

DEMENTIAAN LIITTYVÄT KÄYTÖSOIREET

**Risto Vataja, LL, neurologian ja psykiatrian erikoislääkäri,
Muistikeskus Helsinki-Bulevardi**

Dementiaan liittyy muistihäiriöiden lisäksi valtaosalla potilaista jossakin dementia-sairauden vaiheessa psyykkisiä häiriöitä, joita kutsutaan käytösoireiksi. Tavallisimpia käytösoireita ja niiden yleisyyttä dementiapotilailla on kuvattu taulukossa 1.

Käytösoireita esiintyy niin lievästi kuin vaikeastikin dementoituneilla henkilöillä. Oireita on yleensä vähemmän kotihoidossa kuin laitoshoidossa olevilla potilailla.

Käytösoireiden merkitys potilaiden, hoitajien ja yhteiskunnan kannalta on tutkimusten mukaan suuri. Vaikka dementiapotilaiden toimintakykyä rajoittavat sekä kognitiiviset ("älylliset") oireet että käytösoireet, ovat omaisten uupumisen ja potilaan laitoshoitoon joutumisen kannalta juuri käytösoireet kognitiivisia oireita merkittävämpiä.

Käytösoireita oikein hoitamalla suurinta osaa potilaista ja heidän omaisistaan voidaan merkittävästi auttaa.

Käytösoireita esiintyy kaikissa dementoivissa sairauksissa, mutta joissakin dementiamuodoissa ne ovat erityisen tavallisia. Esimerkiksi Lewyn-kappale -taudissa jo hyvin varhain ilmaantuvat näköharhat ja mielialamuutokset ovat tyypillisiä, ja otsa-ohimolohkodementioissa persoonallisuuden ja käyttäytymisen muutokset kuten impulsiivisuus, apatia, estottomuus tai arvostelukyvyn puute edeltävät usein kognitiivisia muutoksia. Aivoverenkiertohäiriöihin liittyvälle dementialle on tyypillistä vaikeampi depressio ja apatiaoireisto, kun taas Alzheimerin taudissa depressio on usein lievää.

Aivojen rappeutumiseen liittyvän käyttäytymistä säätelevien hermoratojen vaurioitumisen ja näiden hermoratojen toiminnan kannalta tärkeiden ns. välittäjäaineiden toiminnan muutosten uskotaan olevan käytösoireiden taustalla. Toisaalta myös psykologiset ja sosiaaliset tekijät kuten turvattomuus, huoli omasta terveydestä, ihmissuhdeongelmat jne. voivat vaikuttaa paljon käytösoireiden syntyyn. Kuten muidenkin psyykkisten häiriöiden, myös käytösoireiden syyt ovat siten monitekijäiset.

Erilaisia käytösoireita

Masennus voi olla dementian ensimmäinen oire. Toisaalta vaikeasti masentuneilla potilailla on myös huomattavia kognitiivisia ongelmia, jotka korjautuvat depression asianmukaisella hoitamisella. Masennuksen havaitseminen voi joskus olla vaikeata, koska dementiapotilaat eivät kykene tunteitaan verbaalisesti hyvin ilmaisemaan. Dementiaan sinänsä voi liittyä laihtumista ja ruokahaluttomuutta, keskittymisvaikeutta ym., mikä voi johtaa väärään depressiodiagnoosiin. Muita dementiapotilaan masennuksen tyypillisiä oireita ovat surullinen olemus, itkuisuus, ärtyneisyys, motoriikan hidastuminen, mielenkiinnon väheneminen, tai epämääräiset huolet ja valitukset.

Levottomuudella tarkoitetaan epätarkoituksenmukaista aggressiivista, motorista tai äänekkästä käyttäytymistä. Lyöminen, tarttuminen, esineiden heittäminen, keräily, huutaminen tai vaeltaminen ovat tyypillisiä levottomuusoireita. Levottomuuden syyinä voi olla potilaan kannalta mielekäs syy kuten kipu, huono olo, suru tai masennus, jota hoitajien on vaikeata tunnistaa ja jota potilas ei kykene ilmaisemaan. Aggressiivinen käyttäytyminen on erityisen tyypillistä hoitotilanteissa, kun potilaita avustetaan pesuissa, pukemisissa jne.

Ahdistuneisuus on tavallinen dementiapotilaita vaivaava psykiatrinen häiriö. Se on usein jatkuvaa, levotonta, huolestunutta, kireää tai pelokasta oloa, joka voi kohtauksittain yltyä paniikiksi. Tyypillisiä dementiapotilaita ahdistavia tilanteita ovat jonkin tapahtuman odottelu, esimerkiksi lääkärin vastaanottoa edeltävä päivä, tai omaisen poistuessa kotoa ostoksille tai töihin.

Kuulo- ja näköharhat sekä harhaluulot ovat tavallisia dementiapotilailla. Ne ovat erityisen tavallisia dementiapotilailla, joilla on heikko näkö tai kuulo. Tehokas ei-lääkkeellinen aistiharhojen hoitotapa onkin joko kohentaa aistien toimintaa esimerkiksi kaihileikkauksella tai muuttaa ympäristöä selkeämmin aistittavaksi esimerkiksi huolehtimalla hyvästä valaistuksesta. Dementiapotilaiden harhaluulot taas liittyvät usein epäilyihin tavaroiden varastamisesta tai puolison uskottomuudesta.

Samoin kuin masennus, myös harhaluuloisuus voi olla dementian ensimmäinen oire joka alkaa jo ennen muistihäiriötä.

Väärintunnistamiseksi kutsutaan häiriötä, jonka seurauksena dementiapotilas tulkitsee näkemänsä tai kuulemansa asiat väärällä tavalla. Hän saattaa esimerkiksi kuvitella peilissä näkyvän hahmon todelliseksi ihmiseksi; tai että tutut henkilöt ovat vaihtuneet toisiksi; tai että oma koti ei olekaan oma koti.

Tietyt persoonallisuuspiirteet kuten saituus, epäluuloisuus tai pelokkuus saattavat korostua dementian edetessä. Toisinaan luonteen muuttumiseen voi liittyä arvostelukyvyn heikentyminen, johon liittyy esimerkiksi kiusallista estottomuutta tai epäsopivaa käyttäytymistä. Käyttäytyminen voi muuttua korostuneen seksuaaliseksi, tai voi ilmaantua ruoan ahmimista tai esineiden suuhun panemista.

Noin puolet kotihoidossa olevista Alzheimerin tautia sairastavista henkilöistä kärsii unihäiriöistä kuten yöllisestä levottomuudesta tai valvomisesta. Dementiapotilaiden unihäiriöt ovatkin psykoottisten oireiden ja levottomuusoireiden ohella tärkeimpiä laitoshoitoon johtavia käytösoireita.

Unihäiriöt voivat esiintyä itsenäisinäkin käytösoireina, mutta tavallisesti niiden taustalla on ahdistuneisuus, depressio tai levottomuusoireisto. Myös somaattiset sairaudet tai kivut voivat olla unihäiriöiden taustalla. Epäonnistunut unilääkitys voi pahentaa ongelmaa. Lyhytvaikutteiset unilääkkeet saattavat johtaa aamuyön heräämiseen ja liian pitkävaikutteiset unilääkkeet nukuttavat vielä päivälläkin, niin että potilaat ovat alkuyöstä pirteimmillään.

Dementiapotilaiden käytösoireet lisääntyvät yleensä iltaa ja yötä kohden. Tämän syynä voi olla potilaiden ”sisäisen kellon” vaurioituminen dementian seurauksena mutta myös hoitoympäristön hiljeneminen ja valon väheneminen.

Käyttöoireiden hoito

Käyttöoireiden hoidon kannalta on tärkeitä pyrkiä ymmärtämään oireen syy. Joskus taustalla voi olla kipu, tulehdus tai muu fyysinen syy jonka toteaminen ja hoitaminen poistaa myös käyttöoireen. Samaten sopimaton lääkitys voi sivuvaikutuksena lisätä käyttöoireita. Hoitoympäristön levottomuus, tai esimerkiksi omaishoitajan sairaus tai masennus voi heijastua myös potilaan käyttöoireena.

Lievien käyttöoireiden hoidoksi voi riittää oireiston tunnistaminen ja mieltäminen, ja asianmukaisen tiedon antaminen potilaan omaisille tai hoitajille. Joskus ympäristöön vaikuttaminen, esimerkiksi virikkeiden lisääminen tai vähentäminen auttaa. Usein joudutaan kuitenkin turvautumaan lääkehoitoon.

Käyttöoireiden lääkehoidossa käytetään samoja lääkkeitä, joita myös eidementoituneiden potilaiden psyykkisten häiriöiden hoitamisessa käytetään. Lääkkeiden arvelleen vaikuttavan aivojen ns. välittäjäaineiden kuten serotoniinin, dopamiinin ja asetyylikoliinin toimintaa korjaavasti.

Masennuslääkkeitä (kuten Cipramil, Zoloft, Fevarin, Seroxat, Remeron, Efexor jne.) käytetään masennuksen ja ahdistuneisuuden hoitoon. Masennuslääkkeitä tulee käyttää säännöllisesti, sillä ne eivät auta lainkaan tarvittavana käytettäessä. Niillä on usein vähän sivuvaikutuksia, joista tavallisin lienee hoidon alussa esiintyvä lievä kuvotus tai pahoinvointi, joka muutamassa päivässä väistyy.

Ahdistuneisuuslääkkeitä (kuten Oxepam, Temesta tai Diapam) käytetään levottomuuden ja ahdistuneisuuden hoitoon, mieluiten vain lyhyitä aikoja tai tarvittavina käytettäväksi. Ahdistuneisuuslääkkeet voivat säännöllisesti käytettyinä joskus vaikuttaa muistia tilapäisesti huonontavasti tai lisätä tasapainovaikeuksia tai sekavuutta. Toisaalta oikein ja sopivina annoksina käytettynä niistä voi olla ratkaisevaa apua kotiselviytymisen tukemisessa.

Psykoosilääkkeet (kuten Risperdal, Zyprexa, Seroquel tai Serenase) auttavat vaikeaan levottomuuteen tai harhoihin ja harhaluuloihin. Näiden lääkkeiden käyttö vaatii lääkärin erityisen huolellista seuranta, sillä dementiapotilaille voi jo suhteellisen pienilläkin annoksilla tulla sivuvaikutuksena liikunnan kömpelöitymistä, vapinaa, hidastumista, apatian lisääntymistä tai ajattelukyvyyn heikentymistä. Toisaalta nämäkin lääkkeet oikein käytettyinä ovat turvallisia ja usein korvaamattomia.

Alzheimerin taudin oireenmukaiseen hoitoon tarkoitettut uudet lääkkeet (kuten Reminyl, Aricept tai Exelon) auttavat toisinaan myös käytösoireisiin muillakin kuin Alzheimerin tautia sairastavilla dementiapotilailla. Koska näitä lääkkeitä käyttämällä voidaan vaikuttaa käytösoireiden lisäksi myös itse perussairauden kulkuun, ovat ne erityisen suositeltavia Alzheimerin taudin, vaskulaarisen demencian ja Lewyn kappale - taudin aiheuttamien käytösoireiden hoidossa.

Taulukko 1. Tavallisia käytösoireita ja arvioita niiden yleisyydestä dementiapotilailla

Masennus	20-80%
Apatia	20-90%
Levottomuus (agitaatio)	20-75%
Ahdistuneisuus	20-50%
Psykoottiset oireet	5-75%
Persoonallisuuden muuttuminen	50-90%
Uni- ja valverytmin häiriöt	60-70%
Seksuaaliset käytösoireet	10-15%
Syömishäiriöt	30%

Kirjallisuutta

Erkinjuntti T., Rinne J., Alhainen K., Soininen H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia. Kustannus OY Duodecim 2001, Helsinki.

Suomen muistitutkimusyksiköiden asiantuntijatyöryhmä. Dementiapotilaiden käytösoireet. Suomen lääkärilehti 2001;2:169-175.

Suomen muistitutkimusyksiköiden asiantuntijatyöryhmä. Dementiaan liittyvien käytösoireiden lääkehoito. Suomen lääkärilehti 2001;3:277-283.