

Kun mikään ei kelpaa vanhukselle – taustalla persoonallisuushäiriö?

Vanhusten persoonallisuushäiriöiden tunnistaminen on vaativaa, sillä vanhenemiseen liittyvät kognitiiviset muutokset ja sairaudet ovat alttiita sekä yli- että alidiagnostiikalle. Vanhuksia hoidettaessa voidaan toteuttaa persoonallisuushäiriöiden hoidon yleisiä periaatteita samalla, kun räätälöidään yksilöllistä hoitoa. Samanaikainen masennus on usein hoitoon tulon syy, ja sen hoitaminen on tärkeää. Vanhusten persoonallisuushäiriöiden hoidossa lääkkeiden merkitys on yleensä pieni, ellei potilaalla ole muita lääkkeitä vaativia sairauksia. Lääkehoidokokeiluissa voidaan soveltaa nuorempien aikuispotilaiden hoitoa koskevia suosituksia. Potilaiden, heidän perheidensä ja vanhuksia hoitavien työntekijöiden tietoa persoonallisuushäiriöistä ja niiden hoidosta tulisi lisätä. Työntekijöiden asennoituminen persoonallisuushäiriöistä kärsiviin on avainasemassa hoitoa järjestettäessä. Vanhustenhuollon työntekijöillä tulisi olla mahdollisuus työnohjaukseen ja konsultaatioon, ja tässä tarvittaisiin yhteistyötä myös psykiatrisen erikoissairaanhoidon kanssa.

Vanhuspotilaiden oireilun ymmärtämisessä ja jäsentämisessä tulevat esille samat kysymykset kuin nuoremmillakin. Häiriöiden tunnistamisen ja kärsimyksen lieventämisen ohessa on pohdittava sitä, onko persoonallisuuden häiriö kategorinen häiriö vai joukko dimensionaalisia piirteitä. Vanhusikäisten persoonallisuushäiriöiden tunnistamisessa ja hoidossa joudutaan soveltamaan nuorempia aikuisia koskevaa tutkimustietoa. Samalla on kuitenkin otettava huomioon kognitiivisen heikentymisen, ruu-

miillisen sairastamisen ja raihnaistumisen myötä tulevat käyttäytymisen ja toiminnan muutokset.

Persoonallisuushäiriöt ja vanheneminen

Persoonallisuushäiriöillä tarkoitetaan nykyisen tautiluokituksen mukaan pysyväisluonteista sisäistä kokemus- ja käyttäytymistä, joka poikkeaa selvästi kulttuuriympäristön odotuksista ja ilmenee vähintään kahdella luetelluista alueista. Näitä alueita ovat kognitio (mm. tavat havainnoida ja tulkita itseä ja muita), affektiivisuus, vuorovaikutuskyky ja impulssikontrolli. Käyttäytyminen on joustamatonta, johtaa kliinisesti merkittävään kärsimykseen ja on vakaata ja pitkäaikaista (DSM-IV Diagnostiset kriteerit 1997). Persoonallisuushäiriöt jaetaan DSM-IV-luokituksessa kolmeen ryhmään. A-ryhmään kuuluvat epäluuloinen, eristäytyvä ja psykoosiin liittyvä persoonallisuus, B-ryhmään epäsosiaalinen, huomiohakuinen, narsistinen ja epävakaa persoonallisuus. Ryhmään C kuuluvat estynyt, riippuvainen ja vaativa (pakko-oireinen) persoonallisuus. Kullekin persoonallisuushäiriölle on omat diagnostiset kriteerinsä.

Persoonallisuushäiriöitä koskeva yleinen tutkimustieto on lisääntynyt viime vuosina. Kategorinen, joko-tai-tyyppinen käsitys persoonallisuushäiriöistä on muuttunut (Koivisto ym. 2009). Persoonallisuutta arvioidaan dimensionaalisina piirteinä, jotka ovat kehittyneet ympäristöön sopeutumista ajatellen optimaalisesti, asianmukaisesti tai häiriintyneesti. Ajatus pysyvästä rakenteellisesta pohjimmaisesta häiriöstä on muuttunut aja-

tukseksi elinikäisestä herkkyydestä haavoittuvuustekijälle, joka on ominainen kullekin persoonallisuushäiriölle (Cloninger 2000, American Psychiatric Association 2001, Sperry 2003). Tämä tulkinta auttaa ymmärtämään persoonallisuushäiriöisten henkilöiden kliinisen voinnin muutoksia eri elämäntilanteissa (Skodol ym. 2002, Livesley 2003).

Voimakas emotionaalinen reaktiivisuus häiritsee kognitiivista prosessointia (LeDoux 1996, Posner ym. 2003). Persoonallisuushäiriöisen joutuessa kriisiin tunneprosessointi kiilaa rationaalisen harkinnan ohi. Tämä häiritsee vanhuusiässä muutenkin haavoittuvaa informaation prosessointia. Persoonallisuushäiriöihin liittyy sisäisten toimintatapojen jäykkyys ja vaikeus toimia yleistä käsityskykyä edustavien, ympäristöön sopeuttavien toimintatapojen mukaisesti. Eri persoonallisuushäiriöissä erilaiset tunneärsykkeet ovat korostuneita. Vanhuusiässä myös kognitiivisen suorituskyvyn heikentymät, kuten muistiongelmät, korostavat ongelmia.

Erytisesti ryhmän B persoonallisuushäiriöissä (epäsosiaalinen, huomionhakuinen, narsistinen ja epävaka persoonallisuus) yhteisenä piirteenä on interpersonaalinen intensiivisyys ja alttius käyttää ihmissuhteita ja ympäristöä omien sisäisten tilojen säätelyssä. Kun omat kyvyt heikkenevät ja kyky vaikuttaa ympäristöön vähenee, ilmenee usein oireilua. Joidenkin persoonallisuushäiriöön liittyvien oireiden on kuvattu kuormittavan ympäristöä iän karttuessa enemmän kuin aiemmin. Huomiohakuinen vanhus voi turvautua erilaisiin somaattisiin oireisiin, kun aiemmin esimerkiksi pyrkimys seksuaaliseen viehättävyyteen on tuonut huomiota melko vaivattomasti (TAULUKKO 1).

Epävakaan persoonallisuuden ennusteeseen on viime vuosina suhtauduttu yhä toiveikkaammin (Korkeila 2007). Oirekuvan muutokset voivat olla erilaisia eri häiriöissä. Epäluuloisuuteen ja vetäytymiseen taipuvilla vanhuksilla sopeutuminen saattaa jopa vaikuttaa aikaisempaa paremmalta ja impulsiivisuus voi vanhetessa vähentyä. Sekä normaali että patologinen vanhenemisprosessi voivat vaikuttaa persoonallisuushäiriön kulkuun. Pitkäaikaiset

seurannat ja tarkentuva diagnostiikka selkeyttänevät ennustetta (Rosowsky 1999, Tyrer ja Seivewright 2005, Grilo ja McGlashan 2009).

Vanhuksen persoonallisuushäiriön tunnistaminen

Vanhusten persoonallisuushäiriöiden esiintyvyydeksi on arvioitu 5–10 %. Sairaalapotilailta persoonallisuushäiriöt ovat tavallisempia kuin väestötutkimuksissa (Agronin ja Maletta 2000). Huomattavaa on, että ”late life” tarkoittaa usein 50 vuotta täyttäneitä (Abrams ja Horowitz 1996). Epävakaan persoonallisuuden esiintyvyydeksi yli 80-vuotiailla potilailla on Yhdysvalloissa saatu 0,3 % (Oldham ja Skodol 1991). Epävakaaseen persoonallisuuteen liittyy lisääntynyt itsemurhavaara (Borderline Personality Disorder, the NICE Guideline on Treatment and Management 2009), mikä vähentää tästä häiriöstä kärsivien suhteellista määrää vanhemmissa ikäryhmissä. Vanhusten persoonallisuushäiriöiden diagnostiikkaa pidetään vaativana, ja on epäilty, kyetäänkö nykyisin diagnostisin keinoin määrittämään häiriöiden todellista esiintyvyyttä (Agronin 2007, Balsis ym. 2007b). Suomalainen Käypä hoito -suositus Epävaka persoonallisuus (2008) sisältää vanhuusikäosion, jossa viitataan epävakaan persoonallisuuden esiintyvyyteen ja kliinisen arvioinnin ongelmiin.

Arvioitaessa persoonallisuushäiriöiden nykyisen kriteeristön geriatria soveltuvuutta on esitetty, että noin 25 %:lla kriteereistä olisi huono nimellisvaliditeetti vanhusten suhteen (Agronin ja Maletta 2000, Balsis ym. 2007b). Epidemiologisessa tutkimuksessaan Balsis ym. (2007a) havaitsivat, että samantasoisesta persoonallisuushäiriöpatologiasta kärsivillä vanhemmilla henkilöillä diagnosoitiin enemmän skitsoidia ja pakko-oireista häiriötä. Nuoremmilla potilailla vastaavasti estynyt ja riippuvainen persoonallisuus olivat tavallisempia. Verattaessa eri-ikäisiä skitsoidin persoonallisuuden kriteerein vanhemmat vastaajat ilmaisivat vähemmän kiinnostusta seksuaaliseen kanssakäymiseen kuin nuoremmat yhtä skitsoidisiksi arvioidut vastaajat. Riippuvaisesta persoonallisuudesta kärsivät iäkkäät olivat nuorempia

TAULUKKO 1. Vanhusten persoonallisuushäiriöoireita korostavat tekijät, niiden vaikutukset ja huomioiminen hoidossa.

Personallisuus-häiriö	Oireita korostavat tekijät	Käyttäytymisen korostuma	Hoitokeinot
Paranoidinen (epäluuloinen)	Joutuminen tilanteeseen, jossa henkilö on altis haavoitetuksi tulemiselle Kokemus petetyksi tulemisesta	Ylivalppaus, varautuneisuus, syyttelevyys, hyökkäävä sanoihin takertuva valittaminen ja oikaisujen vaatiminen, eristäytyvyys, epäluuloisuus	Tilanteen rauhoittaminen, turvallisuuden tunteen lisääminen, pelkojen tunnistaminen ja niiden kanssa työskentely
Skitsoidinen (eristäytyvä)	Yhteisöllisyyden korostuminen, tilanteen muuttuminen sellaiseksi, että suojaavaa etäisyyttä ei voi pitää	Vetäytyminen, ahdistuminen, psyykkisen jäykkyyden lisääntyminen, "vetämättömyys", muiden korostunut välttely	Intimiteetin ja sosiaalisen väljyyden turvaaminen, rohkaiseminen turvallisen etäisiin sosiaalisiin tapahtumiin
Skitsotyyppinen (psykoosipiirteinen)	Ulkoisten olosuhteiden muuttuminen, suojaavan etäisyyden pitämisen vaikeus	Vetäytyminen, oudot tilannetulkinnat, hajanaistuminen, epäluuloisuus, harhaluulot	Realiteettien ja yleisesti jaettavien tilannetulkintojen tukeminen, suojaavan tilan löytäminen
Epäsosiaalinen	Ulkoisten sääntöjen tiukentuminen, laitolosuhteet yleensä, hyväksikäytön mahdollistuminen	Epäluottamus, epäsosiaalinen hyväksikäyttö, sääntöjen vastustaminen, epäsosiaalinen ryhmytyminen	Luottamuksen ja yhteyden vahvistaminen, vastavuoroisuuteen houkutteleva, rikkomusten konfrontointi ja käsittely
Epävaka	Hylätyksi tulemista provosoivat tilanteet, hoitavan henkilökunnan vaihdokset	Ristiriitainen ja "äkkiväärä" käyttäytyminen, ärtyneisyys, vihaisuus, itsensä vahingoittaminen, mielialan vaihtelut	Vakauttavan tuen tarjoaminen, tunnesäätelyn tukeminen, tunteiden validointi
Huomiohakuinen	Yksin jääminen, huomion väheneminen, arvioinnin kohteeksi joutumisen kokemus	Somatisointi, dramaattisuuden korostuminen, muiden pakottaminen huomioimaan, vaatavuus, mielialojen vaihtelu	Tukea antava huomiointi ja huomion kohdistaminen toimiviin puoliin, vakauttavan tuen tarjoaminen
Narsistinen	Yksinäisyys, avuttomuus, toisten armoille joutuminen, toimintakyvyn menetykset, kritiikkiin kohteeksi joutuminen	Tunnekylläisyys, itsekeskeisyyden korostuminen, muiden jakaminen hyviin ja huonoihin, ärtyneisyys, masennus	Realististen tulkintojen tukeminen, tukea antava huomion osoittaminen, tuki inhimillisen rajallisuuden hyväksymiselle
Estynyt	Uuteen ympäristöön joutuminen, sosiaaliselle kritiikille altistuminen, vuorovaikutuksen muuttuminen intensiivisemmäksi	Vetäytyminen, ahdistuminen, sosiaalisten pelkojen korostuminen, jännittäminen, huolestuneisuus	Tukeminen, rohkaiseminen, hienovaraisuuden ja hoidon ennakoitavuuden lisääminen
Riippuvainen	Yksin jääminen, menetykset, odotukset pärjäämisestä ja itsenäisyydestä	Riippuvuuden korostuminen, passiivisuus, ripustautuvuus, regressiivisyys	Rohkaiseminen, erillisyyden myönteinen tukeminen, asioiden jatkuvuuden huomioiminen
Pakko-oireinen (vaativa)	Toisten varaan joutuminen, kyvyttömyys vaikuttaa omaan lähiympäristöön, kyvyttömyys ylläpitää hallinnan tunnetta	Täydellisyys odotus ja vaatavuus, kriittisyys, määrällisyys, empivyyt ja jähkailu, huomion kiinnittäminen epäoleellisiin yksityiskohtiin	Rajallisuuden hyväksymisen tukeminen, huomion suunnautaminen oleellisiin asioihin, ärtyneisyyden helpottaminen, yhteistyösuhteen lujittaminen

harvemmin valmiita näkemään ylimääräistä vaivaa saadakseen tukea muilta henkilöiltä. Iäkkäillä saattaa olla paremmin huolenpitoa saatavilla ilman, että avun tarvetta täytyisi korostaa. Itsensä vahingoittamisen "geriatriset variantit" on hyvä pitää mielessä. Tällainen

menettely voi joskus olla esimerkiksi tarpeellisesta hoidosta kieltäytyminen.

Personallisuushäiriön diagnoosit perustuvat kliiniseen haastatteluun ja huolelliseen anamneesiin. Riittävä, vuosia ja vuosikymmeniä kattava anamneesi on vaikea koota.

TAULUKKO 2. Vanhusten persoonallisuushäiriöiden diagnostiikkaan liittyviä tavallisia ongelmia. Mukailtu Agronin ja Malettan (2000) artikkelista.

Ikään tai sairauteen liittyvä sopeutuva riippuvuus nähdään patologiseksi tai patologista riippuvuutta pidetään normaalina

Sosiaalisten kontaktien puuttumista liioitellaan ja arvioidaan kyseessä olevan skitsoidi tai skitsotyypinen persoonallisuushäiriö

lökkään epäsosiaalinen persoonallisuus jää tunnistamatta, koska uskotaan, ettei tällaista häiriötä ole

Muuhun sairauteen liittyvä kiihtymys tai labiilius päätellään epävakaaseen (rajatila) tai epäsosiaaliseen persoonallisuuteen kuuluvaksi piirteeksi

Somaattiseen sairauteen tai siihen sopeutumiseen liittyvä hoidon vastustelu mielletään passiivis-aggressiiviseksi käyttäytymiseksi

Potilaan anamneesi kattaa vain lähiajan

TAULUKKO 3. Myöhäisän persoonallisuushäiriöihin liittyviä kliinisiä ja demografisia piirteitä. Mukailtu Morsen ja Lynchin (2000) ja van Alphenin ym. (2006) artikkeleista.

Varhain alkanut masennus

Heikentynyt tai osittainen vaste depression hoitoon

Toimintakyvyn vaje jatkuu, vaikka mieliala kohentuu

Masennusjaksojen merkittävä vakavuus

Kognitiivinen jäykkyys ja joustamattomuus

Huomattavat puutteet sosiaalisessa tuessa

Läheisiä henkilöitä ei ole tai he näyttävät vaihtuvan

Haastattelussa ollaan usein sen varassa, mitä potilas kertoo. Koska persoonallisuuspatologiaa sinänsä ei koeta ongelmaksi vaan se on koetun minän mukaista, ei potilas välttämättä ymmärrä persoonallisuutensa vaikutusta muiden elämään (Dougherty 1999). Persoonallisuushäiriöihin liittyvä huono maine voi estää diagnostiikkaa. Jotkin persoonallisuushäiriöiden kriteereistä ovat sosiaalisesti kielteisesti virittyneitä ("käyttää häikäilemättä muita hyväkseen"). Niinpä on luonnollista, ettei näitä piirteitä tuoda keskustelussa esiin. Lääkärin vastaanotolla huomiota voivat kiinnittää anamneesin ristiriitaisuudet sekä se, että omaisilta saatavat tiedot ovat erilaisia kuin potilaan itsensä kertomat (TAULUKKO 2).

Diagnostiikan apuvälineeksi on kehitetty mm. Gerontologinen persoonallisuushäiriö-asteikko, jossa kerätään tietoa sekä potilaan että hänet tuntevan henkilön näkökulmasta (van Alphen ym. 2006). Huomiota kiinnitetään potilaan ajankohtaiseen käyttäytymiseen, elämäkerralliseen tietoon ja käyttäytymistottumuksiin. Tätä välinettä on suositeltu persoonallisuushäiriöiden seulontaan. Ideaalista arviointiasteikkoa ei kuitenkaan näytä vielä löytyneen, sillä esimerkiksi paljon tietoa antavaa persoonallisuushäiriöiden seulontaan tarkoitettua SCID II -asteikkoa on pidetty vanhuksille työläänä (Abrams ja Bromberg

2006). TAULUKOSSA 3 on huomioita, joita voidaan käyttää apuna alustavassa kartoituksessa.

Persoonallisuushäiriö voi kärjistää muun samanaikaisen psykiatrisen sairauden oireita, esimerkiksi masennuksen (Abrams ja Bromberg, 2006). Iäkkäät persoonallisuushäiriöpotilaat ovat yleensä hoidossa muusta syystä, vaikkapa depression vuoksi. Pitkäaikainen masennus voi vaikeuttaa persoonallisuushäiriön diagnostiikkaa ja toisaalta persoonallisuushäiriö saattaa komplisoida depressiosta toipumista (Agronin ja Maletta 2000, Morse ja Lynch 2000).

Iäkkään persoonallisuushäiriöstä kärsivän tapauksessa on muistettava arvioida, mikä on persoonallisuushäiriön aiheuttamaa epäadekvaattia käytöstä ja milloin käyttäytyminen johtuu alkaneesta kognitiivisten toimintojen eli tiedonkäsittelyyn liittyvien toimintojen heikkenemisestä. Jo normaalissa ikääntymisessä erityisesti kognitiivista joustavuutta vaativa suoriutuminen heikkenee lievästi. Lievätkin kognitiivisten toimintojen häiriöt, esimerkiksi muistivaikeudet, voivat heikentää käyttäytymisen kontrollointia selvästi. Hoidon vastustamiselta näyttävän hoito-ohjeiden noudattamattomuuden syynä saattaa olla alkava muistisairaus. Varsinkin kognitiivisten toimintojen heikkenemisen alkuvaiheessa ikääntynyt usein pyrkii kieltämään ja kompensoimaan näitä vaikeuksia ristiriitaiselta vaikuttavalla käyttäytymisellä. Selvimmin käyttäytymisen kontrollointikykyä huonontaa toiminnanohjauksen heikentyminen. Loukkaavasti lähei-

siään kommentoiva vanhus osoittautuu joskus kognitioltaan heikommaksi kuin solvausten osuvuudesta olisi voinut olettaa.

Kognitiivisten toimintojen ongelmia on vaikea arvioida luotettavasti ilman asianmukaista psykologista tai neuropsykologista tutkimista. Myös erilaiset ikääntymiseen liittyvät aistien heikentymät – esimerkiksi huono kuulo – voivat vaikuttaa kykyyn noudattaa hoito-ohjeita. On varottava tulkitsemasta tutkimatta ikääntymiseen liittyvien muutosten vaikutusta vastustukseksi tai esimerkiksi ”passiiviseksi aggressiivisuudeksi”. Myös persoonallisuuden rakenteeltaan ehyt iäkäs ihminen voi käyttäytyä yllättävän paineen alla regressiivisesti esimerkiksi sairastuessaan äkillisesti tai rasittavan

elämänmuutoksen yhteydessä. **TAULUKOSSA 4** on kuvattu lieviin tai alkaviin kognitiivisten toimintojen häiriöihin, persoonallisuushäiriöön ja mielialahäiriöön liittyviä piirteitä. On huomattava, että keskushermostoperäisiä kognitiivisten toimintojen vaikeuksia saattaa ilmetä erilaisten sairauksien yhteydessä erilaisina, ja siksi taulukon vihjeet ovat vain yleisesti suuntaa antavia.

Vanhuksen persoonallisuushäiriö ja vuorovaikutusongelmat

Persoonallisuushäiriöihin liittyvä alttius vuorovaikutusongelmiin ja ristiriitoihin tulee usein esiin kuormittavissa tilanteissa. Riippu-

TAULUKKO 4. Lievään kognitiiviseen heikentymiseen (mild cognitive impairment, MCI), persoonallisuushäiriöön ja mielialahäiriöön liittyvien vaikeuksien erottaminen.

Vaikeus, oire tai piirre	MCI	Persoonallisuushäiriö	Mielialahäiriö
Vanhuksen oma kokemus kognitiivisista vaikeuksista	Yleensä melko vähäinen tai lievä	Yleensä ei koe tai kokee valikoivasti	Yleensä kokemuksia melko runsaasti masennuksessa; hypomaniassa tai maniassa potilas voi kieltää vaikeudet
Vanhuksen oma kokemus vaikeuksien häiritävyydestä	Vähäinen tai lievä	Riippuu tilanteesta ja motiivista	Voimakas masennuksessa, hypomaniassa tai manioissa vähäinen
Vaikeuksien ilmenemisyhteys ja -taajuus	Useimmissa paikoissa ja melko usein Voivat korostua uusissa ja vieraisissa tilanteissa	Vaihtelevasti eri tilanteissa ja paikoissa niiden välineellisen merkityksen tai hyödyn mukaan	Vaihtelevasti ja osin mielialaan liittyen
Hankaluuksien alkaminen	Vähitellen tai joskus nopeammin ikääntyessä	Vaihtelevasti elämän aikana	Melko nopeasti Jos mielialahäiriö tiedossa, sen yhteydessä
Avun tarve	Selvästi lisääntynyt Itse ei välttämättä hahmota avun tarvetta	Vaihteleva asioiden ja motivaation mukaan, tosiasiallisesti selviää varsin hyvin	Selviää tosiasiallisesti varsin hyvin Riippuvuus muista voi korostua masennuksessa Hypomaniassa tai maniassa potilas yliarvioi kykyjään
Asioiden ja tapaamisten unohtelua	Usein, lisääntyvästi	Vaihtelevasti motivaation mukaan	Joskus
Suoriutuvuus kognitiivisten toimintojen tutkimuksissa	Odotettua heikompi, selkeitä vaikeuksia Usein muisti vielä heikkenee myöhemmin	Yleensä odotettua parempi Mahdolliset vaikeudet liittyvät yleensä motivaatioon tai vuorovaikutusongelmiin tutkimuksen aikana Muisti ei heikkene myöhemmin normaalia enempää	Yleensä lievästi odotettua heikompi Muisti ei juuri heikkene myöhemmin normaalia enempää
Hyötyminen vihjeavusta suoriutumisessa	Voi hyötyä, mutta yleensä vain vähän tai ei ollenkaan	Yleensä hyötyy Persoonallisuushäiriön mukaan suhtautuminen vihjeapuun voi olla vaihtelevaa	Hyötyy yleensä selkeästi

YDINASIAT

- » Myös vanhusikäisillä esiintyvä kriteerit täyttäviä persoonallisuushäiriöitä, vaikka nykyisten diagnostisten kriteerien soveltuvuutta vanhuksiin on arvosteltu.
- » Persoonallisuushäiriöihin liittyy usein hoitoa vaativia samanaikaisia muita psykiatrisia ja somaattisia sairauksia.
- » Persoonallisuushäiriöisen henkilön haavoittuvuus tulee erityisesti esiin elämänmuutoksissa ja kriisitilanteissa.
- » Sekä psykologisia hoitomuotoja että lääkehoitoa sovelletaan yksilöllisesti räättälöiden.
- » Leimaavien negatiivisten ennakoasenteiden välttäminen on tarpeen pyrittäessä potilasta ja hänen läheisiään auttavaan hoitoon.

vainen persoonallisuus voi näyttäytyä läheisen kuollessa tai narsistisen henkilön tasapaino järkkyy, kun haavoittuvaa itsetuntoa pönkittänyt henkilö ei ole enää käytettävissä tai kun olosuhteet eivät enää tarjoa ulkoista arvostusta ja kiitosta. Vanhuksen voi olla erityisen vaikea sopeutua palveluja tarvittaessaan kotihoitotoiminnan tai laitoshoidon kotioloista poikkeavaan intimitettiin. Riippuvuus aikuisen lapsen avusta on raskasta, jos suhteet lapsiin ovat aiempien ristiriitojen vuoksi jo valmiiksi hankalat. Apua voi olla vaikea ottaa vastaan, mikä taas lisää alttiutta kokea hylätyksi tulemista, tyhjyyttä, pelkoa ja raivoa (Sadavoy 1987, 1999). Itsetunnon säätelyn vaikeuksista kärsivä kokee jokaisessa auttamiselessä jatkuvan muistuttamisen huonoudesta, ja avun varassa oleminen koetaan loukkaavaksi, mikä taas turhauttaa avun tarjoajia.

Vanhainkodissa tai kotihoidossa persoonallisuushäiriöisen vanhuksen oireilu voi ilmetä kohtuuttomana vaativuutena, epävakauteena, mielen muutteluna ja käyttäytymisenä eri tavoin eri henkilöiden kanssa. Persoonallisuushäiriöön liittyvä mielen jäykkyys ja tunnereagoinnin korostuminen vaikeuttavat yhteisen

arjen sujumista. Nämä vanhukset myös tuovat estottomasti esiin, kuka on hyvä hoitaja ja kuka huono. Kun idealisoidun hoitajan tai läheisen käy mahdolltomaksi pysyä jalustalla arkielämässä ja on pakko tuottaa vanhukselle myös pettymyksiä, alkaa uuden ”enkelihoitajan” etsintä ja edellinen mitätöityy nopeasti. Tällaisissa tilanteissa vanhusta lähellä olevien henkilöiden yhteydenpito on tärkeää, jotta ymmärrettäisiin vanhuksen koko persoonaa ja kukin toimija voisi omalla vakaalla käyttäytymisellään tukea vanhuksen henkistä eheyttä. Käytännön työssä suuria haasteita on maltin ja ammatillisuuden, ”työaseman”, säilyttäminen, jotta pystyy olemaan vanhukselle avuksi eikä kiihtymys tartu työntekijään.

Persoonallisuushäiriöisen vanhuksen hoidossa on hyvä tutkia omia vastatunteitaan. Kokenutkin työntekijä saattaa havaita itsessään kiukkua, turhautumista tai tuntea tulevaisuutta tyhjiin puserretuksi. Narsistisen potilaan vähättelevä ja samalla vaatimuksia esittävä näennäinen itsetietoisuus voi pelottaa työntekijää ja manipulatiiviseksi koettu käyttäytyminen synnyttää pessimismin ja toivottomuuden tunteita. Persoonallisuushäiriöstä kärsivän vanhuksen vaatimusten tai toimintamallien joustamattomuus herättää helposti ärtymystä ja houkuttaa ”ruotuun palauttamiseen” tai muuhun pakottamiseen tai johtaa siihen, että hoito päättyy ennenaikaisesti. Tällainen reagointi kuitenkin vain kärjistää tilannetta entisestään. Myös omien vastatunteiden käsittelemättä jättäminen tai kieltäminen hankaloittaa hoitoa ja johtaa vetäytymiseen potilaan asioista. Omien vastatunteiden tutkiminen auttaa ymmärtämään, mitä tunteita ja hätää persoonallisuushäiriöstä kärsivä pyrkii käyttäytymisellään ilmentämään. Näitä voidaan yhdessä potilaan kanssa nimetä ja käsitellä tilanteen helpottamiseksi.

Persoonallisuushäiriöisen vanhuksen hoidosta

Sekä hoitoympäristön että hoidon sisällön huomioiminen on tärkeää vanhuspotilaiden elämänlaadun tukemisessa. Persoonallisuushäiriö korostaa tätä entisestään. Reaktiivisten

oireiden ja vaikeuksien esiintyessä tilanne saattaa ratketa jo, kun kiinnitetään huomiota vanhuksen yleisiin olosuhteisiin ja siinä ta-
pahtuneisiin muutoksiin (TAULUKKO 1). Han-
kalammissa ja pitkäkestoisemmissä tilanteissa
on tärkeää suunnitella tarkemmin yksilöllisiä
hoitostrategioita. Näissä tulee ottaa huomioon
sekä vanhuksen yksilölliset tarpeet että eri
persoonallisuushäiriölle ominaiset haavoit-
tuvuustekijät. Mitä hankalampihoitoiselta
tilanne vaikuttaa, sitä enemmän tarvitaan hoi-
tomuotojen yhdistelyä ja integrointia (Sperry
2003).

Hoidon yleiset rakenteelliset tekijät. Yleisiä
sisällöllisesti tärkeitä elementtejä persoonal-
lisuushäiriöstä kärsivien vanhusten hoidossa
ovat pysyvyyteen liittyvät tekijät, kuten hoi-
totiimien ja hoitostrategioiden yhtenäisyys ja
hoidon jatkuvuus. Tärkeänä pidetään myös ta-
voitteiden asettamista yhteistyössä, pyrkimys-
tä löytää yhdessä ratkaisuja ja pysyvien kon-
fliktiasetelmien välttämistä. On hyvä muistaa,
että joskus kunniallisen perääntymistien löy-
täminen auttaa itse kunkin omanarvontunnon
säilyttämistä.

Yksilölliseen hoitoon liittyviä tärkeitä teki-
jöitä ovat empatia, lämpö, arvostuksen osoitta-
minen, tasavertaisuus ja pyrkimys huomioida
vanhuksen yksilöllisiä tarpeita. Itsetunto-on-
gelmissa hoidon henkilökohtaisuuden koros-
taminen saattaa jo auttaa potilasta. Hankalia
asioita voi ja pitää ottaa puheeksi suoraan,
kunnioittavassa ja vilpittömässä hengessä. Jos-
kus myös varsinainen psykoterapia tai jokin
lyhyempi psykoterapeuttinen interventio on
aiheellinen. Psykoterapeuttisen intervention
avulla on mahdollista auttaa etenkin lievem-
min masentuneita, ahdistuneisuusoireista
kärsiviä sekä erityisesti erilaisten menetysten
ja sopeutumisvaikeuksien kanssa kamppaile-
via. TAULUKKON 1 on koottu ohjeita hankaliin
tilanteisiin.

Persoonallisuushäiriöihin usein liittyvän
masennuksen hoito on tärkeää. Vanheneva
ihminen voi kokea suurta tuskaa, kun ei enää
pysty yltämään aiempiin henkisiin tai fyysisiin
suorituksiinsa ja tavoitteisiinsa. Narsistisen
potilaan hoidossa suositellaan itsetuhoisuuden
ehkäisemiseksi terapeuttisen huomion

TIETOLAATIKKO

Esimerkki 1.

lääks leskirouva jättää toistuvasti tulematta varaamal-
leen vastaanottoajalle mutta ilmaantuu yllättäen pai-
kalle vaatii saman tien lääkärin tapaamista ja menee
vastaanottohuoneen ovelle. Lääkäri on varattu, ja rouva
toteaa kovaäänisesti oven raossa, miten tässä näkyy
vanhusten huono hoito. Lääkettä vain tuputetaan eikä
ikäihmisistä välitetä yhtään. Lääkäri tulee ovelle vastaan
ja sanoo ystävällisesti mutta lyhyesti, että rouvan asioita
täytyy tutkia kunnolla, mikä vaatii siihen varatun oman
ajan, ja ohjaa rouvan ajanvaraukseen.

Esimerkki 2.

Palvelutaloon tullut uusi vanhus kohtelee muita asukka-
ita erittäin alentavasti. Hän löytää hoitohenkilökunnasta
suosikkinsa eikä tunnu näkevän muita. Hän on kielitai-
toinen ja puhuu saksaa silloin, kun hoitaja ei osaa sitä, ja
toteaa sitten, ettei nykyisin hoitajilla ole koulusivistystä.
Tilanteesta keskustellaan työryhmässä ja todetaan, että
palvelutaloon muuttaminen, avun tarvitseminen ja
muiden avuntarvitsijoiden kohtaaminen on ollut itsenäi-
syyttä arvostavalle vanhukselle kova kolous. Mahtaako
hän kokea arvonsa kokonaan katoavan, kun ei enää pysty
pitämään yllä ulkoista arvokkuuttaan? Kun työntekijästä
tuntuu, ettei hänestä ole mihinkään, onko tämä ehkä se
tunne, josta vanhus kärsii ja joka siirtyy työntekijään?
Työryhmän jäsenet yrittävät nähdä vanhuksen sopeutu-
misongelmat, pyrkivät olemaan ottamatta loukkauksia
henkilökohtaisesti ja pohtivat, voisivatko muuttaa omaa
käyttäytymistään. Rouvaa kiitetään, kun hän joskus
käyttäytyy kohteliaasti, ja annetaan mahdollisimman
vähän huomiota, kun hän kritisoi muita. Pienin askelin
yritetään tehdä elämä kaikille siedettäväksi.

suuntaamista persoonallisuuspatoologian ohes-
sa masennuksen asianmukaiseen hoitoon.
Avuksi on myös ”terveen narsismin” tukemi-
nen esimerkiksi kiinnittämällä huomiota jäl-
jellä oleviin kykyihin (Heisel ym. 2007).

Lääkehoidon tarvetta ja käyttöä arvioita-
essa on otettava huomioon psyykkiset ja so-
maattiset oheissairaudet sekä mahdollinen
päihteiden käyttö. Lääkehoidossa voidaan
käyttää hyväksi erilaisia ohjeistoja, joiden lin-
jauksia sovelletaan kunkin potilaan yksilölli-

seen tilanteeseen (esim. Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito -suositus 2008). Agronin (1999) toteaa, että on tärkeää sovittaa lääkehoito kliiniseen tarpeeseen ja kohdeoireisiin. Fokus tulee säilyttää kyseisessä potilaassa eikä ryhtyä toimimaan hoitohenkilöstön tai omaisten intressien mukaan. Lääkehoidon tulisi olla mahdollisimman selkeää ja strukturoitua ja ”tarvittavien” määräämistä on vältettävä. Diagnostinen arvio on avainasemassa. Jos ilmenee paranoidista ajattelua tai aggressiivista epäluuloisuutta, myös iäkäs saattaa hyötyä lyhytaikaisesta psykoosilääkehoidosta (Agronin 1999, Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito -suositus 2008). Selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät (SSRI-lääkkeet) vähentävät osalla potilaista epävakaaseen persoonallisuuteen liittyvää masennusta, ahdistusta, mielialan nopeaa vaihtelua, vihamielisyyttä, ärtyneisyyttä, impulsiivisuutta ja tahallista itsensä vahingoittamista, ja mielialaa tasaavat lääkkeet, kuten valproaatti, lamotrigiini ja topiramaatti, epävakaaseen persoonallisuuteen liittyvää impulsiivisuutta ja aggressiivisuutta (Epävakaata persoonallisuus: Käypä hoito -suositus 2008). Hyvin iäkkäistä ei kuitenkaan ole suoraa tutkimustietoa. Kuvaavaa on, ettei viime vuonna julkaistun rajatilahäiriöiden lääkehoitoa koskevan katsauksen (Stoffers ym. 2010) sisältämiin tutkimuksiin osallistunut vanhuksia.

Lopuksi

Suhtautuminen persoonallisuushäiriöihin on vähitellen muuttumassa. Hoidollinen kiinnostus ja nuoremmilla aikuisilla havaitut toipu-

mistendenssit vaikuttanevat myös vanhusten hoidon sisältöön. Eräissä maissa, mm. Britanniassa on julkaistu väestölle tarkoitettuja lehtisiä, joissa esitellään persoonallisuushäiriöitä ja niiden hoitamiseen saatavaa apua. Tämänkaltainen tieto samoin kuin Internetissä tarjolla oleva tieto tavoittanee tulevaisuudessa myös ikäihmisiä ja heidän läheisiään. Persoonallisuushäiriöiden käsitteellisen jäsentämisen muutokset ja meneillään olevat tautiluokituksen uudistukset heijastuvat myös vanhusten diagnostiikkaan.

Ikäihmisten persoonallisuushäiriöiden tunnistaminen ja hoito on tärkeä haaste koulutukselle. Perusterveydenhuollon ja vanhusten hoidon henkilöstöllä tulisi olla taitoa kiinnittää huomiota persoonallisuushäiriötyyppiseen käyttäytymiseen. Saattaisi olla aiheellista kouluttaa ja ohjata vanhustenhuollon työntekijöitä käyttämään työssään epävakaisten potilaiden läheisille tarkoitettuja kriisinhallintatyötapoja. Erikoissairaanhoidossa tulisi tutkia sitä, miten nuoremmilla potilailla käytettyjä terapiamuotoja, kuten mentalisaatioterapiaa tai dialektista käyttäytymisterapiaa (DKT), voitaisiin soveltaa vanhusten hoidossa. ■

TUULA SAARELA, LT, FK, erikoislääkäri, johtajapsykiatri
Helsingin kaupungin terveyskeskus
PL 6000, 00099 Helsingin kaupunki

JAN-HENRY STENBERG, psyk. lis., erikoispsykologi, psykoterapeutti
HUS, HYKS, psykiatria
ja Helsingin yliopisto, psykologia

SIDONNAISUUDET

Kirjoittajilla ei ole sidonnaisuuksia

Summary

Personality disorders in the elderly

The diagnostic assessment of old age personality disorders is challenging. Medical illnesses and cognitive impairment may influence the clinical symptoms. Common elements of effective approaches such as building a collaborative relationship and maintaining consistency as well as structured framework of treatment can be tailored to the problems of a patient. Pharmacological treatment guidelines of personality disorders need to be individually applied to elderly persons. Comorbid depression is often the primary symptom seen and needs to be treated. Psychiatry should take steps to promote effective treatments and provide support and clinical supervision to health staff treating these individuals.

KIRJALLISUUTTA

- Abrams R, Bromberg C. Personality disorders in the elderly- a flagging field of inquiry. *Pääkirjoitus. Int J Geriatr Psychiatry* 2006;10:1013–7.
- Abrams R, Horowitz S. Personality disorders after age 50: a meta-analysis. *J Person Disord* 1996;10:271–81.
- Agronin M. Pharmacologic treatment of personality disorders in late life. Kirjassa: Rosowsky E, Abrams C, Zweig A, toim. *Personality disorders in older adults. Emerging issues in diagnosis and treatment.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers 1999, s. 229–54.
- Agronin M. Personality is as personality does. *Pääkirjoitus. Am J Geriatr Psychiatry* 2007;15:729–33.
- Agronin M, Maletta G. Personality disorders in late life. Understanding and overcoming the gap in research. *Am J Geriatr Psychiatry* 2000;8:4–18.
- van Alphen S, Engelen G, Kuin Y, Hoijtink, Derksen J. A preliminary study of the diagnostic accuracy of the gerontological personality disorders scale. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006;21:862–8.
- American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2001;158 Suppl 10:1–52.
- Balsis S, Gleason C, Woods C, Oltmanns T. An item response theory analysis of DSM IV personality disorder criteria across younger and older age groups. *Psychol Aging* 2007(a);22:171–85.
- Balsis S, Woods C, Gleason M, Oltmanns T. Overdiagnosis and underdiagnosis of personality disorders in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007(b);15:742–53.
- Borderline personality disorder. The NICE guideline on treatment and management. RCPsych Publications 2009.
- Cloninger CR. A practical way to diagnosis of personality disorder. A proposal. *J Personality Disord* 2000;14:99–108.
- Dougherty L. Determining personality disorders in older adults through self-identification and clinician assessment. Kirjassa: Rosowsky E, Abrams C, Zweig A, toim. *Personality disorders in older adults. Emerging issues in diagnosis and treatment.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers 1999, s. 119–33.
- DSM-IV Diagnostiset kriteerit. Helsinki: Suomen Psykiatriyhdistys 1997.
- Epävakaakaan persoonallisuus [verkkoversio]. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2008 [päivitetty 24.2.2008]. www.kaypahoito.fi.
- Grilo C, McGlashan T. Course and outcome. Kirjassa: Oldham JM, Skodol AE, Bender DS, toim. *Essentials of personality disorders.* Washington DC: American Psychiatric Publishing, Inc. 2009, s. 63–79.
- Heisel M, Links P, Conn D, van Reekum R, Flett G. Narcissistic personality and vulnerability to late-life suicidality. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007;15:734–41.
- Koivisto M, Stenberg JH, Nikkilä H, Karlsson H. Epävakaan persoonallisuushäiriön hoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 2009.
- Korkeila J. Epävakaan persoonallisuuden hoidossa aihetta optimismiin. *Pääkirjoitus. Duodecim* 2007;47:503–4.
- LeDoux JE. The emotional brain. The mysterious underpinnings of emotional life. New York: Simon & Schuster 1996.
- Livesley WJ. Practical management of personality disorder. New York: Guilford Press 2003.
- Morse J, Lynch T. Personality disorders in late life. *Curr Psychiatry Rep* 2000;2:24–31.
- Oldham JM, Skodol AE. Personality disorders in the public sector. *Hosp Community Psychiatry* 1991;42:481–7.
- Posner MI, Rothbart MK, Vizueta N, ym. An approach to the psychobiology of personality disorders. *Dev Psychopathol* 2003;15:1093–106.
- Rosowsky E. The patient –therapist relationship and the psychotherapy of the older adult with personality disorder. Kirjassa: Rosowsky E, Abrams C, Zweig A, toim. *Personality disorders in older adults. Emerging issues in diagnosis and treatment.* Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., Publishers 1999, s. 153–74.
- Sadavoy J. Character disorders in the elderly: an overview. Kirjassa: Sadavoy J, Leszcz M, toim. *Treating the elderly with psychotherapy. The scope for change in later life.* Madison: Int Universities Press 1987, s. 175–229.
- Sadavoy J. The effect of personality disorders on axis I disorders. Kirjassa: Duffy M. toim. *Handbook of counseling and psychotherapy with older adults.* New York: John Wiley & Sons 1999, s. 397–413.
- Skodol A E, Siever L J, Livesley J, ym. The borderline diagnosis II: biology, genetics and clinical course. *Biol Psychiatry* 2002;51:951–63.
- Sperry L. Handbook of diagnosis and treatment of DSM-IV personality disorders. New York: Brunner-Routledge 2003.
- Stoffers J, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database Syst Rev* 2010, Issue 6. Art. No.: CD005653. DOI: 10.1002/14651858.CD005653.pub2.
- Tyrer P, Seivewright H. The stability of personality disorders. *Psychiatry* 2005;4:29–31.