin edetessä oireet kuitenkin usein vähenevät ja sammuvat.

Hoito on pääosin lääkkeetöntä. Pääsääntönä on käyttäytymisen syyn selvittäminen. Masennus, itsetunto-ongelmat, omaan osaamattomuuteen turhautuminen, eksoyksissä olon tunteet ja ympäristön negatiivinen asennoituminen dementoituneeseen voivat olla niitä syitä, jotka johtavat kanssaihmissen mielestä hankalaan käyttäytymiseen. Lääkkeistä serotoniiniselektiivisillä masennuslääkkeillä voi yrittää taasoittaa käyttäytymistä. Pieniä annoksia bentsodiatsepiineja ja psykoosilääkkeitä voi myös käyttää, vaikkakaan tulokset eivät useinkaan ole hyviä.



Persoonallisuuden ja käyttäytymismallien muutokset

• Häiritseviä oireita

- Hygienian laiminlyönti
- Asianmukaisen pukeutumisen laiminlyönti
- Alkoholin ja lääkkeiden väärinkäyttö
- Impulsiivinen toiminta
- Kriittikittömyys toimissa, tahdittomuus ja emotionaalinen välinpitämättömyys
- Kyvyttömyys ottaa muut ihmiset huomioon toiminnoissa
- Kiroilu
- Sylkeminen
- Lyöminen, potkiminen
- Ruoan ahmiminen
- Varastelu
- Paljastelu
- Epäasialliset seksuaaliset ehdotukset ja toiminta

• Taustalla

- Dementoivan sairauden seurauksena tullut estojen häviäminen ja opittujen käyttäytymismallien murtuminen
- Frontaaliset dementiaat (impulsiivisuus, ruoan ahmiminen, yliseksuaalisuus)
- Masennus, itsetunto-ongelmat
- Omaan osaamattomuuteen turhautuminen
- Eksoyksissä olon tunteet
- Ympäristön negatiivinen asennoituminen

• Lääkkeetön hoito

- Selvitetään mahdolliset somaattiset syyt käyttäytymiseen
- Positiivinen huomiointi, arvostava suhtautuminen
- Asiallinen suhtautuminen joka ei vahvista käytösoiretta
- Autetaan omaista ja hoitajaa taustalla olevien tekijöiden ymmärtämisessä ja käyttäytymisen kestämisessä
- Lääkkeettömät keinot taustalla olevien tekijöiden mukaan, esimerkiksi systemaattiset itsetuntoa tukevat keinot
- Kiellot tai rajojen asettaminen eivät yleensä vähennä vaan lisäävät kontrolloimatonta käyttäytymistä

• Lääkehoito

- Serotoniiniselektiivinen masennuslääke
 - sitalopraami (Cipramil, Citalopram, Sepram) 10–20 mg x 1
 - sertraliini (Zolof) 25 mg x 1
- fluoksetiini (Fontex, Fluoxetin, Seronil, Seromex) 10–20 mg x 1
 - fluvoksamiini (Fevarin) 50 mg x 1
- paroksetiini (Seroxat) 10 mg x 1
 - essitalopraami (Cipralext) 5-10 mg x 1



Seksuaaliset käytösoireet

Sukupuolisuus, naisena ja miehenä oleminen, säilyy ihmisessä syntymästä kuolemaan. Seksuaalinen käyttäytyminen muuttuu elämän eri vaiheissa, mm. ikääntyessä. Vakava sairaus yleensä vähentää henkilön seksuaalista aktiiviteettiä. Näin käy usein myös dementoituneelle ihmiselle.

Seksuaalisia käytösoireita esiintyy noin 20%:lla kaikista dementiopotilaista. Ympäristön kannalta ne ovat usein varsin hankalia. Sukupuolielinten koskettelu julkisesti, epäsopivat seksuaaliset ehdotukset tai puheet ja vieraiden ihmisten seksuaalisävytteinen koskettelu ovat tyypillisiä dementoituneen seksuaalisia käytösoireita. Seksuaaliselta näyttävä käyttäytyminen ei ole välttämättä dementoituneen näkökulmasta seksuaalista. Jos dementoitunut mies pyytää naishoitajaa kanssaan sänkyyn, pyynnön ei tarvitse merkitä kutsua yhdyntään. Se saattaa kertoa läheisyyden kaipuusta tai halusta nostaa identiteettiään miehenä. Pyyntö voi olla ainoa ilmaisu, minkä hän sillä hetkellä osaa tuoda esille.

Kun dementoitunut henkilö luo hoitopaikassa seksuaalisen suhteen toiseen asukkaaseen, tilanne herättää hoitajissa voimakkaita tunteita. Jos dementoituneella on vielä puoliso elossa, on hänen kanssaan avoimesti keskusteltava tilanteesta. Jos kummallakaan suhteen luoneella ei ole puolisoa elossa, on tiimin yhdessä heidän kanssaan pyrittävä miettimään, mikä on molempien osapuolten paras. Dementoituneiden toiveet voidaan ymmärtää heidän reaktioitaan tai käyttäytymistään havainnoimalla silloin, kun he eivät kykene sanoin ilmaisemaan toiveitaan. Osapuolten läheisiä on hyvä konsultoida asiasta, mutta he eivät yksin tee ratkaisevaa päätöstä.

Omaishoitaja kaipaa tukea ja hänen kanssaan yhdessä on syytä miettiä mahdollisia korvaavia toimintoja. Lyhytaikaishoitajakso dementiayksikössä tai osallistuminen dementoituneiden päivätoimintaan saattavat auttaa kotitilannetta. Laitoksissa tasapainoisen sukupuoli-identiteetin omaava hoitaja, jolla on herkkyyttä ymmärtää dementoituneen kokemusta, kykenee kohtaamaan poikkeavaa seksuaalista käyttäytymistä luontevasti.

Miehenä tai naisena oleminen on positiivinen voimavara, jäljelle jäänyt terve ominaisuus. Sukupuoli-identiteettiä voidaan tukea huolehtimalla ulkonäöstä. Naispotilaille mahdollisuus osallistua keittiötöihin tai puhua lapsista ovat usein toimivia identiteetin tukemisen keinoja. Omasta ulkonäöstään huolehtivan naishoitajan kanssakäyminen miespotilaiden kanssa voi toimia hyvänä sukupuoli-identiteetin tukemisen keinona. Miespotilaan itsemääräämisoikeuden tukeminen ja selkeän arvostava suhtautuminen ovat usein tärkeitä miehen sukupuolisuuden kokemisessa. Seisaallaan virtsaamisen mahdollistaminen ja 'miesten juttujen' puhumisen mahdollisuus saattavat olla myös hyviä keinoja sukupuoli-identiteetin pönkittämiseen.

Lääkkeiden merkitys hoidossa on vähäinen. Serotoniiniselektiivisiä masennuslääkkeistä tai ahdistuneisuutta vähentävistä lääkkeistä voi olla apua.



Seksuaaliset käytösoireet

• Tyypillisiä seksuaalisia käytösoireita ja niiden hoitoja

- Omien sukupuolielinten koskettelu julkisesti, epäsopiva vieraiden ihmisten koskettelu, itsensä paljastaminen, epäsopivat seksuaaliset ehdotukset tai puheet
- toiminta ei ole välttämättä seksuaalista: mieli syy ja toimisen mukaan (vaatteet hankaavat tai ovat liian kuumat; läheisyyden tai huomion tarve)
- hienotunteinen ohjaus, esim. ohjataan omaan yksityisyyteen masturboimaan – vältetään dementoituneen nolaamista
- Ympäristössä hämmennystä aiheuttavan seksuaalisen suhteen luominen
 - taustalla normaali seksuaalinen tarve
 - puututaan asiaan, jos käyttäytyminen loukkaa toista osapuolta tai on hyväksi käyttävää – avoin keskustelu puolison kanssa ja/tai työryhmän kanssa (dementoitunut myös mukana!), tarvittaessa konsultoidaan muita omaisia, jos ei ole puolisoa
- Yliseksuaalisuus
 - taustalla läheisyyden, onnistumisen tai (seksuaalisen) mielihyvän kaipuu
 - huolehditaan, ettei dementoituneen käyttäytyminen ole toista osapuolta loukkaavaa
 - mahdollisten korvaavien toimintojen löytäminen
 - omaishoitajan tukeminen (hoitajaksot, päivätoiminta)
- Lääkehoito
 - ahdistuneisuutta vähentävät lääkkeet
 - sitalopraami (Cipramil) 5–10 mg x 1
 - fluoksetiini (Fontex, Fluoxetin, Seronil, Seromex) 10–20 mg x 1
 - bentsodiatsepiinit, esim. tematsepaami (Tenox) 5–10 mg
 - joskus pieni annos psykoosilääkettä, esim. risperdoni (Risperdal) 0,25–0,5 mg, x 1–2 tai ketiapiini (Seroquel) 12,5–50 mg x 1–2

• Sukupuolisuus voimavarana ennaltaehkäisee käytösoireita

Naisten kohdalla

- ulkonäöstä huolehtiminen
- keittiötöihin ja muihin kodin askareisiin osallistuminen
- äitiydestä keskusteleminen
- annetaan hoivata muita (potilaita)
- kanssakäymisessä kunnioitetaan sukupuolista identiteettiä, potilas ei ole sukupuoleton!

Miehen kohdalla

- aiempien tottumusten mukainen vaatetus, parranajo
- itsemääräämisen tukeminen ja selkeä arvostus
- mahdollisuus jutella ”miesten juttuja”
- mahdollisuus seisaallaan virtsaamiseen ja vaipan käytön välttäminen
- mahdollisuus katsoa viehättäviä naisia (hoitajat, valokuvat, aikakauslehdet, videot)
- kanssakäymisessä kunnioitetaan sukupuolista identiteettiä, potilas ei ole sukupuoleton!



“Sundowning”

“Sundowningilla” tarkoitetaan dementiaapotilaan oireiden, yleensä levottomuuden, kuljeskelun ja sekavuuden lisääntymistä myöhään iltapäivällä ja illalla.

Syitä oireiden määrän lisääntymiseen on useita. Dementoituneen väsyminen päivän kuluessa voi johtaa käyttäytymisen säätelyn pettämiseen iltapäivällä. Hoitajan tai omaisen väsyessä heidän reagointinsa dementoituneen oireisiin ymmärrettävästi muuttuu. Väsynyt hoitaja tahtomattaan saattaa lisätä dementoituneen käyttäytymisoireita. Valon väheneminen ja kontrastien heikkeneminen altistaa dementoituneen virhetulkinnoille ja aistiharhoille, mitkä puolestaan lisäävät rauhattomuutta ja sekavuutta. Myös ympäristön tulkintaa helpottavien yksityiskohtien tunnistaminen on vaikeampaa hämärässä tai pimeässä. Useissa dementoivissa sairauksissa myös vuorokausirytmää säätelevä järjestelmä aivoissa ei toimi normaalisti.

Sundowning saattaa johtaa vaaratilanteisiin. Useimmissa hoitolaitoksissa iltavuorossa on vähemmän henkilöstöä, ja kotihoidossa usein omaisen omat harrastukset ajoittuvat juuri alkuiltaan. Lisääntynyt kuljeskelu ja levottomuus lisäävät dementoituneen kaatumis- ja tapaturmariskiä, luovat hoitoyhteisöön levottomuutta ja heikentävät dementoituneen elämänlaatua.

Valaistuksen lisääminen ja kulkuesteiden, kuten mattojen ja kynnysten poistaminen vähentää tapaturmariskiä. Yöaikaan pienen yövalon käyttö ja WC:n valojen päälle jättäminen auttavat orientoitumista. Lääkehoidossa on tärkeää rytmittää potilaan lääkkeet siten, että esimerkiksi asetyylikoliiniesteraasin estäjät annostellaan jo aamulla, samoin kuten diureetit, jotka lisäävät virtsan eritystä. Samoin verenpainelääkityksen painottaminen aamuun saattaa helpottaa, jos lääkitys yleensä on tarpeen. Sundowning sinällään tarvitsee harvoin lääkkeitä. Jos lääkitys on tarpeen, käytetään joko epätyypillisiä antipsykootteja tai perinteisiä neuroleptejä hyvin varovasti.



“Sundowning” (Oireiden paheneminen iltaa kohden)

• Taustalla

- Dementoiva aivosairaus
- Väsyminen (altistaa ahdistuneisuudelle ja peloille)
- Valon väheneminen, pimeys
- Näköhavaintojen väheneminen altistaa mm. virhetulkinnoille
- Lääkitys
- Vuorokausirytmien säätelyn häiriöt

• Lääkkeetön hoito

- Unen ja valveillaolon rytmittäminen
- Lyhyet päiväunet lounaan jälkeen ja ehkä toiset myöhemmin ehkäisevät kohtuutonta väsymystä
- Valaistuksen tehostaminen
- Kulkuvaloja myös yöllä
- Lääkityksen rytmittäminen
- Diureetit aamulla

• Lääkehoito

- jos tarpeen, pieni annos antipsykoottia, esim. risperidoni (Risperdal) 0,25–0,5 mg x 1
- aktivoivat lääkkeet aamulla
 - Alzheimer-lääkkeet
 - serotoniiniselektiiviset masennuslääkkeet



Toisto-oireet ja tavaroiden keräily

Saman asian toistuva kysely on omaisten ja hoitajien kannalta erittäin rasittavaa. Usein se liittyy siihen, että potilas on huolestunut jostain asiasta ja haluaa varmistaa asian oikean laidan. Olematon lähimuisti estää kuitenkin asian mieleen painumisen. Toisaalta dementoituneen ilmaisema huoli ei välttämättä kuitenkaan ole se, mistä hän todellisuudessa on huolestunut. Se saattaa olla vain ainoa asia, jolla hän osaa tai muistaa ilmaista huolen tunnettaan.

Taudin edetessä ja afasian lisääntyessä Alzheimerin taudissa ja vaskulaarisessa dementiaassa potilas saattaa toistaa yhtä äännettä, sanaa tai lausetta satoja tai tuhansia kertoja. Potilaan jatkuva huutelu voi haitata koko osaston toimintaa. Huutaessaan vaikeasti dementoitunut potilas kokee olevansa olemassa. Pelko, kuten kuoleman pelko tai hylätyksi tulemisen pelko, saattavat laukaista huutamista. Toistuva huutaminen voi olla myös potilaan keino saada kaipaamaansa huomiota ja läheisyyttä. Aina on suljettava pois kivun mahdollisuus huutelun aiheuttajana.

Dementiapotilas voi myös jatkuvasti tehdä jonkun liikkeen tai siirtää esinettä. Potilaalla voi olla myös halu kokeilla kaikkien ovien, kaappien ja laatikoiden kädensijat. Edestä kaisin kävely on myös tavallinen oire. Keräily on tyypillinen Alzheimerin taudin oire. Potilas ottaa mukaansa kaikenlaisia tavaroita, omia ja vieraita ja saattaa laittaa ne ”talteen” mitä omituisimpiin paikkoihin. Osastolla tämä voi aiheuttaa hankaluuksia potilaiden henkilökohtaisten tavaroiden, kuten tekohampaiden kadotessa tai vaihtuessa. Toisen tavaroihin kajotessaan dementiapotilas joutuu helposti myös aggression kohteeksi.

Hoito on paljolti informaation jakamista omaisille ja myös hoitohenkilökunnalle: dementiapotilaat eivät tee näitä asioita kiusallaan, vaan niiden taustalla on erilaisia tarpeita ja tunteita, joita henkilö ei kykene muulla tavalla ilmaisemaan. Erityisesti, jos ahdistuneisuus lisää oireita, voidaan yrittää lääkehoitoa pienellä annoksella serotoniiniselektiivistä masennuslääkettä, bentsodiatsepiinia tai psykoosilääkettä.



Toisto-oireet ja tavaroiden keräily

• Tyypillisiä toisto-oireita

- Toistuva kysely
- Sanojen toistaminen
- Toistuvat liikkeet
- Esineiden siirtäminen
- Kädensijojen kokeileminen
- Keräily

• Syitä

- Huolen tunteet
- Kaaoksen ja eksesissä olemisen tunteet
- Pelko, kuten kuoleman pelko tai hylätyksi tulemisen pelko
- Huomion tarve
- Aktiiviteetin tarpeet
- Kipu

• Lääkkeetön hoito

- Omaisten ja hoitohenkilökunnan informoiminen oireiden laadusta
- Turvattomuuden, huolen ja kaaoksen tunteiden lieventäminen
 - kanssakäymisessä tilannehallinnan viestiminen
 - todellisen välittämisen viestiminen
 - yksilölliset turvallisuutta luovat arkielämän rutiinit
 - ristiriitoja ja jännitteitä aiheuttavien ympäristö tekijöiden korjaaminen
- Huomion antaminen lyhyillä, tiheästi toistuvilla kontakteilla.
- Kuoleman pelon käsitteleminen potilaan kykyjen ja vakaumuksen mukaan, sairaalapastori yhteistyö kumppanina, jos potilas haluaa
- Ympäristön muokkaaminen mahdollisimman sellai seksi, ettei keräily ja touhuilu tuota vaaratilanteita eikä loukkaa kanssaihminen yksityisyyttä
- Annetaan muuta dementoituneen aktiiviteetin tarpeen tyydyttävää tekemistä.
- Kivun selvittäminen ja asianmukainen hoito

• Lääkehoito

Erityisesti, jos oireisiin liittyy ahdistuneisuutta voi yrittää lääkitystä:

- sitalopraami (Cipramil) 10–20 mg x 1 tai muu serotoniiniselektiivinen masennuslääke
- oksatsepaami (Opamox, Oxamin, Oxepam) 7,5–15 mg tarv
- risperidoni (Risperdal) 0,25–0,5 mg x 2



Unihäiriöt

Unihäiriöt ovat tavallisia dementian kaikissa vaikeusasteissa. Niiden syy pitäisi selvittää ja mahdollisuuksien mukaan hoitaa.

Masennuksessa on tyyppillistä aamuöiset heräämiset, kun taas ahdistuneisuus voi hidastaa nukahtamista. Kipu vaikeuttaa nukahtamista ja saattaa herättää yöllä. Tavallinen nukahtamisvaikeuksien syy ovat levottomat jalat, joiden taustalla voi olla mm. anemia, jalkojen huono verenkierto, beta-salpaajat tai verisuonia supistavat lääkkeet (mm. nuhalääkkeiden pseudoefedriini). Verenpaine laskee yön aikana ja voi aiheuttaa aivoissa hapen puutetta herättäen potilaan. Verenpainetta laskevia lääkkeitä (mm. monet sydämen vajaatoiminnan lääkkeet, pitkävaikutteiset nitraatit, useat neuroleptit ja Parkinsonin taudin lääkkeet) on syytä käyttää harkiten. Muista lääkkeistä esim. beta-salpaajat ja levodopa voivat aiheuttaa painajaisia, jotka voivat herättää. Lewyn kappale -tautiin voi liittyä myös painajaisunia. Dementian edetessä vuorokausirytmii häiriintyy, mutta se voi häiriintyä myös esim. yli tunninmittaisista päiväunista. Laitoksissa voi olla tapana laittaa potilaat nukkumaan alkuillasta, mikä voi johtaa rauhoittavien ja unilääkkeiden käyttöön. Kotonakin asuva dementiapotilas saattaa pyrkiä liian varhain yöpuulle, erityisesti talvisaikaan, kun pimeä tulee aikaisin. Myös kahvi ja vahva tee illalla nautittuina voivat estää nukahtamista.

Unihäiriöiden hoidon pohjana on aina unihygienian noudattaminen. Jokailtaiset rutiinit voivat olla hyödyllisiä. Ellei tilanne parane riittävästi syhyyn puuttamalla, voidaan turvautua ”yönmittaisiin” unilääkkeisiin. Niitä on syytä antaa yleensä tarvittaessa ja yölläkin potilaan herätessä voi antaa pienen annoksen. Aloita pienillä annoksilla, se riittää usein jatkossakin. Unilääkkeet pidentävät jonkin verran yöunta ja lievää aamutokkuraa saattaa esiintyä. Säännöllinenkin unilääkitys on usein parempi vaihtoehto kuin dementiapotilaan ja omaishoitajan huonosti nukutut yöt ja päiväaikainen väsymys. Muutamilla dementiapotilailla (1–2 %) unilääkkeet voivat aktivoita potilasta ja aiheuttaa sekavuutta. Väsyttäviä neuroleptejä voi käyttää, kun unihäiriöön liittyy aistiharjoja, harhaluuloja tai levottomuutta. Jos unihäiriö liittyy masennukseen, voi kokeilla väsyttäviä masennuslääkkeitä (esim. mirtasipiini, tratsodoni).



Unihäiriöt

• Syitä ja synnynnäisiä hoitoja

- Depressio
- Ahdistuneisuus
 - muista lääkkeet aiheuttajina
- Pelot, esimerkiksi kuolemanpelko
 - kohtaa pelko yhdessä potilaan kanssa, sairaala pastori yhteistyökumppanina, jos potilas haluaa
 - turvallinen olo vähentää pelon aktivoitumista, vakuumuksen hyodyntäminen
- Kipu
- Levottomat jalat
 - selvitä syy (esim. anemia, diabetes, liikunnan vähyys)
 - hoitona kävelylenkki, jalkakylpy, , magnesium, levodopa 50–200 mg tai pramipeksoli (Sifrol) 0,05–0,50 mg illalla, unilääkkeet
- Matala verenpaine
 - poista mahdollisuuksien mukaan verenpainetta alentavat lääkkeet; korota päänalustaa; lääkehoito: etilefriini (Effortil) 10–25 mg iltapäivällä, fludrokortisoni (Florinef) 0,05–0,2 mg aamulla
- Painajaisunet
 - muista lääkkeet aiheuttajina
- Liian aikainen nukkumaanmeno aika ja uni-valve -rytmien häiriintyminen
- Liiallinen kiire iltaisin
 - rauhalliset iltarutiinit (lyhyt ulkoilu, lukeminen, TV:n katselu, lämmin maito)
- Aktivoivat lääkkeet (mm. Alzheimer-lääkkeet, masennuslääkkeet)
 - siirry aamuannokseen, vähennä lääkeannosta
- Kahvi, vahva tee
- Herääminen virtsaamaan
 - selvitä ja hoida syy; prostatavaivojen hoito, diureetit annosteltava aamuisin, virtsatieinfektio, iltajuomisen rajoittaminen

• Lääkehoito

- tematsepaami (Tenox, Normison) 5–20 mg
- tsopikloni (Imovane, Zopinox) 3,75–7,5 mg
- tsolpideemi (Stilnoct) 5–10 mg
- väsyttävät masennuslääkkeet, esim. mirtasipiini (Remeron), tratsodoni (Azona) jos masennusta
- psykoosilääkkeet, vain jos aistiharjoja, harhaluuloja tai vaikeaa levottomuutta



Virhetulkinnat

Virhetulkinnnoilla tarkoitetaan tilannetta, jossa dementoitunut tulkitsee näkemänsä, kuulemansa tai kokemansa tilanteen toisin kuin muut. Virhetulkinta syntyy, kun dementoitunut saa jonkin aistiärsyksen, mutta ei kykene hahmottamaan, tunnistamaan ja tulkitsemaan, mitä ärsyke tarkoittaa. Virhetulkinnat eroavat aistiharhasta juuri aistiärsyksen olemassaolon suhteen.

Tavallisia virhetulkinnan tilanteita liittyy kotiympäristön tai läheisten ihmisten tunnistamiseen. Virhetulkintoja liittyy myös oman hahmon tunnistamiseen. Dementoitunut voi pitkään keskustella oman peilikuvansa kanssa ja suuttua peilissä näkyvälle henkilölle. Samoin dementoitunut voi pitkäänkin keskustella televisiossa esiintyvien henkilöiden kanssa. Oma koti voi tuntua vieraalta ja dementoitunut väittää sen olevan jonkun toisen asunnon, koska ei tunnista esineitä ja henkilöitä. Tuttujen henkilöiden, useimmiten puolison tunnistaminen voi epäonnistua ja puolisoista tulee ventovieras. Samoin tyttärestä voi tulla äiti, pojasta isä. Ympäriä kuuluvien äänien tunnistamisen heiketessä äänät voivat saada uhkaavan merkityksen ja johtaa dementoituneen puolustusreaktioihin.

Virhetulkintojen hoito on hyvin yksilöllistä. Suuri osa virhetulkinnnoista on sellaisia, etteivät ne sinällään vaadi hoitoa. Virhetulkintojen merkityssisältö vaihtelee kuitenkin huomattavasti. Usein potilaan hyvä tuntemus ja luottamuksellinen suhde helpottaa virhetulkintojen ymmärtämisessä ja niihin suhtautumisessa. Virhetulkinnan luoma kiusallinen tilanne helpottaa joskus rakentavan huumorin käytöllä, joskus se voidaan ohittaa lyhyellä hyväksyvällä maininnalla. Erityisesti Lewyn kappale-taudissa virhetulkinnat liittyvät usein vireydetason alenemiseen ja oireet voivat olla poissa kun potilas on virkeä. Masennuslääkkeet ja koliiniesteraasienestäjät voivat joskus parantaa vireydetasoa. Muusta lääkkehoidosta ei ole juurikaan apua.



Virhetulkinnat

• Tyypillisiä virhetulkintoja

- Kotiympäristön tai läheisten ihmisten tunnistamisen vaikeudet
- Oman hahmon tunnistamisen ongelmat
 - keskustelu oman peilikuvan kanssa
- Keskustelu televisiossa esiintyvien henkilöiden kanssa
- ”Omakoti ei ole oma”
- Äänien tunnistaminen

• Lääkehoito

Hyvin yksilöllistä

- potilaan hyvä tuntemus ja luottamuksellisen suhteen luominen
- rakentavan huumorin käyttö

• Lääkehoito

- Tavoitteena vireydetason parantaminen
 - sitalopraami (Cipramil, Citalopram, Sepram) 10–20 mg x 1
 - sertraliini (Zoloft) 25 mg x 1
 - fluoksetiini (Fontex, Fluoxetin, Seronil, Seromex) 10–20 mg x 1
 - fluvoksamiini (Fevarin) 50 mg x 1
 - paroksetiini (Seroxat) 10 mg x 1
 - essitalopraami (Cipralext) 5–10 mg x 1
- Alzheimer-lääkkeet
 - donepetsiili (Aricept) 5–10 mg x 1
 - rivastigmiini (Exelon) 3–6 mg x 2
 - galantamiini (Reminyl) 16–24 mg x 1
 - memantiini (Ebixa) 10 mg x 2



Omainen dementoituneen rinnalla

Käyttösoireet ovat useiden tutkimusten mukaan suurin syy dementoituneen ihmisen pitkäaikaishoitoon. Ne heikentävät dementoituneen itsensä selviytymistä kotona, mutta myös herkästi uuvuttavat omaishoitajaa. Tieto käyttösoireen syistä sekä kokeilemisen arvoisista lääkkeettömistä keinoista auttaa omaishoitajaa jaksamaan. Omaista voi helpottaa jo tieto, ettei sairastunut läheinen tahallaan käyttäydy vaikeasti. Omaishoitajan on myös tärkeää kokea, että häntä kuunnellaan ja hänen tilannettaan ymmärretään. Vertaisryhmät voivat olla avuksi. Lepotauot hoitamisesta ovat myös tärkeitä omaishoitajan jaksamisen kannalta. Alueen dementia-neuvon- jän tai –koordinaattorin luokse ohjaaminen on useimmiten hyödyllistä. Hän jakaa omaishoitajan taakkaa ylläpitämällä kiinteää kanssakäymistä perheeseen koko ongelmaratkaisu- prosessin ajan.

Vastaanottotilanteessa on hyvä pitää mielessä, että omaishoi- taja kuuntelemalla ja hänen kanssaan keskustelemalla voi saada arvokasta tietoa käyttösoireen syitä selvittäessä. Omaista on kannustettava ottamaan yhteyttä, kun sairastuneen käyttäytymisessä tai toimintakyvyssä ilmenee muutoksia.

Myös pitkäaikaishoidossa olevien dementoituneiden ihmisten omaiset tarvitsevat tietoa ja tukea. Käyttösoire voi pelottaa tai ahdistaa omaista siinä määrin, että hän lopettaa vierailut sairastuneen luona.



Vinkkejä omaiselle lääkkeettömästä hoidosta

- Ilmaise luontevasti, kuka olet tullessasi vierailemaan tai jos kotona sairastunut ei yllättäen tunnekaan sinua. Käytä sanojen lisäksi muita aiemmin tuttuja lähestymisen tapoja: halaaminen, suukon antaminen, hellittelynimet. Vanhoista, tutuista vaatteista voi olla myös apua.

- Älä oikaise sairastuneen läheisesi vääntämiä (ellei se vähennä hänen ahdistustaan). Yleensä on parempi vain myötäillä tai olla kiinnostamatta niihin huomiota. Huumori on usein myös hyvä keino.

- Voit yleensä vapaasti heittäytyä juttelemaan asioista sairastuneen ehdoilla. Mekin joskus haaveilemme ystävien kanssa maailmanympärysmatkasta tai lottovoitosta, vaikka ne eivät toteudukaan.

- Muista, että dementoitunut ei aina tarkoita juuri sitä mitä kuulet hänen sanovan. Esimerkiksi äidistä puhuminen voi tarkoittaa läheisyyden tai turvan kaipuuta. Oikaisemisen sijaan voit jatkaa puhumalla hänen äidistään tai hänen kaipuustaan. Voit myös kysyä, onko hänellä ikävä äidin rakkautta tai sanoa, että itsekkin välillä kaipaat omaa äitiäsi.

- Juttele hänen kanssaan sairastumisesta esim. silloin, kun hän on ahdistunut: “Sinulla on varmaan paha olla, koska sinulla on sellainen sairaus, ettet aina jaks muistaa ja ymmärtää. Mutta minä autan“. Voit pyrkiä kohtaamaan hänen ahdistustaan myös muilla sinulle luonteenomaisilla tavoilla. Jo se, että dementoitunut aistii sinun halusi ymmärtää ja auttaa, luo turvallisuutta ja on omiaan vähentämään ahdistusta.

- Voit käyttäytyä normaalisti läheisesi kanssa niin kuin ennenkin. Jos sinulla on paha mieli tai sinua väsyttää, voit purkaa myös näitä tunteita läheisesi. Voit myös suuttua, jos hän kohtelee sinua mielestäsi huonosti. Normaali ja aito kanssakäyminen helpottaa teitä molempia.

- Muista, että jatkuvasti toistuvan ja sinnikkään ahdistuksen takana voi olla fyysisiä syitä, kuten kipuja, joihin läheisesi tarvitsee lääkärin apua.

- Jos levottomuus ei juttelulla asetu, lähtekää kävelylle, auttoilemaan, kauppaan tai tehkää jotain sellaista, mistä tiedät hänen pitävän. Jos ‘kortikonstit’ levottomuuden hoidossa eivät



auta, käänny ammattihenkilökunnan puoleen.

● Jos Lewyn kappale -tautia sairastavalla läheiselläsi esiintyy näköharjoja, voit hyvin ilmaista hänelle, ettet sinä näe mitään erityistä ja että hänen näkemänsä asiat liittyvät sairauteen. Asiasta puhuminen usein helpottaa niin sairastunutta kuin omaistakin.

● Sairastuneen peruspersoonallisuus ei yleensä muutu. Ihminen, joka on tottunut määräämään perheessä säilyttää tavallisesti määräämisen halunsa. Aggressioita esiintyykin helposti, jos omaishoitaja komentaa tällaista ihmistä. Vaikka dementoitunut on voinut kadottaa runsaasti entisiä taitojaan ja tarvitsee paljon apua, hänen olisi saatava säilyttää kokemus omasta arvostaan.

● Teidän molempien kannalta on hyvä sairauden alusta alkaen keksiä jokaiseen päivään ainakin yksi teistä molemmista kivalta tuntuva tekeminen. Positiivinen tunnelma ja mielihyvä auttavat omaishoitajan jaksamista ja ennalta ehkäisevät käytösoireiden esiintymistä.



Kirjallisuutta

Alhainen K, Viramo P, Sulkava R.
Vaikean demencian hoito. Opas lääkäreille ja terveydenhuollon henkilökunnalle.
Lundbeck Oy, Turku 2004

Eloniemi-Sulkava U.
Käyttösoireisten dementoituneiden lääkkeetön hoito.
Vanhustyö 2006; 1:10-13

Koponen H, Saarela T. Käyttösoireiden hoito.
Kirjassa: Muistihäiriöt ja dementia.
Toim. Erkinjuntti T, Rinne J, Alhainen K, Soininen H. Duodecim, Helsinki, 2001: 463-474.

Viramo P, Huusko T, Joiniemi M, Sulkava R.
Dementiapotilaan lääkehoito – opas lääkäreille ja hoitohenkilökunnalle.
Suomen dementiahoitoyhdistys, Helsinki 2004.

Suomen muistitutkimusyksiköiden asiantuntijaryhmä.
Dementiapotilaiden käyttösoireet.
Suom Lääkäril 2001;56:169-175.

Suomen muistitutkimusyksiköiden asiantuntijaryhmä.
Dementiaan liittyvien käyttösoireiden lääkehoito.
Suom Lääkäril 2001;56:277-283.

Suomen muistitutkimusyksiköiden asiantuntijaryhmä.
Dementiapotilaiden käyttösoireiden lääkkeetön hoito.
Suomen Lääkärilehti 2001; 56: 2777-2783.

