

ETENEVIIN MUISTISAIRAUKSIIN LIITTYVÄT KÄYTTÄYTYMISEN MUUTOKSET

Opas pitkäaikaishoidossa
työskenteleville hoitotyöntekijöille

LAPIN AMK¹
Lapland University of Applied Sciences

ETENEVIIN MUISTISAIRAUKSIIN LIITTYVÄT KÄYTTÄYTYMISEN MUUTOKSET

Perinteisesti etenevät muistisairaudet on mielletty sairausryhmäksi, jonka keskeinen ongelma on muistivaikeus. Kuitenkin sairastuneen ja tämän läheisten kannalta elämänlaatua heikentävät kognitiivisia oireita enemmän haitalliset käyttäytymisen muutokset ja psyykkiset oireet.

Psyykkisiä oireita ja käyttäytymisen muutoksia esiintyy kaikissa etenevissä muistisairauksissa. Yli puolet muistisairaista kärsii käyttäytymisen muutoksissa ja 90-prosenttia kärsii niistä sairauden jossakin vaiheessa. Usein käyttäytymisen muutokset muuttuvat vaikeammiksi sairauden edetessä. Varsinkin masennus ja ahdistuneisuus heikentävät voimakkaasti muistisairaiden elämänlaatua. Levottomuus, aggressiivisuus ja aistiharhat ovat tavallisempia keskivaikeassa ja vaikeassa muistisairaudessa.

Apatia	36%
Masennus	32%
Levottomuus ja aggressio	30 %
Uni-valverytmin häiriö	27,4 %
Ärtyneisyys	27%
Ahdistuneisuus	21,5 %
Uni-valverytmin häiriö	27,4 %
Harhaluulot	18%
Poikkeava motorinen käytös	16%
Seksuaalinen käytösoire	12,7 %
Harhaluulot	18%
Hallusinaatiot	10.5%

Yleisimmät käyttäytymisen muutokset muistisairailta. Tutkimuksen mukaan jopa 75 % muistisairaista kärsii yhdestä käyttäytymisen muutoksen oireesta, 55 % kahdesta tai useammasta.

Käyttäytymisen muutosten syntyyn vaikuttavia tekijöitä ei ole kyetty tarkasti selvittämään, mutta todennäköisesti ne ovat seurausta biologisten, sosiaalisten ja psykologisten tekijöiden monimutkaisesta yhteisvaikutuksesta. Syynä voivat olla aivotoiminnan muutokset, muistin ja toiminnanohjauksen häiriöt sekä muut sairaudet ja lääkitykset. Lisäksi lähipiirin suhtautuminen, persoonallisuus ja aikaisempi psyykkinen oireilu sekä ympäristön turvattomuus voivat olla syitä käyttäytymisen muuttumiseen. Myös nuoruudessa kehittyneellä persoonallisuudella on vaikutusta siihen, miten henkilö selviytyy muistisairaana.

MASENNUS JA APATIA

Masennus eli depressio ja muistisairaus voivat esiintyä samanaikaisesti. Depressiota esiintyy yleisesti Alzheimerin tautia tai vaskulaarista dementiaa sairastavilla muistiin ja tiedonkäsittelyyn liittyvien oireiden ollessa vielä lieviä tai keskivaikeita. Apatia voi olla osa masennusta, mutta se esiintyy myös itsenäisenä oireena.



Yksittäisiä masennusoireita tavataan yli puolella eteneviin muistisairauksiin sairastuneilla jossain sairauden vaiheessa. Myös vaikeasti dementoituneet kärsivät depressiosta ja heillä vakava masennustila voi olla jopa yleisempi kuin lievästi dementoituneilla.

Etenevää muistisairautta sairastavan masennusoireita ovat laskenut mieliala (surullisuus, toivottomuus, lannistuneisuus, itkuisuus) ja vähentynyt mielenkiinto tavanomaisia aktiviteetteja kohtaan. Tämän lisäksi hän kärsii kahdesta tai useammasta seuraavaksi luetelluista oireista pitempään kuin kahden viikon ajan:

- Sosiaalinen eristäytyminen tai vetäytyminen
- Ruokahaluttomuus
- Levottomuus
- Motoriikan hidastuneisuus
- Ärtävyys
- Väsymys
- Voimattomuus
- Arvottomuuden tai toivottomuuden tunne
- Epätavanomainen itsensä syyllistäminen
- Itsemurhasuunnitelmat tai yritykset

Apatia voi olla osa masennusta, mutta se esiintyy myös itsenäisenä oireena. Sillä tarkoitetaan tunne-elämän latistumista, välinpitämättömyyttä ja motivaation sekä mielenkiinnon menettämistä. Apatiasta kärsivien muistisairaiden olemusta leimaa psykomotorinen hitaus sekä syvä passiivisuus ja aloitekyvyttömyys. Apatia on yleinen, mutta huonosti tunnettu ja mielletty muistisairaiden käytösoire. Itsenäisenä oireena ilmentyessään masennuslääkkeet tehoavat siihen huonosti.

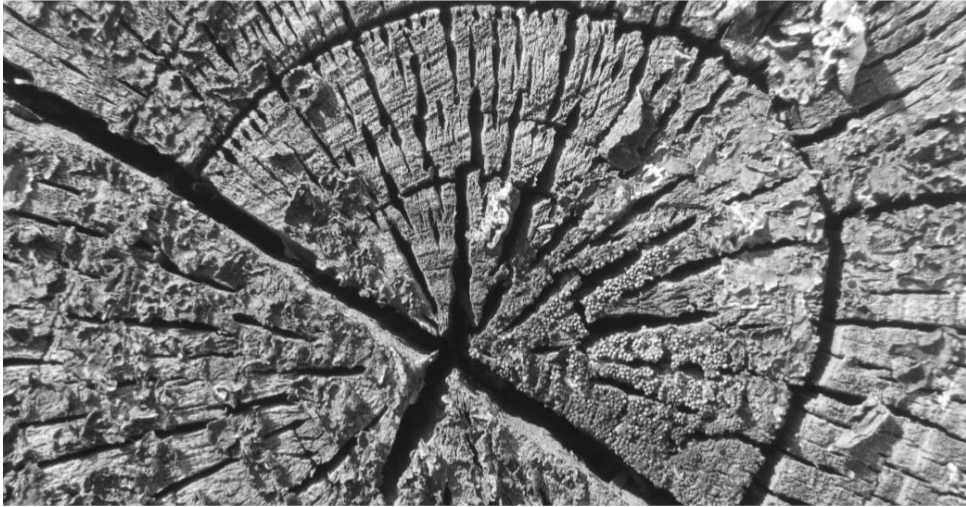


AHDISTUNEISUUS

Etenevissä muistisairauksissa ahdistuneisuus on yleinen oire, jota tavataan 40-50-prosentilla sairastuneista.

Tavallisinta ahdistuneisuus on sairauden lievässä tai keskivaikeassa vaiheessa. Yleisimmin muistisairailta esiintyy yleistynyttä ahdistuneisuutta, johon liittyy jatkuva levoton, huolestunut, jännittynyt tai kireä olo.

Ahdistukseen liittyy aina ruumiillisia oireita, kuten sydämen tyktyystä, hengenahdistusta, hikoilua, vapinaa ja huimausta. Yleensä ahdistuneisuus liittyy masennukseen, mutta voi esiintyä myös itsenäisenä ja elämänlaatua voimakkaasti heikentävänä oireena. Samalla se vaikeuttaa kognitiivisia oireita, jotka lisäävät entisestään muun muassa muistisairauteen liittyviä muistivaikeuksia.



LEVOTTOMUUS JA AGGRESSIO

Jopa puolella etenevään muistisairauteen sairastuneilla voi ilmetä levottomuutta sairauden keskivaikeassa tai vaikeassa vaiheessa. Levottomuus ilmenee muun muassa aggressiona, riidanhaluisuutena, haukkumisena sekä huutamisena, estottomuutena, hyperaktiivisuutena ja vastusteluna.

Aggressiivinen käyttäytyminen suuntaa vahingollista toimintaa ei-sattumanvaraisesti itseen tai ulospäin. Usein aggressiota havaitaan päiväsaikaan ja tilanteissa, joissa potilas tarvitsee apua päivittäisissä toimissa. Aggressio lisääntyy muistisairauden edetessä ja potilaan siirtyessä kotihoidosta laitoshoidoon. Sen riskiä lisäävät ovat masennus, harhaluulot, miessukupuoli ja varhainen muistisairauden alkaminen. Harhaluuloisen muistisairaahan aggressiivisuus on yleensä vakavaa ja pahimmillaan hengenvaarallista. Myös väärintunnistaminen voi johtaa aggressiiviseen käytökseen.

Katastrofireaktio on äkillinen ja odottamaton voimakas reaktio tilanteeseen, joka näyttäytyy yleensä aggressiona. Syynä voivat olla pelko ja uhatuksi tuleminen tunne, turhautuminen tai nöyryytetyksi tuleminen tunne. Myös hahmottamisen vaikeus ja ympäristötekijät altistavat katastrofireaktiolle ja esimerkiksi suihkutilanteessa se voi olla seurausta useista tekijöistä, kuten ympäristön epäselkeydestä, huonosta valaistuksesta, huoneen viileydestä sekä alastomuudesta johtuvasta turvattomuuden ja häpeän tunteista.

PSYKOOTTISET OIREET

Muistisairauteen liittyviä psykoottisia oireita ovat aistiharhat, harhaluulot ja harhaiset väärintulkitsemiset. Psykoottisten oireiden luonne ja kesto vaihtelevat, mutta useimmilla etenevää muistisairautta sairastavilla oireita ilmenee sairauden myöhemmissä vaiheissa.

Yleisimmät harhaluulot ovat yksinkertaisia vainoharhaisia uskomuksia kuten varastamiseen liittyviä. Muita yleisiä harhaluuloja ovat että tuntemattomat ovat vallanneet heidän kotinsa tai koti ole heidän kotinsa, hoitaja tai perheenjäsen on huijari sekä puolison uskottomuuteen liittyviä. Psykoottisten oireiden sijaan harhaluulot voivat johtua väärintulkitsemisestä, jotka johtuvat kognition tai näkökyvyn heikkenemisestä. Näköharhat ovat yleisiä etenkin Lewyn kappale - taudissa, mutta eivät ole usein sairastuneelle haitallisia vaan jopa miellyttäviä, jonka vuoksi eivät välttämättä tarvitse hoitoa. Kuitenkin läheiset ja hoitajat voivat kokea ne vaikeiksi.



SEKSUAALINEN KÄYTÖSOIRE

Vaikka seksuaaliset käytösoireet eivät ole kovin yleisiä, ne voivat olla ongelmallisia omaisille ja hoitohenkilökunnalle. Haastetta seksuaalisten käytösoireiden hoitamiseen tuo etenkin pitkäaikaishoitopaikoissa, jossa kohteena on hoitohenkilökunta sekä muut potilaat ja käyttäytyminen tapahtuu julkisissa tiloissa.

Seksuaaliset käyttäytymisen muutokset voivat ilmetä monella tavalla, kuten seksuaalisella puheella, johon voi liittyä karkea kielenkäyttö tai käyttäytymisenä, kuten julkisissa tai yksityisissä tiloissa tapahtuvana itsetyydytyksenä, sukupuolielinten paljasteluna tai toisten ihmisten luvattomana kosketteluna. Lisäksi oire voi ilmentyä tarpeettomana sukuelimiin kohdistuvan hoidon pyytämisenä tai pornografian katseluna.

KÄYTTÄYTYMISEN MUUTOSTEN HOITO

Kun muistisairas nähdään ensisijaisesti tuntevana ja kokevana ihmisenä, käyttäytymisen muutokset saa erilaisia selityksiä.

Nykyään haitalliset käyttäytymisen muutokset ymmärretään muistisairaana ihmisen kykyjä vastaavana normaalina reaktiona ja toimintatapana. Ymmärtävässä ajattelutavassa käyttäytymisen muutokset ovat muistisairaana elämänhallinnan keino, sopeutumisyrittäminen tai jokin hänen näkökulmastaan mielekäs tapa toimia tilanteessa.

Ei-lääkkeellinen hoito on muistisairaana asianmukaista kohtelua sekä ohjaamista arjen ja elämän sujumisessa, kun taas lääkehoitoa käytetään silloin kun muu hoito ei riitä. Muutoksista keskustellaan muistisairaana ja läheisen kanssa yhdessä ja erikseen, mutta ei ilman sairastuneen suostumusta. Niiden hoito otetaan keskeiseksi osaksi hoito- ja kuntoutussuunnitelmaa.



LÄÄKKEETÖN HOITO

Muistisairaana hoitotyö perustuu psyykkisen hyvinvoinnin ja mielenterveyden tukemiseen, minkä avulla voidaan hoitaa nykyistä paremmin käytösoireista kärsivää ja ehkäistä niiden syntyä.

Käytösoireen syntyyn vaikuttavat tekijät ovat jaettu fyysisiin (kipu, sairaudet, lääkitykset) ja psykologisiin (ympäristö, vuorovaikutussuhteet), joiden lisäksi on syytä huomioida elämäntilasta, persoonallisuudesta ja kulttuurista nousevat tekijät. Ensimmäiseksi on syytä selvittää fyysiset sekä lääketieteelliset tekijät ja deliriumin eli äkillisen sekavuustilan mahdollisuus on suljettava pois.

HOITOSUHDETYÖSKENTELEY

Käyttäytymisen muutoksista kärsivän muistisairaahan ammatillisen kohtaamisen lähtökohtana on ihmisarvo ja toisen ihmisen kunnioittaminen. Kohtaamisen, vuorovaikutuksen syntymiseen sekä sen onnistumiseen vaikuttaa hoitajan ammatillisuus, oma persoona, luottamuksellisuus ja työympäristö.

Hoitavalla kohtaamisella tarkoitetaan ammatillista ja hoidollista asennoitumista sairastuneeseen ihmiseen sekä hoitajan ja muistisairaahan ihmissuhteesta, jossa hoitaja pyrkii ymmärtämään toista. Muistisairas ei ole tahallaan hankala, vaan on itsekin omien käyttäytymisen muutosten ja psyykkisten oireiden armoilla. Niillä on oma mielekkyytensä, joiden taustalla on oma kokemusmaailma ja elämänhistoria. Elämänhistorian tuntemisessa on hyötyä muistisairaahan kohtaamisessa. Lisätietoa käyttäytymisen muutosten synnystä antavat tilanteiden tunnesisällöt, jolla tarkoitetaan muistisairaahan kokemuksia, toiveita ja tarpeita.



Käyttäytymisen muutoksia pyritään ymmärtämään muistisairaahan näkökulmasta mahdollisimman laajasti ja hoito suunnitellaan yksilöllisesti kohdennetun syyn mukaan. Mitä monipuolisempi näkemys käyttäytymisen muutoksista saadaan rakennettua, sen parempi lopputulos. Sovitun hoidon toteutus ja tekijöiden ymmärtäminen vaatii panostusta hoitotiimiltä.

Muistisairas ei omasta näkökulmastaan usein kaipaa hoivaa vaan normaaliuden, aikuisuuden ja turvallisuuden kokemuksia. Psykkisen hyvinvoinnin kannalta on merkittävää, että muistisairaahan kulloinenkin toive ja tarve tulee huomioiduksi. Kuunteleminen ja hänen tilanteensa ymmärtäminen voivat lieventää käyttäytymisen muutoksista kärsivää muistisairasta. Rauhallinen, ymmärtäväinen ja lämmin suhtautuminen on yksi keino käyttäytymisen muutosten kohtaamiseen. Se käsittää myös riittävän tiedon käyttäytymisen muutoksista, mahdollisuuksista auttaa ja käyttäytymisen ymmärtämisen peilaten elämänhistoriaa.

VUOROVAIKUTUS

Muistisairauden edetessä sairastuneen avuntarve kasvaa ja avun antamiseen liittyy lähes aina fyysinen kosketus. Samalla se on intiimietäisyydelle päästämistä ja jos muistisairas ei ymmärrä hoitajansa tarkoitusta koskettaa häntä, luonnollinen reaktio on puolustautua.

Puolustusreaktio voi esiintyä lyömisenä, nipistämisenä, potkimisena ja raapimisena. Auttamistilanteisiin liittyvällä sanallisella viestillä muistisairas ehtii tajuamaan, että hoitaja on lähestymässä ja koskettamassa. Jos muisti ei kerro auttamistilanteiden toistuvuudesta, voi muistisairas käyttäytyä väkivaltaisesti joka kerta samassa tilanteessa. Tällöin hoitajan luottamusta herättävä käyttäytyminen sekä katsekontakti, rauhallinen puhe ja käytös rauhoittavat ja helpottavat lähelle päästämistä ja koskettamista.



KOSKETA. *Kosketus lisää ihmisen hyvinvointia. Se vähentää stressiä, ärtyneisyyttä ja levottomuutta, rauhoittaa ja parantaa unen laatua. Hyvä koskettaminen myös auttaa, rauhoittaa, lohduttaa sekä hellii. Se tuntuu hyvälle koskijasta että koskettavasta sekä tukee muistisairaana itsetuntoa ja on osa kuntouttavaa työtä.*

Etenevissä muistisairauksissa sanat katoavat ja kyseessä on ensisijaisesti kyseessä on tunnetason vuorovaikutus. Tämä edellyttää muistisairaana olemuksen, käyttäytymisen ja viestien tarkkaa havainnointia. Kohtaaminen tapahtuu, kun muistisairaana viestin tunne tulee kuulluksi. Lähimuistin heikentyessä muistisairas ylläpitää tasapainoa palauttamalla mieleen varhaiset muistot, jolloin menneisyys ja nykyisyys sekoittuvat. Menneisyyden ratkominen elämällä uudelleen ei ole psykoottista tai mielikuvat harhoja. Mielikuvat, jossa muistisairas ajoittain elää, ovat hänen sisäinen todellisuus ja tätä näkemystä pidetään validaatioterapiassa luotettavana todellisuutena.

VALIDOI. Validaatiomenetelmässä hoitaja tavoittaa muistisairaana tunteen ja myötäilee sitä. Kiistelyn ja rauhoittelun sijaan myötäilemällä muistisairaana tunnetilaa äänellään ja olemuksellaan hoitaja pyrkii avoin kysymyksiin keräämään tietoa tunnetilasta sekä kokoaa yhteen puhetta. Tekniikan avulla voidaan auttaa muistisairasta ilmaisemaan itseään puheellaan, käyttäytymisellään ja eleillään. Kun sanat loppuvat, läheisyys, kosketus ja katsekontakti tulevat merkityksellisemmiksi yhteyden saamisessa.

VINKKEJÄ ARJEN TILANTEISIIN

MASENNUS JA AHDISTUS

- Läsnaolo ja koskettaminen – pidä kädestä kiinni tai silitä
- Tunteet tarttuvat – muistisairas on herkkä aistimaan tunnetiloja
- Hymyile, kehu, juttele ja kannusta
- Kuuntele tarpeita, tunteita ja ajatuksia
- Huumori sallittua
- Muistele – vanhojen muistelu voi olla tätä päivää tutumpaa
- Ajatusten siirto johonkin mukavaan (lapsuus, valokuvien katselu, laulaminen, makeisista tai kahvista nautiskelu)
- Tarjoa onnistumisen tunteita ja hyödyllisyyden tunteita – vältä kieltämistä ja virheistä tai hitaudesta syytelyä

LEVOTTOMUUS

- Rauhallisuus – kiire heijastuu ahdistuneisuutena, hätäisyytenä ja levottomuutena
- Riittävä tekeminen: säännöllinen liikunta, mielekäs puuhastelu ja arjen rutiinit
- Taiteella, tanssimisella ja musiikin kuuntelulla rauhoittava vaikutus

SEKSUAALINEN KÄYTTÄYTYMINEN

- Huomioi läheisyyden, hellyyden ja huomioiduksi tulemisen tarpeet
- Korosta naisellisuutta/ miehisyyttä pukeutumisessa ja tekemisissä
- Mahdollisuuksien mukaan anna miehen virtsata seisaaltaan
- Ronskitkin jutut sallittuja, jos ei kenellekään haittaa

AGGRESSIIVISUUS

- Tutut asiat ja rutiinit helpottavat sekä tyynnyttävät arkea
- Puhu rauhallisesti ja selitä – muista selkeät ohjeet ja lyhyet lauseet
- Mieti mikä tilanteessa ahdistaa tai suututtaa ja muuta asia
- Perustarpeiden tyydyttäminen – säännöllinen ruokailu, riittävä ruoka ja juoma, säännölliset wc-käynnit ja lepotauot, riittävät yöunet
- Verenpaineen tarkkailu - matala verenpaine voi aiheuttaa aggressiivisuutta
- Riittävä valaistus helpottaa ympäristön hahmottamista

HARHAISUUS

- Kerro asioiden oikea laita, jos harhat häiritsevät ja ahdistavat
- Jos harhoista ei haittaa tai aiheudu vaaraa, älä korjaa – muistisairaalle ne ovat yhtä todellisia kuin kaikki näetty ja koettu
- Moni harha on usein virhetulkinta – ymmärrä, pyri suhtautumaan sekä poistamaan mahdolliset laukaisevat tekijät

MUISTELU

Muistelutyössä korostuu arvostava kohtaaminen, jossa hoitaja on aidosti läsnä, eläytyy muistisairaahan elämäntilanteeseen sekä pysähtyy keskustelemaan ja kuuntelemaan häntä. Vaikka muistelu on menneisyyteen katsomista, se rohkaisee keskustelemaan, kommunikointiin ja vuorovaikutukseen.

Muistelussa lähdetään periaatteesta, että muistisairaahan sanat ovat väylä hänen maailmaansa ja hänen sanomansa sisältää tärkeitä viestejä tästä hetkestä. Tilanne voi olla spontaani tai järjestetty, kertaluontoinen tai säännöllisesti toistuva ja tapahtua kahden kesken tai ryhmässä. Muistisairaahan kanssa voidaan katsella valokuvia tai lehtikuvia, joista voidaan kertoa tai keskustella tai antaa tekemistä, josta hänen tiedetään pitäneen. Myös makuelämykset ovat vahvoja ja herättävät herkästi muistoja, joista voidaan keskustella. Vaikeasti muistisairaiden kanssa muistelun keinona voidaan käyttää lauluja ja lausuttavia riimejä.



MUSIIKKI

Arkisen hoitotyön osana musiikin hoitava ja suunniteltu käyttö tarjoaa muistisairaalle mahdollisuuden henkiseen hyvinvointiin.

Muistisairas potilas on usein sekava ja tarkkaavuuden kohdistaminen on vaikeaa. Musiikki suuntaa tarkkaavuutta, jonka vuoksi sillä on ahdistuneisuutta, masennusta, ärtyneisyyttä ja käyttäytymisen muutoksia lieventäviä vaikutuksia. Samalla se tarjoaa hämmentäväksi koetun ympäristön turvalliseksi tulkitsemisen tunnetta ja positiivisia muistoja tarjoavana kokemuksena rauhoittaa aktivoimalla parasympaattista ja samalla vaimentamalla sympaattista hermostoa.

Musiikkia voidaan käyttää hoitomuotona eri toteuttamistavoilla, kuten laulamalla, soittamalla, improvisoinnilla tai kuuntelemisella. Musiikin käyttö antaa sairastuneelle mahdollisuus kohdata itsensä, muodostaa sairauden edetessä yhteys senhetkiseen sisäiseen ja ulkoiseen maailmaan.

TAIDE. Taideterapian on havaittu vähentävän keskivaikeaa tai vaikeaa muistisairauden vaiheessa masennusta ja samalla parantavan huomiokykyä. Lisäksi sillä on muistia ylläpitävä vaikutus sekä käyttäytymistä rauhoittava vaikutus. Lähtökohtana toiminnassa tulee olla aina muistisairaalan tarpeet. Tilanteen tulee olla mahdollisimman rauhallinen ja ympäristön selkeä että häiriötön, jonka lisäksi hyvä valaistus, riittävän iso pöytä ja mukavat tuolit helpottavat työskentelyä. Muistisairaalan jäljellä olevat kyvyt vaikuttavat välineiden valintaan, sillä välttämättä hän ei muista miten niitä käytetään.



YMPÄRISTÖN HUOMIOIMINEN

Suunnittelemalla elinympäristö selkeäksi, turvalliseksi ja kodinomaiseksi voidaan minimoida muistisairaalan hahmotusvaikeudet ympäristönsä suhteen ja maksimoida viihtyvyys. Mitä paremmin sairastunut pystyy hahmottamaan ympäristöään ja toimimaan siinä, sitä paremmin hän viihtyy hoitolaitoksessa. Kun muistisairas kokee ympäristönsä turvalliseksi esiintyy myös vähemmän haastavaa käyttäytymistä.

Jo pienet ratkaisut ympäristössä ovat osa elämänläheisempää hoitoa vanhusten hoidossa ja niillä voidaan vaikuttaa psyykkiseen hyvinvointiin. Osallisuuden ja toiminnan mahdollisuudet tukevat muistisairaiden hyvinvointia ja elämänlaatua, joiden lisäksi ne vähentävät käyttäytymisen muutosten ilmenemistä.

Haitalliset käyttäytymisen muutokset lisääntyvät tai ovat vaikeimmillaan yleensä juuri alkuyöstä tai pimeään. Auringonlaskuoireyhtymällä tarkoitetaan muistisairaalan käyttäytymisen muutosten, yleensä levottomuuden, kuljeskelun tai sekavuuden, lisääntymistä iltapäivällä tai illalla. Väsyminen voi olla syynä oireiden lisääntymiselle, jolloin muistisairaalan käyttäytymisen säätely pettää.

Kuljeskelu ja levottomuus altistaa vaaratilanteille, jonka vuoksi valojen lisääminen ja mattojen että kynnysten poistaminen on aiheellista. Näkö- ja kuuloharhat ovat yleisempiä heikosta näöstä tai kuulosta kärsivillä muistisairailta. Valon väheneminen altistaa aistiharhoille ja väsynyt hoitaja saattaa lisätä käytösoireita tahtomattaan. Wc-tilojen valojen päälle jättäminen yöllä ja yövalojen käyttö helpottaa muistisairaalan orientoitumista.



LÄÄKEHOITO

Käyttäytymisen muutoksien lääkitsemistä harkitessa on pohdittava kuka oireista kärsii: muistisairas, läheiset vai hoitoyhteisö? Onko muistisairas vaarallinen itselleen tai muille? Etusijalla on aina lääkkeetön hoito: harhoja, joista muistisairas ei kärsi, ei tarvitse hoitaa.

Muistisairaahan käyttäytymisen muutosten lääkehoito on haastavaa ja vaatii kokemusta. Vaikean muistisairas tai lähipiiriä haittaavan käytösoireen hillintään tarvitaan oireenmukaista lääkehoitoa. Lääkettä valittaessa pyritään tunnistamaan ja arvioimaan ”ydinoire” muistisairaahan käyttäytymisen muutoksista. Esimerkiksi äänekkään, aggressiivisen ja levottoman muistisairaahan oireet voivat liittyä pelkoon ja ahdistuneisuuteen, jolloin valitaan näihin vaikuttava lääke. Usean samanaikaisen lääkkeen käyttöön liittyy riskien ja haittavaikutusten moninkertaistuminen, jonka vuoksi pyritään löytämään yksi mahdollisimman tehokas ja suuren osan kattava lääke käytösoireiden hoitoon.

Alzheimerin taudin hoitoon kehitetyt lääkkeet ovat ensisijaisia myös käyttäytymisen muutosten hoidossa. Ne tehoavat myös tiettyihin käytösoireisiin, kuten apatiaan ja levottomuuteen. Kohtalaisen hyvää näyttöä näiden lääkkeiden tehosta on myös muiden, kuten Lewyn kappaletaudin sekä Parkinsonin taudin ja aivoverenkiertohäiriöihin liittyvien muistisairauksien käytösoireiden hoidossa.

Masennusta hoidettaessa ensisijaisia lääkkeitä ovat SSRI-lääkkeet, joiden lisäksi voidaan käyttää esimerkiksi venlafaksiinia ja mirtatsapiinia. Ne ovat tehokkaita myös ahdistuneisuuden, aggressiivisuuden ja univaikeuksien hoidossa.

Psykoosilääkkeitä käytetään aggressiivisuuden, levottomuuden ja psykoosioireiden hoidossa. Ne eivät tehoa kaikkiin käyttäytymisen muutoksiin, kuten tavaroiden keräilyyn, kuljeskeluun, huuteluun, ylikorostuneeseen seksuaalisuuteen tai itsensä vahingoittamiseen. Lääkkeiden tarvetta tulee arvioida säännöllisesti ja pyrkiä rajaamaan sen käyttö mahdollisimman lyhyeen aikajaksoon.

Rauhoittavat vaikuttavat nopeasti kun raju käyttäytymisen muutos halutaan saada nopeasti hallintaan. Muistisairaille käytetään yleensä lyhytvaikutteisia rauhoittavia, kuten oksatsepaamia tai loratsempaania, sillä pitkävaikutteiset kertyvät helposti elimistöön lisäten haittavaikutuksia. Rauhoittaviin liittyy psyykkisen riippuvuuden kehittymisen riski.

LÄHTEET

Alzheimer's Association 2017. Depression and Alzheimer's. Chicago: Alzheimer's Association National Office.
www.alz.org/care/alzheimers-dementia-depression.asp

Beshar 2010. Dementia- ja psykelääkkeiden käyttö dementian käytösoireiden hoidossa. Syventävien opintojen kirjallinen työ. Tampere: Tampereen yliopisto.
tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/77829/gradu04578.pdf?sequence=1

Brendel & Stern 2005. Psychotic Symptoms in the Elderly.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1257410/#i1523-5998-7-5-238-b10>

Brathwaite & Mendiratta 2015. Dementia and Inappropriate Sexual Behavior. Today's Geriatric Medicine Vol. 8 No. 3 P. 26.
www.todaygeriatricmedicine.com/archive/0515p26.shtml

Cerejeira & Lagarto & Mukaetova-Ladinska 2012. Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. The National Center of Biotechnology Information.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3345875/

De Giorgi & Series 2016. Treatment Of Inappropriate Sexual Behavior in Dementia.
www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4980403/

Eloniemi-Sulkava 2010. Käytösoireisen muistipotilaan lääkkeetön hoito. Käypä hoito. Helsinki: Duodecim.
www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01635

Eloniemi-Sulkava, Sulkava & Viramo 1999. Opas lääkäreille ja muulle ammattihenkilöstölle: Dementoiviin sairauksiin liittyvät käytösoireet. Helsinki: Suomen dementiahoitoyhdistys.
www.muistiasiantuntijat.fi/mediafiles/Dementoiviin%20sairauksiin%20liittyvat%20kaytosoireet%20-opas.pdf

Erkinjuntti, Rinne, Alhainen & Soininen, 2011. Muistihäiriöt ja dementia. Kirjassa Soinila, Kaste & Somer 2011. Neurologia, 367-358. Helsinki: Duodecim.

Hallikainen, Mönkäre, Nukari, Forder (toim.) 2014. Muistisairaana kuntouttava hoito. Helsinki: Duodecim.

Hartikainen & Lönnroos 2016. Geriatria – Arvioinnista kuntoutukseen. Helsinki:Edita.

Hietaharju & Nuutila 2010. Käytännön mielenterveystyö. Helsinki: Tammi.

Käypähoito 2017. Muistisairaudet. Duodecim: Helsinki.
www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50044

Käypä hoito 2016. Ohje potilaille ja läheisille: Muistipotilaiden käytösoireet (masennus, ahdistuneisuus, aistiharhat, harha-ajatukset). Helsinki: Duodecim.
www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01592&suositusid=hoi50044

Leinonen 2009. Dementian vaikeiden käytösoireiden lääkehoito. Tampere: Tampereen yliopisto.
www.spsy.org/koulutus/materiaalia/20091008koulutus/Dementian_vaikeiden_kaytosoireiden_laake_hoito.pdf

Lyketsos & Lopez & Fitzpatrick & Breitner & DeKosky 2002. Results of Neuropsychiatric Symptoms in Dementia and Mild Cognitive Impairment. American Medical Association.
[http://homes.mpimf-heidelberg.mpg.de/~mhelmsta/pdf/2002%20DeKosky..%20\[Alzheimer\]%20JAMA.pdf](http://homes.mpimf-heidelberg.mpg.de/~mhelmsta/pdf/2002%20DeKosky..%20[Alzheimer]%20JAMA.pdf)

Mattila & Jousimaa & Laurila 2015. Iäkkään kognitiiviset oireet : toimintakyvyn ylläpito on aina tärkeää. Katsausartikkeli. Duodecim 2015 vol. 131, 599-603.

Muistiliitto 2016. Vaikeat tilanteet. Helsinki: Muistiliitto ry.
www.muistiliitto.fi/fi/muistisairaudet/erityiskysymyksiä/muistisairaahan-ihmisen-kohtaaminen/

Noppari & Kiiltomäki & Pesonen 2007. Mielenterveystyö perusterveydenhuollossa. Helsinki: Tammi.

Rachal 2006. Treating Aggression in Patients With Dementia. Psychiatric Times
www.psychiatrictimes.com/articles/treating-aggression-patients-dementia

Rankanen 2009. Taideterapian asiakkaat ja sovellusalueet. Terveyskirjasto. Helsinki: Duodecim.
www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=onn&p_artikkeli=onn00162#s3

Rayner & O'Brien & Schoenbachler 2006. Behavior Disorders Of Dementia: Recognition and Treatment. American Family Psysician. Viitattu 13.3.2017.
www.aafp.org/afp/2006/0215/p647.html

Saarenheimo 2003. Vanhuus ja mielenterveys – Arkielämän näkökulma. Helsinki: WSOY.

Salmenperä & Tuli & Virta (toim.) 2002. Neurologisen ja neurokirurgisen potilaan hoitotyö. Helsinki: Tammi.

Sihvonen & Leo & Särkämö & Soinila 2014. Musiikin vaikuttavuus aivojen kuntoutuksessa. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 2014;130(18):1852-60. Helsinki: Duodecim.
www.duodecimlehti.fi/lehti/2014/18/duo11845

Sipola 2010. Validaatio – tunteiden kuuntelu.
satumaiset.files.wordpress.com/2010/12/validaatio_tunteiden_kuuntelu1.pdf

Strandberg 2013. Alzheimerin taudin nonkognitiiviset oireet (Suomen lääkärilehti 25/97). Gernet.
www.gernet.fi/artikkelit/1292/alzheimerin-taudin-nonkognitiiviset-oireet-suomen-laakarilehti-25-97

Stenberg 2010. Muistelu vuorovaikutusmenetelmänä. Helsinki: Ikäinstituutti 2015.
www.ikainstituutti.fi/content/uploads/2016/08/muistelu-vuorovaikutusmenetelm%C3%A4n%C3%A4.pdf