

Ahdistunut vanhus

Ahdistuneisuushäiriöitä esiintyy noin 5–6 %:lla 65 vuotta täyttäneistä. Tavallisimmin ahdistuneisuusoireilu on alkanut nuorena aikuisena tai keski-iässä. Ahdistuneisuushäiriöihin liittyy merkittävää psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn heikkenemistä, ja vaikeimmillaan ne voivat estää itsenäisen asumisen. Suuri osa ahdistuneisuudesta kärsivistä iäkkäistä potilaista hakeutuu yleislääkärin vastaanotolle valittaen somaattisia oireita. Potilaiden tutkimuksiin kuuluvat psyykkisen ja sosiaalisen tilanteen kartoittaminen ja riittävät somaattiset tutkimukset. Suurin osa potilaista on hoidettavissa yleislääkärin kautta ja erikoissairaanhoidon kuuluvat vaikeimmin oireilevat ja hoitoresistentit. Keskeisiä hoitomuotoja ovat supportiivinen tuki, psykoterapiat ja masennuslääkkeet (SSRI-lääkkeet).

Ahdistuneisuus on jännittyneenä, huolestuneena ja pelonsekainen tunne, joka syntyy reaktiona uhkaavaksi koettuun asiaan tai tilanteeseen. Toisin kuin pelossa, jossa yleensä on selvä kohde, ahdistuksen kohdetta on vaikea määrittää. Kyky tunkea ahdistusta ja pelkoa on sinänsä terve ominaisuus, sillä nämä tunteet varoittavat uhkaavasta vaarasta, mutta liiallisena ja toimintakykyä heikentävänä tällainen reagointi voi olla psykiatrinen sairauden oire.

Ahdistuneisuushäiriöt ovat ikääntyneillä yleisiä ja vaikeimmillaan vanhuksen toimintakykyä huomattavasti heikentäviä. Iäkkäiden ahdistuneisuuden määrittäminen ja diagnosointi vaikeuttavat samanaikaiset somaattiset sairaudet, lääkehoidot, kognitiivinen heikentyminen ja ikäkauteen liittyvät elämänolosuhteiden muutokset. Lisäksi ahdistuneisuusoireiluun

liittyy usein jossain vaiheessa masentuneisuutta. Todennäköisesti vanhusten ahdistuneisuushäiriöt jäävät useammin diagnosoimatta ja hoitamatta kuin nuorempien (Wolitzky-Taylor ym. 2010). Ahdistuneet vanhukset hakeutuvat tyypillisesti yleislääkärin vastaanotolle ja valittavat usein somaattisia oireita, kuten sydämentykytystä, vatsavaivoja tai erilaisia särkyjä. Ahdistuneisuus voi peittyä somaattisten oireiden taakse. Usein avuksi riittää somaattinen tutkiminen, psykososiaalisten ongelmien kartoittaminen ja potilasta rauhoittava keskustelu. Vanhusten ahdistuneisuushäiriöiden lääkityksessä käytetään eniten bentsodiatsepiineja (Sable ja Jeste 2001, Wetherell ja Stein 2009), vaikka ensisijaisiksi lääkkeiksi suositellaan masennuslääkkeitä. Bentsodiatsepiineja suositellaan käytettäväksi vain akuuttien tilanteiden hoidossa ja tilapäisesti.

Ahdistuneisuushäiriöiden luokittelu ja oirekuva

Lievä ahdistuneisuus on tavallinen ja normaali tunne, joka liittyy usein elämän vaikeuksiin ja ristiriitoihin ja menee ohi ilman hoitotoimenpiteitä. Ahdistuneisuushäiriöissä ahdistuneisuus aiheuttaa merkittävää subjektiivista kärsimystä, kestää pitkään ja heikentää psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä. Ahdistuneisuushäiriöt ovat pääasiassa nuorena tai nuorella aikuisiällä alkavia ja pitkäkestoisia. Kuitenkin niiden kulussa voi olla välillä pitkiäkin oireettomia jaksoja ja elämäntilannetekijät tai elimelliset sairaudet saattavat laukaista uuden oireilun. Ahdistuneisuushäiriöiden on todettu aiheuttavan subjektiivisen kärsimyksen lisäksi toimintakyvyn heikkenemistä, joka on iäkkäillä vaikeampaa kuin nuoremmilla (Wolitzky-Taylor ym. 2010).

Ahdistuneisuushäiriöiden diagnosoinnissa käytetään iäkkäillä samoja kriteerejä kuin nuoremmilla. Tavallisimmat ahdistuneisuushäiriöt on lueteltu **TAULUKOSSA** (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2009). Yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä esiintyy vähintään puolen vuoden ajan korostunutta jännittyneisyyttä, huolestuneisuutta ja pelokkuutta ja ahdistuneisuuteen liittyy moninaisia somaattisia oireita, kuten sydämentykytystä, vapinaa, lihaskäntymistä, rintakipua, tukehtumisen tunnetta, huimausta ja pahoinvointia. Paniikkihäiriössä ahdistusoireet ovat kohtauksittaisia, ja sosiaalisten tilanteiden pelossa ne liittyvät esiintymis- ja ryhmätilanteisiin. Yksittäisiin pelkoihin liittyvä ahdistuneisuus rajoittuu tarkasti määritettäviin tilanteisiin tai kohteisiin, joita ovat esimerkiksi lentäminen, korkeat tai suljetut paikat, pimeä ja hammaslääkärissä asiointi. Pakko-oireisessa häiriössä pakkoajatukset ovat ahdistavia ja potilaalle itselleen vierailta tuntuvia toistuvia mielikuvia tai toimintayllykkeitä, joita on vaikea saada pois mielestä. Pakkotoinnoissa pyritään varmistamaan siisteyteen tai järjestykseen liittyvillä toimilla tai toistuvalla tarkistamisella, ettei mitään vaarallista pääse tapahtumaan.

Vanhusten ahdistuneisuuden erityispiirteet

Ahdistuneisuusoireiden on todettu olevan iäkkäillä pääosin samankaltaisia kuin nuoremmilla. Ikääntyneet eivät kuitenkaan usein itse tunnista ahdistuksen oireita psyykkistä alkuperää oleviksi vaan tulkitsevat ne merkiksi somaattisista vaivoista. He saattavat myös puhua ahdistuksen sijaan huolista, huolestuneisuudesta ja peloista. Onkin epäilty, sopivatko nuoremmille tehdyt diagnostiset kriteerit iäkkäille vai jääkö osa vanhusten ahdistuneisuushäiriöistä diagnosoimatta (Wolitzky-Taylor 2010). Vanhuksille ominaisina ahdistuneisuuden ilmenemismuotoina esiintyy somaattisten sairauksien ja traumaattisten tapahtumien seurauksena puhkeavaa julkisten paikkojen ja kaatumisen pelkoa (Wetherell ja Stein 2009). Myöhäisellä iällä alkavassa paniikkihäiriössä esiintyy yleensä vähemmän välttämiskäyttä-

TAULUKKO. Tavallisimmat ahdistuneisuushäiriöt.

Julkisten paikkojen pelko
Sosiaalisten tilanteiden pelko
Määritetyt (yksittäiset) pelot
Paniikkihäiriö (kohtauksittainen ahdistus)
Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö (yleistynyt tuskaisuus)
Pakko-oireinen häiriö
Traumaperäinen stressireaktio

tymistä kuin nuoremmilla potilailla, ja se liittyy usein masennustilaan tai elimelliseen sairauteen (Sable ja Jeste 2001).

Toimintakyvyn heikkenemisen lisäksi ahdistuneisuushäiriö voi aiheuttaa vanhuksella riippuvuuden huomattavaa lisääntymistä ja elämänpiirin supistumista. Masentunut vanhus on usein eristäytyvä ja omaisistaan vetäytyvä, kun taas ahdistunut vanhus saattaa pyrkiä tukeutumaan kaikissa asioissaan läheisiinsä. Ääritapauksissa ahdistunut potilas ei pärjää yksin kotonaan vaan tarvitsee omaistensa tai ystäviensä seuraa tai hakeutuu toistuvasti päivystysvastaanotolle. Pitkittyessään voimakas ahdistuneisuus saattaa uhata kotona selviytymistä. Iäkkäiden ahdistuneisuuteen on todettu liittyvän fyysistä toimintakyvyttömyyttä, elämänlaadun huononemista ja palveluiden käytön lisääntymistä (Wetherell ym. 2005).

Esiintyvyys

Ahdistuneisuushäiriöitä esiintyy merkittävästi vielä iäkkäänä, joskin esiintyvyys on pienempi kuin nuorilla aikuisilla. Tutkimuksissa esiintyvyyksluvut ovat vaihdelleet paljon (1,2–15 %) pääasiassa tutkimusmenetelmien mukaan (Bryant ym. 2008). Kanadalaisessa edustavassa väestötutkimuksessa ahdistuneisuushäiriöiden kokonaisesiintyvyydeksi 65 vuotta täyttäneillä saatiin 5,6 % (Prévile ym. 2008). Yleisimpiä olivat yksittäiset pelot, pakko-oireinen häiriö ja yleistynyt ahdistuneisuushäiriö. Paniikkihäiriö ja sosiaalisten tilanteiden pelko ovat vanhuksilla selvästi harvinaisempia kuin nuorilla aikuisilla.

Valtaosa vanhusten ahdistuneisuushäiriöistä alkaa nuorena aikuisena tai keski-iässä. Myös iäkkäänä alkavia todetaan, mutta niiden määristä ei ole riittävästi tutkimustietoa. Varsinaisen häiriöasteisen ahdistuneisuuden lisäksi vanhuksilla on todettu esiintyvän diagnostisten kriteerien ulkopuolelle jäävää, toimintakykyä heikentävää ahdistuneisuusoireilua 15–20 %:lla yleisväestössä ja jopa yli 40 %:lla kroonisista fyysisistä sairauksista kärsivien ryhmässä (Wetherell ym. 2005). Somaattiset sairaudet ja lääkitykset voivat vaikeuttaa vanhusten ahdistuneisuushäiriöiden tunnistamista ja johtaa alidiagnostiikkaan. Ahdistusoireita saatetaan myös pitää aiheettomasti realistisina, ikään liittyvinä terveysongelmina, huolina tai pelkoina.

Ahdistuneisuutta aiheuttavia riskitekijöitä

Ahdistuneisuudelle ja masennukselle altistavien riskitekijöiden on todettu olevan samankaltaisia (Wetherell ja Stein 2009). Keskeisimpiä ovat naissukupuoli, kognitiivinen heikkeneminen, krooniset terveysongelmat, huonoksi koettu terveys ja toiminnan rajoitukset. Elämäntilanteeseen liittyvät murheet ja vastoinikäymiset aiheuttavat usein ahdistuneisuushäiriön alkamisen tai pahentavat aiemmin ilmaantunutta ahdistuneisuutta. Iäkkäälle tyypillinen tilanne on leskeytyminen ja siihen liittyvä yksin jääminen. Fyysisen toimintakyvyn rajoitukset ja niiden aiheuttama turvattomuus voivat altistaa ahdistuneisuudelle. Jotkin persoonallisuuspiirteet, kuten riippuvaisuus ja estyneisyys, näyttäisivät altistavan joskus voimakkaalle ja toimintakyvyn lamaannuttavalle ahdistuneisuudelle esimerkiksi puolison kuoleman jälkeen.

Monihäiriöisyys ja erotusdiagnostiikka

Iäkkäiden ahdistuneisuushäiriöissä muiden psykiatristen häiriöiden samanaikainen esiintyminen on yleistä kuten nuoremmilla. Nimenomaan tämä koskee masennustiloja mutta yhä enemmän myös päihdeongelmia. Yleensä

ahdistuneisuushäiriö ilmaantuu ensin ja masennustila myöhemmin (Sable ja Jeste 2001). Ahdistuneisuushäiriöt ovat enimmäkseen pitkäkestoisia ja masennustilat jaksoittaisia. Toisaalta masennustiloissa esiintyy paljon ahdistuneisuusoireita, joiden voidaan katsoa kuuluvan masennukseen, jos ahdistuneisuutta ei esiinny masennusjakson ulkopuolella. Monet vakavan masennustilan ja yleistyneen ahdistuneisuushäiriön oireet menevät päällekkäin. Samanaikaiset häiriöt aiheuttavat kielteisiä vaikutuksia sekä ahdistuneisuushäiriön kulkuun että hoidettavuuteen. Ahdistuneisuushäiriö samanaikaisen masennustilan kanssa saattaa vaikeuttaa masennuksen oirekuvaa ja lisätä itsemurhavaaraa. Myös huonontunutta ja tavallista myöhemmin ilmaantuvaa vastetta lääkehoitoon on todettu. Vastaavasti vakava masennustila huonontaa ahdistuneisuushäiriön hoidon tehoa (Wolitzky-Taylor ym. 2010).

Toisen keskeisen ahdistuneisuushäiriöiden kanssa samanaikaisesti esiintyvän sairausryhmän muodostavat alkoholi- ja lääkeriippuvuus. Alkoholin käyttö itselääkintänä sosiaalisessa ahdistuneisuudessa on tavallista ja voi johtaa riippuvuuteen. Alkoholi- ja lääkeriippuvuuteen liittyvät haitta- ja vieroitusoireet on muistettava ahdistuneisuuden aiheuttajina myös vanhuksilla.

Ahdistuneisuus saattaa heikentää kognitiivista suorituskykyä ja olla jopa dementian riskitekijä (Wolitzky-Taylor ym. 2010). Ahdistuneisuus voi myös olla neurodegeneratiivisen sairauden ensioire. Kognitiivista suorituskykyä saattavat heikentää myös pitkäaikaisesti käytettyjen bentsodiatsepiinien haittavaikutukset (Beaudreau ja O'Hara 2008). Ahdistuneisuuden ja kognitiivisen heikentymisen suhde voi olla kaksisuuntainen: pitkäaikainen ahdistuneisuus heikentää kognitiota tai ahdistuneisuus on seurausta siitä, että potilas huomaa kognitiivisten kykyjensä heikentyvän.

Diagnostiset kriteerit täyttäviä ahdistuneisuushäiriöitä on todettu esiintyvän 5–21 %:lla dementiaa sairastavista ja ahdistuneisuusoireita 8–71 %:lla (Seignourel ym. 2008). Ahdistuneisuusoireita esiintyy dementiapotilailla yleisesti etenkin sairauden alkuvaiheessa, ja ne heikentävät entisestään toimintakykyä ja

elämänlaatua. Ahdistuneisuuden ja kognitiivisen heikentymisen esiintyessä samanaikaisesti saattavat molempien sairauksien hoitotulokset huonontua (Beaudreau ja O'Hara 2008). Dementiassa ja ahdistuneisuudessa on samoja oireita, mikä yhtenä tekijänä vaikeuttaa erotusdiagnoosiikkaa. Molemmista esiintyy esimerkiksi levottomuutta, uupumusta, keskittymiskyvyn heikkenemistä ja päättämisen vaikeutta.

Joskus on vaikea erottaa pakko-oireista häiriötä harhaluuloista. Erotusdiagnoosissa kannattaa muistaa se, että ahdistuneisuushäiriöt alkavat tyypillisesti jo varhain, kun taas harhaluulot tulevat esiin tavallisesti vasta vanhemmalla iällä. Potilaat myös tunnistavat pakko-oireet itselleen hankaliksi ja kärsimystä tuottaviksi. Sen sijaan harhaluuloinen vanhus kokee oireensa olevan totta ja ongelmien olevan itsen ulkopuolella.

Somaattisten sairauksien ja ahdistuneisuushäiriöiden samanaikainen esiintyminen vaikeuttaa erotusdiagnoosiikkaa ja ahdistuneisuuden määrittämistä. Iäkkäät saattavat helpommin tulkita ja nimetä ahdistuneisuuteen liittyvät fyysiset oireet somaattisiksi ongelmiksi. Toisaalta monien somaattisten sairauksien oireet voivat muistuttaa ahdistuneisuusoireita. Näin on esimerkiksi sydän- ja keuhkosairauksissa ja hypertyreosissa. Lisäksi somaattisiin sairauksiin saattaa liittyä pelottavia ruumiillisia tuntemuksia, jotka edistävät ahdistuneisuushäiriön syntymistä. Kyseessä voi olla kahden suhteellisen yleisen häiriön samanaikaisesta esiintymisestä tai toinen häiriö selittää toista. Sepelvaltimotautia, keuhkoahantautia, huimausta ja Parkinsonin tautia sairastavilla on todettu ahdistuneisuuden tai ahdistuneisuushäiriöiden huomattavaa samanaikaista esiintyvyyttä (Wolitzky-Taylor ym. 2010).

Ahdistuneisuushäiriö voi olla myös sepelvaltimotaudin ja siihen liittyvien rytmihäiriöiden riskitekijä (Wetherell ja Stein 2009). Lääkeaineista ahdistuneisuutta saattavat aiheuttaa mm. kortikosteroidit, beeta-agonistit, teofylliini, SSRI-lääkkeet, tyrokksiini ja Alzheimerin taudin hoitoon käytetyt asetyylikoliiniesteraasin estäjät.

Tutkiminen ja hoito

Ahdistuneisuushäiriöistä kärsivät potilaat hakeutuvat tavallisesti yleislääkärin tai sisätautilääkärin vastaanotolle, koska usein varsinkin oireilun alkuvaiheessa potilasta huolestuttavat eniten somaattiset oireet ja tuntemukset (Flint 2005). Potilaan tutkiminen ja hoito onkin luontevaa aloittaa yleislääkärin vastaanotolla, koska aluksi on tarpeellista tehdä riittävät somaattiset tutkimukset elimellisten sairauksien pois sulkemiseksi. Ahdistusoireiden sisällön lisäksi on tarpeellista käydä läpi mahdolliset aikaisemmat oirejaksot ja muu psykiatrinen sairastaminen hoitoineen. Viimeaikaisten elämäntapahtumien kartoittaminen kuuluu esitietojen selvitykseen ja voi antaa diagnostista tukea epäilylle ahdistuneisuushäiriöstä.

Potilaan valittamien oireiden luonne ohjaa luonnollisesti tutkimuksia. Kliinisen tutkimuksen lisäksi suositellaan tutkittaviksi ainakin täydellinen verenkuva, kilpirauhasen toimintakokeet, elektrolyytit, verengluukoosi, B₁₂-vitamiini, folaatti ja EKG. Alkoholien ja rauhoittavien lääkkeiden liikakäyttö kartoitetaan suoraan kysymällä ja tarvittaessa laboratoriotestejä hyödyntäen. Omaisten ja kotihoidon antamat tiedot voivat myös olla oleellisia päihdeongelmaa arvioitaessa. Ahdistuneisuutta haittavaikutuksenaan aiheuttavien lääkkeiden osalta on arvioitava ainakin lääkkeiden tarpeellisuus, annoksen sopivuus ja erityisesti se, onko äskettäin aloitettu uusi lääkitys, joka voisi selittää oireilun.

Valtaosa ahdistuneisuushäiriöstä kärsivien vanhusten hoidoista on mielekkäintä toteuttaa oman yleislääkärin kautta. Riittävä tutkiminen ja lääkärin rauhallinen suhtautuminen ja potilaan huolien kuuntelu yleensä helpottavat oireita. Keskustelussa on syytä kertoa avoimesti oireiden luonne ja samalla selvittää, onko potilaan elämäntilanteessa murheita, joihin ahdistuneisuus voisi liittyä. Useimmat ahdistuneet potilaat hyväksyvät ajatuksen oireilun psyykkisestä luonteesta. Poikkeuksena ovat voimakkaammin somatisoivat potilaat, jotka pyrkivät toistuvasti hakeutumaan erilaisiin somaattisiin tutkimuksiin ja ovat vakuuttuneita siitä, että oireilun taustalla on elimellinen syy.

Jos ahdistuneisuusoireet ovat subjektiivisesti hankalia ja lamaannuttavat toimintakykyä, on syytä aloittaa lääkehoito. Voinnin ja lääkityksen seurantaan on paikallaan varata säännöllisiä vastaanottokäyntejä, jotka samalla vähentävät potilaan tarvetta turvautua päivystyskäynteihin. Omaisten tai muun lähiverkoston mukaanotto hoidon suunnitteluun on paikallaan ainakin silloin, kun kyseessä on vaikeasti oireilevia ja voimakkaasti omaisiinsa tukeutuvia potilaita.

Psykiatriseen erikoissairaanhoidon voidaan lähettää vaikeimmin oireilevat potilaat ja sellaiset, joille ei ole ollut apua useammasta asianmukaisesta hoitoyrityksestä. Joskus yksittäinen vanhuspsykiatrin konsultaatio riittää suuntaamaan hoitoa eteenpäin. Useimmiten psykoterapeuttiset hoidot arvioidaan ja toteutetaan erikoissairaanhoidon kautta. Vaikeasti somatisoivat potilaat eivät useinkaan ole halukkaita psykiatriseen hoitoon, ja heidän hoitonsa on tavallisesti järkevintä toteuttaa saman yleislääkärin säännöllisillä vastaanotoilla.

Psykoterapeuttiset hoidot

Sekä psykoterapeuttisia että lääkehoitoja on tutkittu iäkkäillä vähemmän kuin nuoremmilla, ja pääosa tutkimuksista on kohdistunut yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön (Wetherell ym. 2005). Psykoterapeuttisista hoidoista on todettu olevan kohtalaista hyötyä vanhusten ahdistuneisuudessa. Tutkittuja hoitomuotoja ovat rentoutusharjoitukset, kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia ja supportiivinen psykoterapia (Wolitzky-Taylor ym. 2010). Kognitiivis-behavioraalisen psykoterapian hyödystä yleistyneessä ahdistuneisuushäiriössä on eniten näyttöä. Toisaalta on todettu, ettei tämä hoito ole muita psykoterapiamuotoja tehokkaampi (Pinquart ja Duberstein 2007). Kuitenkin psykoterapeuttisten hoitojen teho on iäkkäillä jäänyt heikommaksi kuin nuoremmilla. Tämän takia on pohdittu paremmin vanhuksille soveltuvien hoito-ohjelmien kehittämistä, jolloin huomioitaisiin ikäryhmän erityispiirteet ja mahdolliset rajoitukset psykoterapian kannalta (Wolitzky-Taylor ym. 2010).

Osa potilaista hyötyy erilaisesta psykososiaalisesta tuesta ja sosiaalisen vuorovaikutuksen lisäämisestä. Kotihoito sekä ryhmä- ja kerhotoiminnot voivat vähentää turvattomuuteen liittyvää ahdistuneisuutta ja tuoda ahdistuksen tilalle elämään muuta sisältöä. Liikuntaan ja muuhun toimintaan tukeminen on merkityksellistä eristäytymiseen taipuvalle vanhuksele.

Lääkehoito

Iäkkäiden potilaiden lääkehoitokäytännöt ovat enimmäkseen samankaltaisia kuin nuorilla aikuisilla, vaikka vanhusten lääkehoitoa on tutkittu vähemmän (Wetherell ym. 2005). Ensisijaisesti käytettäviä ovat selektiivisesti serotoniinin takaisinottoa estävät masennuslääkkeet (SSRI-lääkkeet), joista iäkkäille potilaille sopivina pidetään sitalopraamia (10–30 mg/vrk), essitalopraamia (5–15 mg/vrk) ja sertraliinia (25–100 mg/vrk), koska niillä on vähän yhteisvaikutuksia toisten lääkkeiden kanssa ja puoliintumisajat ovat lyhyet (Wetherell ja Stein 2009). Myös ns. kaksikanavaisista masennuslääkkeistä venlafaksiinista ja duloksetiinista on tutkimusnäyttöä vanhusten ahdistuneisuuden hoidossa. Mirtatsapiini (7,5–30 mg iltaisin) joko yksin tai yhdessä SSRI-lääkkeen kanssa on usein osoittautunut tehokkaaksi unettomuudesta kärsivälle ahdistuneelle. Merkittäviä eroja tehokkuudessa lääkeaineiden välillä ei ole todettu. Lääkkeen valintaan vaikuttavat siedettävyyden, vasta-aiheiden, haittavaikutusten ja hinta (Pinquart ja Duberstein 2007).

Ahdistuneisuuspotilaat ovat herkkiä masennuslääkkeiden aloitusvaiheen haittavaikutuksille, joista tavallisimpia ovat pahoinvointi, päänsärky ja ahdistuneisuuden lisääntyminen. Tämän takia lääkitys tulee aloittaa pienellä annoksella ja pyrkiä riittävään hoitoannokseen muutaman viikon kuluessa. Lääkitystä aloitettaessa potilaalla pitää olla mahdollisuus ottaa yhteyttä lääkäriinsä tuen saamiseksi lääkityksen jatkamiseen. Ahdistuneisuusoireet lieviytyvät vasta useiden viikkojen kuluessa, usein 1–2 kuukaudessa. Koska ahdistuneisuushäiriöt ovat luonteeltaan pitkäaikaisia, on myös lääkehoidon kesto yleensä pitkä, puolesta

YDINASIAT

- » Ikääntyneiden ahdistuneisuus on yleinen ja helposti havaitsematta jäävä ongelma.
- » Ahdistuneisuushäiriön oirekuvassa ikääntyneillä korostuvat erilaiset somaattiset vaivat ja toimintakyvyn heikentyminen enemmän kuin nuoremmilla.
- » Erotusdiagnostiikkaa vaikeuttaa usein samanlainen muu somaattinen ja psyykinen sairastaminen.
- » Hoidossa keskeistä on hyvä, tukea antava hoitosuhde ja psykososiaalinen tuki.
- » Lääkehoitona käytetään ensisijaisesti SSRI-lääkkeitä ja tarvittaessa lisänä bentsodiatsepiineja.

vuodesta vuosiin. Lääkityksen lopettaminen on syytä tehdä asteittain viikkojen kuluessa oireiden uusiutumisen ja lopettamisoireiden estämiseksi.

Bentsodiatsepiinit ovat yleisimmin käytettyjä lääkkeitä ahdistuneisuuden hoidossa. Ne ovat kuitenkin ongelmallisia haittavaikutusten, toleranssin kehittymisen ja lääkityksen lopettamisen vaikeuden takia. Erityisesti vanhuksilla korostuvat kognitiiviset ja psykomotoriset haittavaikutukset, joista voi olla seurauksena muistiongelmia, sekavuutta ja kaatumisia. Bentsodiatsepiinit ovat kuitenkin tehokkaita ja nopeasti vaikuttavia ahdistuslääkkeitä, ja ne ovat edelleen käyttökelpoisia lyhytaikaisessa käytössä, esimerkiksi masennuslääkkeiden vaikutuksen alkamista odottaessa. Myös epä-säännöllisessä käytössä, tarvittaessa otettavina bentsodiatsepiinit ovat ensisijaisia lääkkeitä. Vanhuksille suositellaan keskipitkävaikutteisia valmisteita, joilla ei ole aktiivisia metaboliitteja (oksatsepaami 7,5–15 mg x 2–3 ja loratsepaami 0,5–1 mg x 2–3).

Muista lääkkeistä buspironia suositellaan yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoitoon, koska siltä puuttuvat bentsodiatsepiineille ominaiset haitat. Sen vaikutus ilmaantuu masennuslääkkeiden tapaan useiden viikkojen

kuluessa ja myös haittaoireet ovat samankaltaisia. Käytännön työssä buspironin käyttö on jäänyt vähäiseksi. Pregabaliinilla on EU-maissa käyttöaiheena yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoito. Yksittäisissä tutkimuksissa pregabaliini on ollut tehokas ja hyvin siedetty myös vanhuksilla (Montgomery ym. 2008). Kliiniset kokemukset sen käytöstä vanhuspotilailla ovat vielä vähäiset. Pregabaliinia käytettäessä haittavaikutuksista väsymys ja huimaus on muistettava vanhuksia hoidettaessa.

Suomessa psykoosilääkkeitä näkee käytettävän myös ahdistuneisuuden ja unettomuuden hoitoon. Ne voivat kuitenkin heikentää kognitiota, aiheuttaa ekstrapyramidaalioireita ja antikolinergisia haittaoireita sekä lisätä sydänperäisen äkkikuoleman riskiä. Niinpä psykoosilääkkeitä olisi käytettävä vain harkiten, jos muut lääkkeet eivät auta.

Lopuksi

Ahdistuneisuushäiriöt ovat tavallisia iäkkäillä ihmisillä. Oirekuvaan liittyy usein erilaisia fyysisiä vaivoja, ja vain osa potilaista ottaa itse puheeksi ahdistuneisuutensa. Psyykkisen kärsimyksen lisäksi ahdistuneisuus johtaa usein terveys- ja tukipalvelujen lisääntyneeseen tarpeeseen ja omaisten kuormittumiseen. Ahdistuneisuushäiriöiset vanhukset saattavat tulla leimatuiksi myös ns. hankaliksi potilaiksi heidän hakeutuessaan toistuvasti päivystykseen erilaisten somaattisten oireiden vuoksi.

Havaitulle ja diagnosoidulle ahdistuneisuudelle on tarjolla tehokkaita lääke- ja psykoterapeuttisia hoitoja. Näiden lisäksi tarvitaan usein erilaisia psykososiaalisia tukitoimia, joiden tavoitteena on lisätä potilaan turvallisuudentunnetta ja tukea toimintakykyä. Toimiva yhteistyöverkko tukee potilaan ja omaisten ohella myös terveydenhuollon työntekijöiden jaksamista. ■

JOUNI KONTKANEN, LL, erikoislääkäri

**MAIJA PURHONEN, LT, erikoislääkäri,
va. osastonylilääkäri**

KYS:n psykiatrian klinikka
PL 1777, 70221 Kuopio

SIDONNAISUUDET

Ei sidonnaisuuksia.

KIRJALLISUUTTA

- Beaudreau SA, O'Hara R. Late-life anxiety and cognitive impairment: a review. *Am J Geriatr Psychiatry* 2008;16:790–803.
- Bryant C, Jackson H, Ames D. The prevalence of anxiety in older adults: methodological issues and a review of the literature. *J Affect Disord* 2008;109:233–50.
- Flint AJ. Generalised anxiety disorder in elderly patients. Epidemiology, diagnosis and treatment options. *Drugs Aging* 2005;22:101–14.
- Montgomery S, Chatamra K, Pauer L, Whalen E, Baldinetti F. Efficacy and safety of pregabalin in elderly people with generalised anxiety disorder. *Br J Psychiatry* 2008;193:389–94.
- Pinquart M, Duberstein PR. Treatment of anxiety disorders in older adults: a meta-analytic comparison of behavioural and pharmacological interventions. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007;15:639–51.
- Prévillé M, Boyer R, Grenier S, ym. The epidemiology of psychiatric disorders in Quebec's older adult population. *Can J Psychiatry* 2008;53:822–32.
- Sable AS, Jeste DV. Anxiety disorders in older adults. *Curr Psychiatry Rep* 2001;3:302–7.
- Seignourel PJ, Kunik ME, Snow L, Wilson N, Stanley M. Anxiety in dementia: a critical review. *Clin Psychol Rev* 2008;28:1071–82.
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. THL-Tautiluokitus ICD-10. [verkkodokumentti]. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2009.
- Wetherell JL, Stein MB. Geriatric psychiatry: anxiety disorders. Kirjassa: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, toim. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins 2009, s.4040–6.
- Wetherell JL, Lenze EJ, Stanley MA. Evidence-based treatment of geriatric anxiety disorders. *Psychiatr Clin N Am* 2005;28:871–96.
- Wolitzky-Taylor KB, Castriotta N, Lenze EJ, Stanley MA, Craske MG. Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depress Anxiety* 2010;27:190–211.

Summary

Anxious elderly person

Anxiety disorder occurs in approx. 6% of persons over 65 years of age. A large proportion of elderly patients suffering from anxiety seek medical help at a general practitioner, complaining somatic symptoms. Clinical examinations include evaluating the patient's psychic and social situation, and adequate somatic investigations. Most patients are treatable by the general practitioner; those with the most difficult symptoms and refractory ones belong to specialized care. Essential forms of treatment include supportive therapy, psychotherapies and SSRI drugs.