

Hannu Koponen ja Esa Leinonen

Iäkkään ahdistuneisuuden ja masennuksen erityispiirteet ja hoito

Iäkkäiden ahdistuneisuus- ja masennushäiriöt ovat tavallisia ja vaikuttavat usein oleellisesti potilaiden elämänlaatuun ja toimintakykyyn. Niiden hoidossa käytetään samoja hoitomuotoja kuin nuoremmilla potilailla, mutta erityisesti yli 75-vuotiaiden osalta hoitotutkimuksia tarvittaisiin lisää. Lääkehoitovaste voi kehittyä heille hitaammin, mutta asianmukaisessa hoidossa iäkkäiden ahdistuneisuus- ja masennustilojen ennuste on yleensä yhtä hyvä kuin nuorempien. Hoitovasteen seurantaan ja lääkehoidon keston arviointiin tulee kiinnittää huomiota, samoin iäkkäiden psykoterapioiden saatavuuteen. Hoidon seuranta on keskeistä myös perustasolla.

Arviolta 16–30 % yli 65-vuotiaista kärsii jostakin mielenterveyden häiriöstä. Iäkkäiden tavallisimpia ongelmia ovat mielialahäiriöt, psykoosit ja elimelliset mielenterveyden häiriöt. Ahdistuneisuushäiriöt ovat myös yleisiä iäkkäillä, tosin niiden esiintyvyys vähenee ikääntymisen myötä noin 40 %:lla 65 ikävuodesta 84 ikävuoteen (1). Yli 65-vuotiaista 3–7 %:n on arvioitu kärsivän näistä häiriöistä, ja myös iäkkäillä tavallisimmat ahdistuneisuushäiriöt kuten yleistynyt ahdistuneisuus ovat tavallisempia naisilla (1,2). Ahdistuneisuushäiriöiden esiintyvyyssluvut vaihtelevat, ja myös huomattavasti suurempia, noin 17 %:n esiintyvyyssosuuksia on todettu (1). Iäkkäillä esiintyvät ahdistuneisuushäiriöt ovat usein alkaneet jo nuoruudessa tai varhaisessa aikuisuudessa, mutta esimerkiksi julkisten paikkojen pelko ja yleistynyt ahdistuneisuushäiriö voivat ilmentyä ensimmäisen kerran vasta vanhuusiässä (3,4).

Ahdistuneisuushäiriöt

Vanhusten yksittäiset pelko-oireet ja sosiaalisten tilanteiden pelko muistuttavat nuorempien oireistoa. Murehtimisherkkyytenä ja kehääjatuksina ilmenevään yleistyneeseen ahdistu-

neisuushäiriöön liittyy myös iäkkäillä usein masennusoireita, jotka voivat kuitenkin peittyä ahdistuneisuusoireiden taakse (2). Iäkkäänä puhkeava paniikkioireisto on usein lievempi, ja siihen liittyvä välttämiskäyttäytyminen ja autonomiset oireet ovat vähäisempiä kuin nuorena alkavassa häiriön muodossa (2).

Masennus

Eriasteinen masennus lienee vanhuusiässä tavallisin mielenterveyden häiriö, mikäli sen kaikki muodot otetaan huomioon. Masennukselle altistavista tekijöistä korostuvat yksinäisyys ja aistivajeet sekä laukaisevista tekijöistä muun muassa leskeytyminen, somaattinen sairastuminen ja yksinäisyys. Varsinaisen masennustilan esiintyvyys näyttäisi iäkkäiden joukossa vähäisemmältä kuin keski-ikäisten. Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan 2,7 % eläkeikäisistä suomalaisista naisista ja 1,1 % miehistä sairasti masennustilaa, joten sen esiintyvyys on tässäkin ikäryhmässä naisilla yli kaksi kertaa suurempi. Psykoottinen depressio on iäkkäänä masennukseen sairastuneiden joukossa hieman yleisempi kuin nuorempina sairastuneiden, ja erityisesti vanhojen miesten itsemurhariski on suuri (5,6).

lääkkäät voivat kärsiä pitkäaikaisesta masennuksesta, joka on alkanut jo nuorella iällä ja kehittynyt hitaasti. Pitkäaikaisen masennuksen keskeisiä oireita ovat jatkuvat univaikeudet, energian puute, keskittymisvaikeudet, jaksamattomuus, heikko itsetunto ja mielihyvän kokemisen menetys. Potilaat saattavat kokea kognitionsa heikentyneeksi. Oireistaan huolimatta he kuitenkin yleensä selviytyvät päivittäisistä toiminnoistaan, ja masennus ilmenee enemmän omana tunteena kuin ulospäin näkyvänä sairautena.

Muistisairauksiin liittyy masennusta etenkin taudin alkuvaiheessa. Toisaalta iäkkäänä ensi kertaa elämässä puhkeava masennustila voi edeltää muistisairauteen sairastumista (7). Suoraan depression liittyy kognitiivinen heikkeneminen, jota joskus kutsutaan näennäisdementiaksi, ilmenee lähes poikkeuksetta vain iäkkäämmillä masennuspotilailla. Ilmiön esiintyvyys vaihtelee eri tutkimuksissa, ja

TIETOLAATIKKO. Ahdistuneisuushäiriön ja masennustilan erotusdiagnostiset tutkimukset.

Ahdistuneisuudesta tai masennushäiriöstä kärsivän potilaan perustutkimuksiin kuuluu elimellisten sairauksien poissulkeminen muun muassa laboratoriotutkimuksin. Täydellisen veren kuvan, kilpirauhasen toimintakokeiden sekä verengluukoosi-, B₁₂-vitamiini- ja foolihappopitoisuuden määrittäminen valottavat niiden taustalla mahdollisesti olevaa elimellistä syytä. EKG on myös usein tarpeen rytmihäiriöiden tai sepelvaltimotaudin poissulkemiseksi.

Alkoholin, muiden päihteiden tai lääkkeiden väärinkäyttöön viittaavat laboratoriotutkimukset ovat erotusdiagnostisina tutkimuksina yhä useammin ajankohtaisia iäkkäitäkin tutkittaessa.

Neuroradiologisia ja -fysiologisia sekä laboratoriotutkimuksia tarvitaan usein iäkkäiden masennustilan erotusdiagnostiikassa. Muistisairauksien ja masennuksen erotusdiagnostiikassa aivojen magneettikuvaus on nykyisin perustutkimus, vaikkakin yksinään riittämätön muistisairauksien poissulussa.

Täydellinen verenkuvasta antaa tietoa eri syistä johtuvasta anemiasta. Hypokalemia, hyperkalsemia ja hypoglykemia tulisi sulkea pois erityisesti iäkkäiden masennusoireiden taustatekijöinä. Myös tyreotropiinin ja kilpirauhashormonien määrittäykset kuuluvat iäkkäiden masennustilan perusselvityksiin. Edellä mainittujen perustutkimusten lisäksi voidaan tarvita myös muita lisätutkimuksia.

2–32 %:lla ikääntyneistä potilaista, joilla on kognitiivisia ongelmia, on raportoitu näennäisdementiaa (8). Se alkaa usein äkillisesti ja etenee nopeasti. Mielialan mukaiset, nihilistiset harhaluulot ovat yleisiä, ja ne myös usein auttavat mielialahäiriön diagnoosin jäljille.

Masennuksen mahdollisuus tulee muistaa niiden potilaiden osalta, joilla on runsaasti somaattisia kipuoireita tai ruoansulatuskanavan toimintahäiriöitä. Tällaista taudinkuvaa kutsutaan usein piilomasennusoireyhtymäksi. Potilaat voivat olla vakuuttuneita hengenvaarallista sairaudesta ja kulkevat lääkäriltä toiselle etsien käsityksilleen vahvistusta. Oirekuvaan voi tällöinkin liittyä masennukseen viittaavia oireita, kuten unen tai ruokahalun muutoksia.

lääkkään ahdistuneisuuden ja masennuksen erotusdiagnoosi

Ahdistuneisuushäiriön ja masennustilan on todettu esiintyvän samanaikaisesti yli kolmasosalla nuoremmistakin potilaista, ja iäkkäillä niiden samanaikainen esiintyminen saattaa olla sitäkin yleisempää. **TIETOLAATIKKOON** on koottu erotusdiagnostiikassa usein tarvittavia tutkimuksia ja **TAULUKKOON** iäkkäiden ahdistuneisuuden keskeisiä taustatekijöitä (9).

Masennustilan ja muistisairauden erottaminen toisistaan saattaa tuottaa diagnostisia vaikeuksia. Energian puute, kiinnostuksen menettäminen, keskittymisvaikeudet sekä psykomotorinen kiihtyneisyys tai estyneisyys ovat tavallisia oireita Alzheimerin taudin varhaisvaiheessa. Apatia liittyy erityisesti otsalohkon vaurioihin ja voi muistuttaa masennusoireistoa. Näennäisdementiasta kärsivä potilas on usein itse huolissaan muististaan ja valittaa sekä lähiettä kaukomuistinsa heikkoutta.

Hoitokokeilu masennuslääkkeillä voi joskus olla hyödyllinen erotusdiagnoosin kannalta (8). Toisaalta osa potilaista, joiden kognitiiviset oireet vähenevät masennuksen hoidon aikana, sairastuu myöhemmin muistisairauteen (10). Myös somaattisin oirein sairastavien, piilomasennuksesta kärsivien masennuspotilaiden erottaminen somatisaatiohäiriöstä tai hypokondriasta kärsivistä potilaista voi olla vaikeaa.

lökkään ahdistuneisuushäiriöiden hoito

Masennuslääkkeet ahdistuneisuushäiriöissä. Selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät (SSRI-lääkkeet) kuten sertraliini ja esitalopraami ovat ensisijaisia iäkkäiden potilaiden ahdistuneisuushäiriöiden lääkehoidossa kaikissa ikäryhmissä. Myös kaksoisvaikutteisia masennuslääkkeitä kuten venlafaksiinia tai duloksetiinia voidaan käyttää. Vaikka kliiniset tutkimukset eivät olekaan kohdistuneet vanhempiin ikäryhmiin, voidaan keski-ikäisillä tehtyjen tutkimusten tuloksia pitää viitteellisinä iäkkäidenkin osalta aina 75 ikävuoteen saakka. Tätä vanhempien joukossa lääkkeiden haittavaikutusten merkitys lääkevalinnassa korostuu entisestään. Masennuslääkkeet vähentävät yleistyneen ahdistuneisuuden lisäksi kohtauksittaista ahdistuneisuutta, usein invalidisovaa välttämiskäyttötymistä ja sosiaalisten tilanteiden pelkoa (11).

Myös iäkkäiden potilaiden ahdistuneisuushäiriöissä SSRI-lääkkeiden teho tulee esille hitaasti, ja hoidon alkuvaiheessa haittavaikutuksena saattaa esiintyä päänsärkyä, pahoinvointia ja ahdistuneisuuden tilapäistä lisääntymistä. lökkään potilaan ahdistuneisuushäiriön lääkehoito on yleensä pitkäaikaista ja kestää usein vähintään vuoden (12). Serotoniiniselektiivinen lääkitys on lopetettava hitaasti, viikkojen kuluessa, oireilun uusiutumisen ja vieroitusoireiden välttämiseksi.

Bentsodiatsepiinit. Erityisesti yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön liittyvien lievien tai keskivaikeiden oireiden yhteydessä bentsodiatsepiinien ajoittainen käyttö voi tulla kyseeseen, vaikka iäkkäiden osalta tutkimustieto onkin vähäistä. Valmisteet, joilla on lyhyehkö puoliintumisaika ja yksinkertainen inaktivaatiotapa, esimerkiksi loratsepaami ja oksatsepaami, ovat suositeltavimpia, koska niiden käyttöön ei liity merkittävää vaaraa lääkkeen kertymisestä elimistöön. Bentsodiatsepiineille tyypilliset haittavaikutukset, kuten väsymys ja voimattomuus sekä motoristen ja kognitiivisten toimintojen heikentyminen, riippuvat osittain lääkannoksesta, ja niiden vaara lisääntyy ikääntymisen myötä. Ajallisesti pitkäkestoista

TAULUKKO. Ahdistuneisuutta iäkkäille aiheuttavia tekijöitä.

Ahdistuneisuushäiriöt
Julkisten paikkojen pelko, sosiaalisten tilanteiden pelko
Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, pakko-oireinen häiriö, paniikkihäiriö
Masennus, muistisairaudet
Persoonallisuushäiriöt
Alkoholiriippuvuus, lääkeriippuvuus
Pitkäaikainen kipu
Pitkäaikainen unettomuus
Elämäntilannetekijöihin liittyvä ahdistuneisuus
Menetykset, suru
Elimelliseen sairauteen liittyvä ahdistuneisuus
Sydän- ja verisuonitaudit, hengityselinsairaudet, Parkinsonin tauti
Kilpirauhassairaudet, hypoglykemia
Lääkehoitoihin liittyvä ahdistuneisuus
Glukokortikoidit, sympatomimeetit, tyroksiini

ja suuriannoksista bentsodiatsepiinilääkitystä tulee välttää (13).

Gabapentinoideista erityisesti pregabaliinia on käytetty yleistyneen ahdistuneisuuden hoidossa. Iäkkäillä tehdyissä tutkimuksissa sen teho ahdistuneisuusoireiden hoidossa on epäselvä, ja sen siedettävyydestä muun muassa se daation ja heitehuimauksen osalta tarvittaisiin lisätutkimuksia (14). Ketiapiinin off label- eli poikkeuskäyttö ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa sekä masennuslääkehoidon tehostajana on yleistä.

Beetasalpaajia on tavanomaisesti käytetty ahdistuneisuuden autonomisten oireiden, kuten vapinan ja sydämen tykytyksen hoidossa, vaikka tutkimusnäyttö on niukkaa. Ahdistusoireiden hoitoon tarkoitettujen ei-selektiivisten beetasalpaajien, kuten propranololin, annokset ovat iäkkäiden hoidossa olleet pieniä. Propranololin lisäksi sydänselektiivisempi atenololi voi olla käyttökelpoinen vaihtoehto.

Psykoterapiat ahdistuneisuushäiriöiden hoidossa. Psykoterapiat ovat osoittautuneet iäkkäiden kannalta tehokkaiksi ahdistuneisuushäiriöiden hoitomuodoiksi (15). Potilaan toistuva altistaminen, joko mielikuvatasolla tai käytännössä, pelkoa aiheuttaviin tilanteisiin on käyttäytymisterapeuttiseen teoriaan perustuvan psykoterapian lähtökohta sosiaalisten

tilanteiden pelon hoidossa.

Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia on iäkkäiden yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoidossa tehokasta odotuslistalla olemiseen ja tavanomaiseen hoitoon verrattuna. Esimerkiksi terapioiden kestoa tai taajuutta voi olla tarve modifioida iäkkäämpiä hoidettaessa (11). Myös mindfulness sekä hyväksymis- ja omistautumisterapia ovat tehokkaita (8). Iäkkäiden eri psykoterapiamuotojen saatavuus on rajallista. Etäyhteyksin toteutettavat nettiterapiat ovat osoittautuneet iäkkäiden hoidossa toimiviksi ja tehokkaiksi ja saattavat siten osin parantaa terapioiden saatavuutta (16).

lääkkäiden masennuksen hoito

Masennuslääkitys on yleensä aiheellinen, kun masennusoireisto vaikuttaa potilaan toimintakykyyn. Lääkehoidon mahdollisilla haittavaikutuksilla on keskeinen merkitys masennuslääkettä valittaessa. Ensisijaisesti tulisi valita lääke, jota käytettäessä on hyvän hoitovasteen ohella odotettavissa mahdollisimman vähän haittoja (17,18). Tärkeää on mahdollisuuksien mukaan lopettaa masennusta aiheuttavien lääkkeiden käyttö ja hoitaa masennukselle altistavat elimelliset sairaudet mahdollisimman hyvin.

Masennuslääkkeet auttavat näennäisdelementiasta kärsiviä potilaita yhtä hyvin kuin muitakin iäkkäitä masentuneita, ja piilomasennuksesta kärsivien oireet voivat merkittävästi vähentyä masennuslääkehoidossa. Sen sijaan masennuslääkkeiden hyöty-haittasuhte heikkenee muistisairauksiin liittyvän depression yhteydessä, eikä masennuslääkkeistä ole yleensä enää hyötyä keskivaikeaa tai vaikeaa dementiaa sairastaville. Toivottu hoitovaste iäkkäiden masennuslääkehoidossa saavutetaan usein hitaammin kuin keski-ikäisten ja nuorten potilaiden hoidossa. Iäkkäiden hoitovastetta voidaan joutua odottamaan jopa kolme kuukautta.

Masennuslääkehoito aloitetaan yleensä pienimmällä mahdollisella annoksella (6). Annosta suurennetaan tavallisesti 4–7 vuorokauden kuluttua pienimpään hoitoannokseen, jolla hoidon tulisi jatkua vähintään 4–6 viikkoa. Vaikeaoireisten ja -hoitoisten masennustilojen yhteydessä suuremmat masennuslääkeannokset,

masennuslääkkeiden yhdistäminen toisiinsa, toisen polven psykoosilääkkeen kuten ketiapiinin tai aripipratsolin liittäminen masennuslääkehoitoon tai aivojen sähköhoito ovat aiheellisia hoidon tehostamiskeinoja. Kun masennus- ja psykoosilääke yhdistetään, molempien pitoisuudet elimistössä saattavat lisääntyä odotettua suuremmiksi, minkä takia lääkeaineiden pitoisuusmääritykset voivat olla turvallisuussyistä tarpeen.

Ensimmäisen masennusjakson jälkeen vanhuspotilasta tulisi hoitaa vähintään puolen vuoden ajan annoksella, jolla hoitovaste on saavutettu, minkä jälkeen lääkehoito voidaan hitaasti purkaa. Jos sairaushistoriassa on 1–2 aiempaa masennusjaksoa, jatkohoidon tulisi kestää 1–2 vuotta. Toistuvan masennuksen yhteydessä elinikäinen ylläpitohoito on useimmiten tarpeen.

SSRI-lääkkeet ovat iäkkäidenkin masennuksen hoidon peruslääkkeitä avohoidossa. Esimerkiksi sertraliinin käyttö ikääntyneiden masennuslääkkeenä on vakiintunutta. Sen farmakokinetiikkaan vanheneminen vaikuttaa vain vähän, joten iäkkäiden potilaiden hoidossa voidaan käyttää samanlaisia annoksia kuin nuorempienkin. Yhteisvaikutusten riski muiden lääkkeiden kanssa on tämän lääkeryhmän pienimpiä.

Sitalopraami ja essitalopraami ovat olleet yleisesti käytettyjä masennuslääkkeitä kaikissa ikäryhmissä. Niillä on vähän yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden kanssa, mutta niiden eliminaatio hidastuu iän myötä. Tällöin pitoisuudet seerumissa suurenevat ja lääkkeen annosta tulee pienentää noin puoleen keski-ikäisen annoksesta. Sitalopraamin ja essitalopraamin käytön yhteydessä voi esiintyä annoksesta riippuvaa QT-ajan pitenemistä. Tämä riski suurenee hoidettaessa yli 65-vuotiailla. Heillä sitalopraamin enimmäisannos on 20 mg/vrk ja essitalopraamin 10 mg/vrk. Sydämen vajaatoiminta, vastasairastettu sydäninfarkti, bradyarytmia, hypokalemia ja hypomagnesemia altistavat QT-ajan pitenemiselle (19).

Paroksetiin ja fluoksetiin käyttöön liittyy runsaasti yhteisvaikutuksia muiden lääkkeiden kanssa sekä farmakokinetiikan ja annosten määrittämisen haasteita, joten niitä

pidetään iäkkäiden hoidossa vältettävänä lääkkeinä.

SSRI-lääkkeet voivat aiheuttaa haittavaikutuksina päänsärkyä, pahoinvointia, hikoilua, levottomuuden lisääntymistä ja unihäiriöitä hoidon alussa. Hyponatremiaa on kuvattu esiintyvän jopa kolmasosalla SSRI-lääkettä käyttävistä vanhuksista. Hyponatremialle altistavat aiempi hyponatremiaaipumus, pieni natriumarvo ennen lääkityksen aloittamista ja samanaikaisesti käytössä oleva muu hyponatremiaa aiheuttava lääkitys (esimerkiksi diureetit, diabeteslääkkeet, tulehduskipulääkkeet ja epilepsialääkkeet). SSRI-lääkkeiden aiheuttama hyponatremia ilmaantuu yleensä kolmen ensimmäisen hoitoviikon aikana. Veren natriumarvo on hyvä tarkistaa vanhuspotilaalta ennen lääkityksen aloittamista ja 1–3 viikon kuluttua aloituksesta sekä aika ajoin lääkityksen aikana (20).

SSRI-lääkkeet estävät verihiihtaleiden toimintaa ja lisäävät maha-suolikanavan verenvuotojen vaaraa erityisesti yhdessä tulehduskipulääkkeiden kanssa. Verenvuodon vaaraa lisäävät myös hepariini, E-vitamiini, kalaöljyvalmisteet ja glukokortikoidit. Varfariinin ja SSRI-lääkityksen yhteiskäyttö lisää vuotoriskiä noin 2–3-kertaiseksi. Maha-suolikanavan verenvuotoriski lisääntyy myös käytettäessä serotoniinivaikutteista masennuslääkettä ja uudemman polven antikoagulanttia (dabigatraani, apiksabaani) samanaikaisesti.

Kaksoisvaikutteisiin masennuslääkkeisiin luetaan venlafaksiini, duloksetiini ja mirtatsapiini. Keski-ikäisten masennuspotilaiden osalta on saatu viitteitä, että venlafaksiini voisi olla hiukan tehokkaampi kuin SSRI-lääke ainakin niille potilaille, jotka eivät aiemmin ole saaneet vastetta SSRI-lääkitykseen. Venlafaksiinin ja duloksetiinin haittavaikutukset muistuttavat SSRI-lääkkeiden haittoja: ne aiheuttavat muun muassa hyponatremiaa ja lisäävät maha-suolikanavan verenvuotojen vaaraa. Lisäksi venlafaksiini voi aiheuttaa kardiovaskulaarisia haittoja, muun muassa verenpaineen kohoamista, sydämen sykkeen tihenemistä ja ortostatismia.

Verenpaineen seuranta on suositeltavaa, kun venlafaksiinin vuorokausiannos on yli 150 mg/vrk. Duloksetiiniin liittyvää verenpaineen nousua esiintyy yleensä hoidon alussa, mutta se ta-

Ydinasiat

- ▶ Ahdistuneisuushäiriöt ovat usein pitkäkestoisia ja heikentävät iäkkäidenkin elämänlaatua.
- ▶ Masennushäiriöt ovat merkittävä iäkkäiden toimintakykyä heikentävä oireisto.
- ▶ Masennus- ja ahdistuneisuushäiriöihin on käytettävissä useita tehokkaita hoitomuotoja.
- ▶ Lääkehoidon lisäksi neuromodulaatiohoitojen ja psykoterapioiden tehosta on näyttöä iäkkäiden hoidossa.
- ▶ Iäkkäiden psykoterapeuttisten hoitojen saatavuutta tulisi parantaa.

soittuu lääkityksen jatkuessa. Mirtatsapiini on väsyttävä, lisää ruokahalua ja aiheuttaa lihomista. Lisäksi se voi aiheuttaa myös jalkojen turvotusta, puutumista tai pistelyä sekä levottomien jalkojen oireyhtymää.

Uudemmissa masennuslääkkeistä vortiokeksiini on tehokas myös iäkkäiden potilaiden masennustilan hoidossa. Haittavaikutukset muistuttavat pääosin SSRI-lääkkeiden haittoja (21). Bupropionin teho iäkkäiden masennustilan hoidossa on epäselvä. Se alentaa kouristuskynnystä eikä sovellu potilaille, joilla on ollut kouristuskohtauksia. Agomelatiinin tehoa ja turvallisuutta ei ole varmistettu yli 75-vuotiaiden eikä muistisairautta sairastavien hoidon osalta, joten sitä ei tule käyttää näiden potilasryhmien hoidossa. Agomelatiinia käytettäessä on seurattava maksan toimintaa kuvaavia aminotransferaasientsyymejä.

Transkraniaalinen magneettistimulaatio (TMS) ja aivojen sähköhoito. TMS on vähän haittavaikutuksia aiheuttava depression neuromodulaatiohoito, jonka teho nuorten ja keski-ikäisten aikuispotilaiden hoidossa vastannee suunnilleen masennuslääkehoidon tehoa. Vaikka sen käytöstä iäkkäiden hoidossa on toistaiseksi vain niukasti tietoa ja kokemusta, sopinee se turvallisuutensa vuoksi hyvin myös vanhemmalle ikäryhmälle. TMS-hoito edellyttää päivittäisiä antamiskertoja, minkä vuoksi sen toteuttaminen voi olla vaativaa.

Aivojen sähköhoitoa pidetään erityisen sopivana juuri iäkkäille vaikeiden ja psykoottisten masennustilojen hoidossa. Se on heillekin varsin turvallinen hoitomuoto, ja psykoottisen masennustilan hoidossa toivottuun tulokseen päästään lähes 90 %:ssa tapauksista. Sitä pidetään masennuksen, johon liittyy mielialan mukaisia harhaluuloja tai hallitsematon itsemurhavaara, tehokkaimpana hoitomuotona (22). Niistä masentuneista potilaista, joille lääkehoidosta ei ole ollut toivottua apua, huomattava osa kuitenkin hyötyy aivojen sähköhoidosta.

Psykososiaaliset hoitomuodot. Ikääntyneen masennuspotilaan psykoterapia on tukea antavaa ja ongelma-keskeistä. Menneen elämän tarkastelussa tulisi pitäytyä potilaan itsetunnon tukemiseen ja masennusta aiheuttavien asioiden supportiiviseen käsittelyyn. Huomion tulisi suuntautua ajankohtaisiin asioihin sekä potilaan jäljellä olevan toimintakyvyn tukemi-

seen ja parantamiseen. Yleisesti iäkkäiden psykoterapiassa voidaan antaa suurempia neuvoja ja ohjeita kuin nuorempia hoidettaessa. Iäkkäiden hoidossa on saatu hyviä tuloksia erityisesti interpersonaalista psykoterapiasta, jossa keskitytään masennuksen puhkeamisen aikaisten psykososiaalisten ja interpersonaalisten ongelmien selvittelyyn.

Lopuksi

Ahdistuneisuus- ja masennushäiriöt ovat tavallisia myös iäkkäillä henkilöillä. Ne vaikuttavat usein merkittävästi potilaan elämänlaatuun ja toimintakykyyn. Niiden hoitoon on olemassa tehokkaita keinoja eri lääkehoitojen ja psykoterapioiden muodossa. Sopivien psykoterapeuttisten hoitojen saatavuus on edelleen merkittävä rajoite. ■

HANNU KOPONEN, emeritusprofessori
Helsingin yliopisto

ESA LEINONEN, emeritusprofessori, ylilääkäri
Tampereen yliopisto ja TAYS

TEEMAN TOIMITTAJAT
Esa Jämsen, Tiina Talaslahti ja Jaana Suvisaari

SIDONNAISUUDET

Hannu Koponen: Luentopalkkio/asiantuntijapalkkio (Oy H. Lundbeck Ab), hankkeet (Käypä hoito -suositukset: Depressio, Muistisairaudet, Skitsofrenia, Itsemurhaa yrittäneen psykiatrinen hoito, Ahdistuneisuushäiriöt), muut sidonnaisuudet (Kustannus Oy Duodecim)

Esa Leinonen: Luottamustoimet (Käypä hoito -suositukset: ahdistuneisuushäiriöt, kaksisuuntainen mielialahäiriö)

KIRJALLISUUTTA

1. Canuto A, Weber K, Baertchi M, ym. Anxiety disorders in old age: psychiatric comorbidities, quality of life, and prevalence according to age, gender and country. *Am J Geriatr Psychiatry* 2018;26:174–85.
2. Pary R, Sarai SK, Micchelli A, ym. Anxiety disorders in older patients. *Prim Care Companion CNS Disord* 2019; 21:18nr02335.
3. Sami MB, Nilfoorshan R. The natural course of anxiety disorders in the elderly: a systematic review of longitudinal trials. *Int Psychogeriatrics* 2015;27:1061–9.
4. Wolitzky-Taylor KB, Castriotta N, Lenze EJ, ym. Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depress Anxiety* 2010;27:190–211.
5. Gournellis R, Oulis P, Howard R. Psychotic major depression in older people: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry* 2014;29:789–96.
6. Taylor WD. Clinical practice. Depression in the elderly. *N Engl J Med* 2014;371:1228–36.
7. Leinonen E, Koponen H. Iäkkään masennuksen tunnistaminen ja hoito. *Erikoislääkäri* 2008;18:75–8.
8. Mouta S, Fonseca Vaz I, Pires M, ym. What do we know about pseudodementia? *Gen Psychiatr* 2023;36:e100939.
9. Van der Veen DC. Comorbid anxiety disorders in late-life depression: results from a cohort study. *Int Psychogeriatrics* 2015;27:1157–65.
10. Sekhon S, Marhawa R. Depressive cognitive disorders. St. Petersburg: StatPearls Publishing 2023.
11. Mitsui N, Fujii Y, Asakura S, ym. Antidepressants for social anxiety disorder: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychopharmacology Reports* 2022;42:398–409.
12. Ahdistuneisuushäiriöt. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Psykiatriyhdistys ry:n ja Suomen Nuorisopsykiatrisen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2019 [päivitetty 7.1.2019]. www.kaypahoito.fi.
13. Syrjämäki M, Leinonen E. Bentsodiasepiinien asianmukainen käyttö. *Suom Lääkäril* 2019;21:1362–7.
14. Kong W, Deng H, Wan J, ym. Comparative remission rates and tolerability of drugs for generalized anxiety disorder: a systematic review and network meta-analysis of double-blind randomized controlled trials. *Front Pharmacol* 2020;11:580858.
15. Parker EL, Banfield M, Fassnacht DB, ym. Contemporary treatment of anxiety in primary care: a systematic review and meta-analysis of outcomes in countries with universal healthcare. *BMC Fam Pract* 2021;22:92.
16. Ritola V, Lipsanen JO, Pihlaja S, ym. Internet-delivered cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder in nationwide routine care: effectiveness study. *J Med Internet Res* 2022;24:e29384.
17. Koponen H, Lappalainen J, Leinonen E. Miten masennuslääke valitaan? *Suom Lääkäril* 2015;70:2755–9.
18. Leinonen E, Koponen H. Masennuslääkkeet monilääkityillä potillailla. *Suom Lääkäril* 2019;33:1750–5.
19. Viikki M, Leinonen E. Sitalopraamin ja essitalopraamin käyttöön liittyvä QT-ajan piteneminen. *Suom Lääkäril* 2012; 67:3407–10.
20. Alanen HM, Lahtela J, Leinonen E. Psykenlääkkeiden aiheuttama hyponatremia tavallista ikääntyneillä. *Duodecim* 2011;127:406–13.
21. Viikki M, Leinonen E. Uusi masennuslääke vortiosetiini. *Suom Lääkäril* 2016;71:72–5.
22. Huuhka K, Leinonen E. Vanhuksen vaikea ja psykoottinen masennus. *Duodecim* 2011;127:390–6.