



ADHD-, Asperger- ja bipolaari- oireyhtymien erityispiirteet vanhusväestössä

Johanna Ojala¹ ja Aila Pikkarainen²

¹Kliinisen lääketieteen yksikkö/ Neurologia, Itä-Suomen yliopisto

²Hyvinvointiyksikkö, Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Kirjallisuuskatsauksessa tarkastellaan vanhusväestössä esiintyvien ADHD- ja Asperger-oireyhtymien sekä kaksisuuntaisen mielialahäiriön erityispiirteitä. Artikkelin lähdemateriaali on koottu pääosin kotimaisesta ja kansainvälisestä kirjallisuudesta sekä suomalaisista opinnäytetöistä. Lähdemateriaalin koonnin ongelmana on ollut luotettavien tutkimusten ja opinnäytetöiden vähäisyys sekä käytettyjen asiakasaineistojen pienuus ja hajanaisuus, minkä vuoksi aineistoa on täydennetty aiheeseen liittyvillä kotimaisten ja kansainvälisten luotettavana pidettyjen www-sivustojen materiaaleilla. Koottua materiaalia on analysoitu suhteessa kansainvälisiin tutkimuksiin. Tuloksissa kuvataan ikääntyneiden asiakkaiden tyypillisiä ADHD- ja Asperger-oireita, bipolaarisuuden erityishaasteita sekä näiden asiakasryhmien hoitoon ja kuntoutukseen soveltuvia toimintatapoja. Vanhuspalveluissa tarvitaan lisää tutkittua ja luotettavaa tietoa näistä erityisoireista ja -piirteistä, jotta näihin erityisryhmiin kuuluvat ikääntyneet ihmiset saavat paremmin erityispiirteitä huomioivaa, laadukasta ja hyvää hoitoa sekä kuntoutusta.

Johdanto

Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on lisätä tietoisuutta vanhusväestön ADHD- ja Asperger-oireyhtymistä sekä kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä. Aihe on ajankohtainen ja tärkeä, koska ADHD- ja Asperger-oireyhtymät liitetään yleensä vain lapsuuteen ja nuoruuteen, ja vastaavasti bipolaarinen mielialahäiriö (BP) voidaan sekoittaa näihin neuropsykiatrisiin oireisiin. Vanhuspalveluissa tarvitaankin lisää tietoa näistä erityisoireista ja -piirteistä, jotta

näihin erityisryhmiin kuuluvat ikääntyneet ihmiset saavat laadukasta ja hyvää hoitoa sekä kuntoutusta.

Ikääntymisen myötä neuropsykiatristen sairauksien ja oireiden ominaispiirteet muuttuvat. Ikääntyneen ihmisen kasautuvat tai kärjistyvät ongelmat saatetaan yhdistää esimerkiksi alkaviin muistisairauksiin huomioimatta, että taustalla voi olla diagnosoimaton ja läpi elämänkulun esiintynyt yksilöllinen erityispiirre tai sairaus. Sosiaali- ja terveysalalla työskentelevien tulisi kyetä tunnistamaan näiden usein

poikkeavasti käyttäytyvien iäkkäiden asiakkaiden ja myös heidän perheidensä ohjauksen ja tuen tarpeet erilaisissa asiakastilanteissa.

Asiakkaat perheineen tarvitsevat oikeanlaisia lähestymistapaa arjen ongelmiinsa. Näissä kotihoidon, asumispalvelujen tai laitoshoidon asiakastilanteissa ja asiakkaiden perheissä tarvitaan tukea, ymmärtämistä ja hoitoa ilman virallisia diagnoosejakin. Katsauksessa kuvataan ikääntyneiden asiakkaiden tyypillisiä ADHD- ja Asperger-oireita sekä bipolaarisuuteen liittyviä erityishaasteita. Lisäksi katsauksessa kuvataan näiden asiakasryhmien hoitoon ja kuntoutukseen soveltuvia toimintatapoja. Artikkelissa käytetään käsitteitä *ikääntynyt* tai *vanhus* riippuen käytetystä lähteestä tai asiayhteydestä.

Aineisto

Tämän katsausartikkelin lähdemateriaali on koottu kotimaisesta ja kansainvälisestä kirjallisuudesta, suomalaisista opinnäytetöistä sekä kotimaisilta ja kansainvälisiltä AS-, ADHD- ja BP -www-sivustoilta. Lähteiden koonnin ongelmana on ollut tutkimusten ja opinnäytetöiden vähäisyys sekä käytettyjen asiakasaineistojen pienuus ja hajanaisuus, minkä vuoksi aineistoa onkin täydennetty aiheeseen liittyvillä kansainvälisten www-sivustojen materiaaleilla. Koottua materiaalia on analysoitu suhteessa kansainvälisiin tutkimuksiin. Opinnäytetöiden sekä kotimaisten ja kansainvälisten www-sivustojen ansioina on niiden käytännönläheisyys sekä ongelmien ratkaisukeskeisyys. Erityisvanhukset ovat tärkeä ja myös ajankohtainen aihe vanhusväestön määrän kasvaessa sekä kotona asumisen ja omaishoitajuuden lisääntyessä. Tämä ajankohtainen ja haasteellinen aihe vaatisi laajempaa käytännön tutkimusta Suomessa. Tutkimuksissa tulisi kartoittaa erityisesti asiakkaiden sekä heidän lähiomaistensa ja hoitohenkilökunnan kokemuksia arjen haasteista ja kehittää yksilöllisiä hoito- ja kuntoutuspalveluita.

ADHD-oireyhtymä

ADHD (Attention deficiency/ hyperactivity disorder) on perinnöllinen neurobiologinen aivojen käyttäytymistä säätelevän toiminnan ohjauksen eli tiedonkäsittelyn häiriö (Alemany ym. 2015). Maailmanlaajuisesti ADHD:n yleisyys on lapsilla noin 5 prosenttia ja ikääntyneillä ihmisillä (keski-ikä 71 vuotta) esiintyvyys on noin 2,8 prosenttia (Michielsen ym. 2012; Kettunen 2014; Sobanski, 2014). ADHD-diagnosointia on tehty lapsille 1980-luvulta lähtien, mutta usein vasta oman lapsen tai lapsenlapsen diagnoosi voi herättää vanhemmassa tai isovanhemmassa epäilyksen omasta ADHD:stä. Oireet yleensä lievenevät ihmisen aikuistuessa ja oman kontrollin sekä piilottamistapojen kehittyessä – oireet eivät kuitenkaan katoa. Aivojen ikääntymismuutosten myötä ADHD-vanhusten oireet voivat myös voimistua. Oireet voivat sekoittua myös muistisairauksien oireisiin, persoonallisuushäiriöihin tai joihinkin psykiatriisiin tiloihin. Laadukkaan erotusdiagnoosiin tarvitaan kasvaakin ikääntyneillä (Guldborg-Kjär ja Johansson 2009). Aikuisille ja ikääntyneille on ryhdytty kehittämään diagnosointiin tarvittavia testistöjä vasta aivan viime vuosina.

Vanhusten ADHD-oireista on vain vähän tutkimustietoa. Yleisesti heidän perustoiminnoissaan (basic activities of daily living, BADL) ja kognitiivisissa toiminnoissaan näyttäisi olevan puutteita. Välineellinen toimintakyky (instrumental activities of daily living, IADL) voi myös olla heikentynyttä. (Kessler 2006; Kettunen 2014; Soikka 2015). ADHD-vanhuksilla on usein huono elämänhallinta, enemmän neuroottisuutta, masennusoireita ja sosiaalisia ongelmia. Yksin asuminen, yksinäisyys, erakoituminen, päihdeongelmat ja muut riippuvuudet ovat heille tyypillisiä. Avioeroriski on myös suurentunut, ja erityisesti ADHD-naisilla voi olla ongelmalliset suhteet lapsiinsa. (Semeijn ym. 2013b, 2015; Michielsen ym. 2014, 2015; Guldborg-Kjär

ja Johansson 2015). ADHD-vanhus on usein myös kyvytön arvioimaan oman toimintansa seurauksia tai henkisten ja fyysisten voimavarojensa riittävyyttä arkisissakin tilanteissa (Kettunen 2014; Sobanski 2014). Yleensä näillä vanhuksilla näyttäisi olevan myös enemmän kroonisia fyysisiä sairauksia, ja lisäksi heidän sairautentuntonsa on huonompi kuin vastavia kroonisia sairauksia sairastavilla vanhuksilla. ADHD-vanhuksen itsetunto on usein merkittävästi alentunut ja välttämiskäyttäytyminen on tavallista, mikä voi johtua lukuisista elämänkulun aikaisista epäonnistumisen kokemuksista. (Guldberg-Kjär ja Johansson 2013; Semeijn ym. 2013a; Michielsens ym. 2014, 2015.)

Unohtelu on yksi ADHD:n tavanomaisen oire, mutta se voi myös olla merkki alkavasta muistisairaudesta. ADHD ei kuitenkaan näyttäisi suoraan lisäävän alttiutta sairastua Alzheimerin tautiin (Ivanchak ym. 2011), mutta sillä voi olla vaikutusta epäsuorasti muistisairauden kehittymiseen muiden altistavien tekijöiden kuten epäterveiden elämäntapojen vuoksi (Ivanchak ym. 2012). ADHD:n ja Lewyn kappale -dementian, Parkinsonin taudin sekä otsa-ohimolohkodementian (FTD) välillä saattaa kuitenkin olla yhteyttä dopamiini-välittäjäaineen muutosten takia (Ivanchak ym. 2012).

Oikeanlainen ADHD:n hoito voi vähentää iäkkäiden psykiatrasta oireilua. Lääkkeinä yleisesti käytetyt psykostimulantit, erityisesti dopamiinin ja noradrenaliinin pitoisuutta ja vaikutuksen kestoa lisäävät metyylifenidaatti ja atomoksetiini, aktivoivat aivojen prefrontaali-alueetta parantaen ihmisen kontrollikykyä ja tasapainottaen aivotoimintoja. Vaikka ADHD:n lääkehoito ei näytä lisäävän päihdehäiriön kehittymisen riskiä (Korkeila ja Tani 2005; Koski ja Leppämäki 2013; Kettunen 2014), vanhuksilla nämä yleisesti käytetyt stimulantit voivat olla haitallisia, sillä ne voivat pahentaa mahdollisia sydänongelmia lisäten erityisesti sydämen rytmihäiriöitä sekä nostaa verenpainetta. (Kettunen 2014). Toisaalta ADHD:n asianmukainen lääkehoito voi edistää samanaikai-

sesti annetun kuntoutuksen vaikuttavuutta. Kaiken kaikkiaan diagnosoinnin tarkentuessa sekä hoidon ja kuntoutuksen kehittyessä voidaan tämän asiakasryhmän kuolleisuusriskiä nuoruuden ja aikuisuuden elämänvaiheissa ennakoida ja vähentää. Samalla iäkkäiden ADHD-vanhusten määrä tulee nousemaan, mikä vaatii heidän erityistarpeidensa aktiivista kehittämistä osana monipuolisia vanhuspalveluita.

Aspergerin oireyhtymä

Aspergerin oireyhtymä (AS) tuli yleiseen tietoisuuteen vasta vuonna 1981 (Wing 1981). Riippuen käytetyistä kriteereistä AS esiintyvyyden on 1,7–2,9 lapsella tuhatta lasta kohden, mikä tarkoittaa, että myös vanhusväestössä AS on melko yleinen. Useimmilla AS-oireisilla iäkkäillä ei kuitenkaan ole tarkkaa diagnoosia tai hoitoa, vaan iäkkäillä itsellään tai heidän lähiomaisillaan on syntynyt AS-epäily haasteellisten elämäntilanteiden ja arjen ongelmien vuoksi. Diagnoosin puutteen ja vähäisen tutkimuksen vuoksi AS-oireisista vanhuksista kuitenkin tiedetään sängen niukasti. Erityisesti iäkkäistä AS-naisista on hyvin vähän tutkimustietoa (James ym. 2006), koska AS ajatellaan olevan lähinnä miesten oireyhtymä (Baron-Cohen ja Wheelwright 2003). AS-oireiden voidaan kuitenkin olettaa olevan läpielämän melko pysyviä. Kaiken kaikkiaan oireiden muutoksista elämänkulun aikana tiedetään vähän. Niissä tilanteissa, joissa iäkkään käytös ja persoonallisuus muuttuvat selvästi aikaisemmasta, saattaa kyseessä olla pikemminkin alkava aivosairaus ensioireineen kuin diagnosoimaton Aspergerin oireyhtymä.

AS-epäilyn herätessä, osa iäkkäistä haluaisi saada varsinaisen diagnoosin, mutta osa heistä ei koe sitä tarpeelliseksi. Moni omainen haluaisi kuitenkin saada syyn läheisensä poikkeavalle käytökselle, sillä vanhus itse voi olla kyvytön havaitsemaan AS-oireitaan tai hallitsemaan niitä. Käyttöoireet arjen eri tilanteissa johtuvat usein ikääntyneen turhautumises-

ta, mitä ulkopuoliset eivät tunnista tai kykene hahmottamaan. Vähitellen AS-ihmisen erikoinen käyttäytyminen saattaa johtaa erakoitumiseen ja yksinäisyyteen, jolloin hän itse joutuu eräänlaiseen uhrin asemaan ja alttiiksi jopa hyväksikäytölle (James ym. 2006).

AS-miehiä pidetään usein ärtyneinä, hankalina ja itsekeskeisinä ihmisinä, joiden käytös on kömpelöä ja töksähtävää. Tuntohäiriöt ovat heillä tavallisia, mikä voi ilmetä esimerkiksi fyysisen koskettamisen karttamisena sekä vaatteiden saumojen ja lappujen ihokosketuksen aiheuttamina ongelmina. Kuuloherkkyys puolestaan näyttytyy usein heidän ärtyneisyytenä melussa tai musiikkia sisältävissä ympäristöissä. Ihmisjoukossa olemisen voikin olla AS-ihmisille hyvin hankalaa erilaisten meluärsykkeiden ja tungoksessa koettujen kosketuskontaktien vuoksi. Tavallista on myös pysyvä erityiskiinnostuksen kohde, mikä ilmenee usein kokoelmina ja suurena tietomääränä valikoituneista kiinnostuksen kohteista. AS-ihmisen puhe on usein omasta erityiskiinnostuksesta lähtevää ja toisten tarpeita huomioimatonta sekä omien ilmaisujen ja sanavalintojen seurausten ymmärtämättömyyttä. Hän voi myös valikoida, kenelle hän puhuu – esimerkiksi vain niille, joista hän pitää. Kanssakäymistä voivat myös häiritä sosiaaliseen tilanteeseen sopimattomat jäykät ja itseluodut käyttäytymissäännöt. Yleensä AS-ihmisellä on kuitenkin halu kanssakäymiseen muiden ihmisten kanssa. Vaikka hän käyttää usein hyväkseen lähipiirinsä ihmisiä, se ei ole hänen tarkoituksensa. Käyttäytymisensä vuoksi hän voi pitää itseään huonona, mutta hän ei kuitenkaan koe voivansa tehdä käytökselleen mitään. Hän päätyykin usein puolustuskannalle ilman selittävää syytä. Esimerkiksi hän voi valehdella välttääkseen itselle epämiellyttäviä tilanteita ja syytellä muita suojellakseen itsetuntoaan. Monet AS-miehet erakoituvat välttääkseen hankalia ihmissuhteita, kiusaamista ja syrjäyttämistä. (James ym. 2006; Ahola 2012; Kallio-Laine 2013; Männikkö ja Rinta-Porkkunen 2015; [www.healthguide-info.com/aspergers-syndro-](http://www.healthguide-info.com/aspergers-syndro)

me/p120330/; www.dailymail.co.uk/health/article-2154689/Husband-right-old-grump-Aspergers-Thousands-realising.html.)

AS-oireet yleensä vähenevät aikuisuudessa, mutta AS harvoin katoaa täysin. Vanhuudessa oireisto voi jopa muistuttaa varhaislapsuuden vastaavia toimintatapoja (Attwood 2003). Puolisoiden havainnot tukevat tätä havaintoa. Ikääntymisen myötä AS-vanhuksen pakonomaiset toiminnot saattavat lisääntyä, jolloin esimerkiksi hänen rutiiniensa ja erityiskoh-teeseen liittyvien toimintojensa häiritseminen saattavat hermostuttaa ja agitoida hänet hyvin nopeasti pahantuuliseksi ja räjähdysalttiiksi. (www.theneurotypical.com/does-asd-get-worse-with-age.html). Nämä havainnot vaativat kuitenkin lisätutkimuksia ja vahvistusta suuremmilla aineistoilla. Toisaalta AS:ään voi liittyä myös samanaikaisesti esiintyvä psykiatrisia häiriöitä, joista tavallisimpia ovat depressio, pakko-oireinen häiriö ja lyhytaikaiset psyykoottiset reaktiot. Nämä puolestaan korostavat AS-piirteitä ja heikentävät toimintakykyä entisestään (Tani ym. 2004; Kallio-Laine 2013). AS voidaan myös sekoittaa käytösoireiseen frontotemporaali-dementiaan (FTD) (Midorikawa ja Kawamura 2012; Baez ja Ibanez 2014) etenkin silloin, jos iäkästä ihmistä ei tunneta pidemmältä elämäkulun ajalta.

AS-diagnoosin saaminen voikin helpottaa ja vähentää arjen ongelmia, sillä diagnoosi voi tuoda ymmärrystä niin itse vanhukselle kuin hänen läheisilleen sekä helpottaa ikääntyvää AS-asiakasta hoitavia työntekijöitä. Kun AS-asiakkaan toimintakyky ja arjessa selviytyminen heikentyvät niin, että omasta kodista muuttaminen palvelutaloon tulee ajankohtaiseksi, tietoisuus vanhuksen erityispiirteistä auttaa ennakkoimaan muuttoon liittyviä haasteita. Samalla voidaan edistää ja tukea hänen yksilöllistä kotiutumistaan palvelutaloon. Kaiken kaikkiaan laitokseen muuttaminen ja laitoksessa asuminen näyttäisivät olevan AS-asiakkaille erityisen haasteellisia tilanteita, joista seuraa heillä usein merkittäviä sopeutumisen- ja käytösongelmia (Männikkö ja Rinta-Porkkunen 2015). Tieto

vanhuksen erityispiirteistä auttaa hänelle parhaiten soveltuvan asuinpaikan ja hoitoympäristön löytämistä. Asuin- ja hoitopaikan tulisi olla sellainen, jossa hänelle pystytään luomaan mahdollisimman yksilöllinen ympäristö hänelle soveltuvine arkirutiineineen. Lisäksi henkilöstön tulee kehittää omaan toimintaansa taroituksenmukaiset ohjaus- ja vuorovaikutustavat AS-vanhuksen kanssa. Samalla pystytään huomioimaan asuinyksikön muiden asukkaiden tarpeet, ennakoimaan ja estämään muiden asukkaiden ja AS-vanhusten keskinäisiä ristiriitoja sekä luomaan kaikille toimivat arjen rutiinit ja rauhallinen asuinympäristö.

Kaksisuuntainen mielialahäiriö

Tietämys vanhusten kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä (BP) ja sen lääkehoidosta ovat toistaiseksi vajavaisia. (Aziz ym. 2006; Schouws ym. 2015; www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50076). Myös arvioinnit sen esiintyvyydestä vanhusväestössä vaihtelevat. BP-vanhuksia on arvioitu olevan 0,1–0,5 prosenttia koko vanhusväestöstä (Koponen ym. 2015) ja 4–17 prosenttia psykiatrisista ongelmista kärsivistä vanhuksista. Lisäksi suurin osa heistä näyttäisi olevan naisia. Tosin BP-vanhusten määrän oletetaan kasvavan johtuen osittain diagnostiikan paranemisesta. (Nivoli ym. 2014; vrt. Koponen ym. 2015). Vaikka vanhuksilla on usein tulkinnanvaraisia masennusoireita, masennus ja mania eivät kuulu normaaliin vanhenemiseen. Toisaalta BP:stä kärsivät vanhukset eivät kuitenkaan välttämättä osoita klassisia manian piirteitä, vaan mania voi olla muuntunut ylettömäksi iloksi, rauhattomuudeksi ja/ tai ärsyntyvyydeksi (www.primarypsychiatry.com/bipolar-disorder-in-late-life-mania/). Muita tavallisia BP-oireita yli 60-vuotiailla ovat keskittymiskyvyn puuttuminen ja hajamielisyys, hämmennys, hyperaktiivisuus ja psykoosi (Taulukko 1). Nämä kaikki psykoosia lukuun ottamatta voivat liittyä myös ADHD:hen ja AS:ään, jotka molemmat voivat olla myös BP:n liitännäissairauksia

(Dols ym. 2014; Vannucchi 2014). ADHD:n hoidossa käytetyt neurostimulantit ovat haitallisia BP-potilaille, sillä nämä lääkkeet lisäävät impulsiivisuutta. (Sajatovic ym. 2013).

BP:hen voi sairastua missä iässä tahansa ja noin 10 prosenttia uusista tapauksista todetaan yli 50-vuotiailla (Depp ja Jeste 2004). BP-vanhuksien kunto voi olla hyvin vaihteleva riippuen sairauden kestoista (early onset BP, <50-v. (EOBP) vs. late onset BP, >50-v. (LOBP)), taudin vakavuusasteesta sekä lääkityksen onnistumisesta. Hoitamaton BP useimmiten pahenee ajan kuluessa (Gildengers ym. 2013), ja osa yli 50-vuotiailla todetuista BP-tapauksista voi tulla diagnosoiduksi juuri tämän takia. LOBP:lle voi kuitenkin altistaa myös erilaiset stressitekijät ja varsinkin silloin, jos ihmisellä on perinnöllinen alttius BP:hen (Thesing ym. 2015).

Yleisesti tiedetään, että ikääntyessä BP-asiakkaiden maniat vähenevät ja depressiot yleistyvät. Ikääntyneillä nämä harvenevat manivaiheet saattavat ilmetä myös enemmänkin ärtyneisyytenä kuin euforisuutena (Koponen ym. 2015). BP-vanhuksilla depressio- ja manivaiheet voivat olla myös samanaikaisesti, jolloin vanhus on sekä herkästi ärsyntyvä että masentunut (Azorin ym. 2013; Swann ym. 2013; www.everydayhealth.com/bipolar-disorder/bipolar-disorder-in-seniors.aspx). Näissä tapauksissa tulee kuitenkin muistaa, että taustalla voi olla myös alkava muistisairaus hermokudosvaurioineen (Gildengers ym. 2013).

Vanhus erityisasiakkaana

Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen sekä kuntoutus kuuluvat tasa-arvoperiaatteen mukaisesti myös poikkeavasti käyttäytyville ja mielenterveysongelmallisille vanhuksille. Diagnoisimattomista, hoitamattomista tai alihoidetuista oireyhtymistä ja/ tai mielenterveysongelmista kärsivät ovat esimerkiksi tavallista useammin kokeneet pitkiä työttömyysjaksoja ja ovat – tai ovat olleet – päihteistä riippuvaisia.

Näiden seurauksena heillä on usein taloudellisia ongelmia, syrjäytymistä, huonot asumisolot ja epäsuotuisa ravitsemus. Näistä voi seurata toimeentulo-ongelmia ja ulkopuolista avuntarvetta. Nämä erilaiset kasautuvat ongelmat ja niiden yhteisvaikutusten tulevat kärjistetyksi esille juuri vanhuuden ikävaiheessa.

Sosiaali- ja terveyspalvelujen käytön näkökulmasta nämä erityisvanhukset voivat olla hyvin haastavia asiakkaita. Vaikka monet heistä eivät halua oireilleen diagnoosia leimautumisen pelon vuoksi, oikea diagnoosi auttaa läheisiä ja työntekijöitä ymmärtämään heidän käytöstään ja oireitaan. Tämä puolestaan helpottaa arjen tilanteissa selviytymistä ja yhtenevistä toimintatavoista neuvottelua ja sopimista. Samalla saadaan tietoa henkilön vahvuuksista, kyvyistä ja mahdollisuuksista, jotka puolestaan antavat mahdollisuuden asiakaslähtöiselle tuelle, hoidolle ja kuntoutukselle ja sen suunnittelulle. (Rolfner Suvanto 2012; Haarni 2014). Asiakkaan elämänkulkua ja taustatietoja tulisi myös selvittää keskustelemalla asiakkaan lähiomaisten tai hänet pitkään tunteiden ihmisten kanssa.

Erityisvanhusten vahvuudet, ongelmat ja tarpeet ovat kuitenkin aina yksilöllisiä. Tuen luonne ja tarve usein myös muuttuu ikääntymisen myötä. Huolellisen tarvekartoituksen jälkeen ohjaus tulisikin antaa asiakkaalle mahdollisimman ymmärrettävästi ja sovellettavasti, asiakasta ja hänen erityisyyttään kunnioittaen. Ohjeiden tarkoituksena on edesauttaa ja tukea asiakkaan mielekästä ja turvallista arjessa toimimista, hänen erityisyyttään kunnioittaen. Selkeiden suullisten ohjeiden lisäksi ohjauksessa tulisi antaa myös selkeät ja yksiselitteiset kirjalliset ohjeet sekä varmistaa asiakkaalta ohjeiden ymmärtäminen.

Joitakin erityisasiakkaiden kuntoutukseen sopivia menetelmiä on koottu taulukkoon 1. Esimerkiksi erilaisten järjestelmien ja rutiinien luominen voi helpottaa erityisvanhuksen arkea ja vähentää turhautumista (Sobanski 2014). Erityisen tärkeää on, että näissä tilanteissa kaikki työntekijät, läheiset ja omaiset sitoutuvat

yhteisesti sovittuihin toimintatapoihin. Myös liikunnan on havaittu vähentävän ADHD-oireita kuten hajamielisyyttä (Cerrillo-Urbina ym. 2015). ADHD-vanhuksen kanssa voidaan valita hänelle sopiva ja mielekäs liikuntamuoto, joka voi asteittain (pareittain, kolmisin, pienryhmässä) muuttua myös ryhmäliikunnaksi uusien sosiaalisten suhteiden saamiseksi. Myös vanhuksen ruokavalio kannattaa aina tarkastaa vajaan ravitsemuksen havaitsemiseksi. Arkikuntoutuksessa voidaan käyttää myös erilaisia rauhoittavia ja kompensoivia välineitä kuten stressipalloa. Pallon puristelu voi auttaa niin ADHD-asiakasta kuin BP-potilasta levottomuuden lievittämisessä (Dufva ja Kouvunen 2012). Viime aikoina eläinavusteinen hoito ja kuntoutus ovat myös lisääntyneet. Erityisvanhuksille eläimistä voi myös olla tukea arkisten rutiinien luomisessa ja ylläpitämisessä sekä vastuullisuuden ja itsetunnon edistäjänä. Lisäksi eläimet toimivat luontevasti erilaisen sosiaalisten tilanteiden luojaesimerkiksi koirien ulkoilutuksissa, jolloin mahdollistuu vuorovaikutus muiden ihmisten kanssa.

AS:stä kärsivät eivät kuulu vammaispalvelujen eivätkä erityishuollon piiriin, jolloin he jäävät usein tuen ja avun ulkopuolelle (Kallio-Laine 2013). Vaikka ikääntynyt AS-vanhus voi olla haasteellinen kuntoutettava, niin kuntoutuksen toteutuessa erityisen tärkeää on huomioida hänen erityispiirteensä ongelmien, joihin pyritään kuntoutuksella vaikuttamaan (www.psychologytoday.com/blog/the-pragmatic-aspie/201108/supporting-elder-aspies). Annettujen ohjeiden tulisi olla yksinkertaisia ja selkeitä, esimerkiksi mitä konkreettisesti tehdään ja missä järjestyksessä eri arkipäivän tilanteissa ja ympäristöissä. AS-asiakkaan toimintakykyä voidaankin usein tukea ja edistää vahvistamalla hänen kielellistä ilmaisuaan ja kommunikointiaan sekä omaehtoista toiminnanohjausta. Asiakkaan kanssa voidaan esimerkiksi harjoitella vuorovaikutusta ja hankalaksi koettuja sosiaalisia tilanteita. (Kallio-Laine 2013; www.autismiliitto.fi/autismin_kirjo/aspergerin_oireyhtyma/hyva_kohtaaminen). Ongel-

Taulukko 1. ADHD-, AS- ja bipolaarioireyhtymien erityispiirteitä vanhusväestössä sekä hoidon ja kuntoutuksen keinoja.

	ADHD	Asperger (AS)	BP
Oireet, piirteet	<p>Työmuistin häiriöt ja keskittymisvaikeudet, ajatusten harhailu ja unohtelu</p> <p>Impulsiivisuus, tapaturma-alttius</p> <p>Vireystilan yliaktiivisuus: töksäyttelyt, jatkuvasti äänessä oleminen, muiden keskeyttäminen</p> <p>Mielialan vaihtelu nopeat vaihtelut (vrt. BP): alavireisyys voi näyttäytyä juuttumisena negatiivisiin ajatuksiin ja tunteisiin</p> <p>Hankaluudet sosiaalisissa tilanteissa: itsepäisyys ja itseään kiinnostaviin aiheisiin juuttuminen, riidanhaluisuus, huono pettymysten sietokyky, puutteellinen omien tunteiden kontrollointi sosiaalisissa tilanteissa</p> <p>Aloitekyvyttömyys</p> <p>Normaalin päivärytmin säilyttämisen vaikeudet</p>	<p>Vahvuudet, ongelmat ja tarpeet ovat yksilöllisiä</p> <p>Ongelmat sosiaalisessa vuoro-vaikutuksessa tavallisia, aleksitymia, ääripäiset tunnetilat</p> <p>Puhetapa kirjakielen mukaista</p> <p>Kuvailevan kielen ja ei-sanallisen viestinnän ymmärrysvaikeudet: vaikeus ymmärtää huumoria, monitulkintaisia asioita, ironiaa ja sarkasmia</p> <p>Hankaluudet elämän rytmittämisessä, pakonomaisia rutiineja: aloittamisen ja lopettamisongelmat, täydellisuuden tavoittelu, juuttuminen</p> <p>Eriyiset kiinnostuksen kohteet ja usein erityislahjakkuutta tietyillä alueilla</p> <p>Usein ongelmia motoriikassa, kömpelyys</p> <p>Uniongelmat</p> <p>Epätavallinen herkkyys äänille, valolle tai muille ärsykeille: usein erittäin hyvä kuuloon ja/tai visuaalisuuteen perustuva havainnointi- ja erottelukyky</p>	<p>Mielialanvaihtelut; vähenevät maniat vs. lisääntyvät depressiot, keskittymiskyvyn puute, hajamielisyys, hämmennys, rauhattomuus, ärsyyntyvyys, hyperaktiivisuus, psykoosi</p> <p>Elämänhallinta on heikko alihoidetussa vaiheessa</p> <p>Päihdeongelmien yleisyys</p> <p>Paino-ongelmat lääkityksen sivuvaikutuksena</p> <p>Yksinasuminen</p> <p>Laitosasiakkailta on usein sopeutumis- ja käytösongelmia</p>

	ADHD	Asperger (AS)	BP
Hoito- ja kuntoutus	<p>Elämää helpottavien rutiinien ja tapojen sekä päivärytmin luominen</p> <p>Sopivien liikuntamuotojen valinta ja säännöllinen toteuttaminen</p> <p>Asiakkaalle mielekkään tekemisen löytäminen</p> <p>Uusien sosiaalisten suhteiden luominen ja/ tai vanhojen elvyttäminen</p> <p>Vertaistuki iäkkäiden ADHD-kuntoutusryhmissä</p> <p>Neuropsykologiset / psykiatriset terapiat</p> <p>Asianmukainen lääkehoito</p> <p>Stressipallo levottomuuden lievittämiseen</p> <p>Ravitsemuksen parantaminen, painonhallinta</p>	<p>Tuen luonne ja tarve usein muuttuu ikääntymisen myötä</p> <p>Konkreettisen kielen käyttäminen tärkeää: kuvien ja/tai kirjallisten ohjeiden antaminen</p> <p>Sosiaalisissa tilanteissa käyttäytymisen harjoittelua ja konkreettista opettelua</p> <p>Aistiviestien tunnistamisen opettelua</p> <p>Oman kehon hahmottamisen opettelua</p>	<p>Asianmukainen lääkehoito</p> <p>BP-asiakkaan kuntoutus lähtee hänen yksilöllisistä tarpeistaan</p> <p>Neuvonta</p> <p>Psykoterapia</p> <p>Vertaistuki</p> <p>Päivittäisten toimintojen ohjaus: elämää helpottavien rutiinien ja tapojen luominen</p> <p>Sopivien liikuntamuotojen etsiminen ja vakiinnuttaminen</p> <p>Ravitsemuksen parantaminen/ painonhallinta</p> <p>Uusien sosiaalisten suhteiden luominen ja/ tai vanhojen elvyttäminen</p> <p>Mielekkään tekemisen löytäminen</p> <p>Stressipallo ja muut kompensatiokeinot voivat auttaa levottomuuden lievityksessä</p> <p>Eläimet voivat toimia arjen rutiinien luojina ja vuorovaikutuksen tukena</p>

mien ratkaisussa voidaan hyödyntää myös kirjoittamista ja kuvallista kommunikaatiota. Julkisessa terveydenhoidossa AS-ihmiset ovat toivoneet hoitajilta enemmän kuuntelukykyä, tasavertaista kohtelua ja omien mielipiteidensä ja näkemystensä esille saamista (Ahola 2012; Rautio ja Tuomi 2013).

Yhteenveto

Iäkkäiden mielenterveysongelmat ovat usein alidiagnosoituja ja -hoidettuja, mutta myös ali-

tutkittuja. Tämän kirjallisuuskatsauksen suurin haaste olikin löytää tutkittua ja luotettavaa tietoa ADHD-, AS- ja BP-vanhuksista sekä heidän kuntoutuksestaan. Sosiaali- ja terveydenhoidon asiakkaina monet näistä vanhuksista ovat joko ilman diagnoosia tai heidän diagnoosinsa voi olla väärä, mikä vaikeuttaa vuorovaikutusta asiakastilanteissa ja myös heidän erityisongelmiensa kokonaisvaltaista hoitamista. Oikeanlainen, asiakkaalle räätälöity hoito, tuki ja kuntoutus voi helpottaa asiakkaan itsensä, mutta myös hänen lähipiirinsä, mahdollisten omaishoitajien ja hoitohenkilökunnan

elämää sekä edesauttaa heidän parempaa sopeutumistaan muuttuviin olosuhteisiin vanhuuden eri vaiheissa. Koska ADHD-, AS- ja BP-diagnosointi on viime vuosina parantunut mahdollistaen esimerkiksi pitkäaikaisen seurannan, tulevat vanhus- sekä kuntoutustutkimukset voivatkin tuoda arvokasta lisätietoa tähän toistaiseksi liian vähän tutkittuun aiheeseen.

Kiitokset

Kiitos käsikirjoituksen arvioijilla asiantuntevasta ja rakentavasta palautteesta. Kiitos myös Agronomiliitolle taloudellisesta tuesta. Katsausartikkeli perustuu Johanna Ojalan Jyväskylän ammattikorkeakoulussa suorittaman gerontologisen kuntoutuksen korkeakouludiplomin kehittämistehtävään. Jyväskylän ammattikorkeakoulussa pilotoitiin OKM:n rahoittamana työelämälähtöisiä korkeakouludiplomikouluksia vuosina 2014–2016 (tarkemmin <https://www.theseus.fi/handle/10024/104272>, myös <http://www.jamk.fi/fi/koulutus/avoin-amk/korkeakouludiplomi/>).

Yhteydenotto:

Johanna Ojala, FT, vanhempi tutkija
Itä-Suomen yliopisto, Kliinisen lääketieteen
yksikkö/ Neurologia
Sähköposti: johanna.ojala@uef.fi



Kirjallisuus

- Ahola H. Asperger-diagnoosin saaneiden aikuisten mielipiteitä julkisen terveydenhuollon palveluista. Opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma, Pori 2012.
- Alemany S, Ribasés M, Vilor-Tejedor N, ym. Casas M, Ramos-Quiroga JA & Sunyer J. New suggestive genetic loci and biological pathways for attention function in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *American Journal of Medical Genetics B Neuropsychiatric Genetics* 168: 459–470, 2015. Luettavissa: doi: 10.1002/ajmg.b.32341.
- Attwood T. Frameworks for behavioral interventions. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 12: 65–86, 2003.
- Aziz R, Lorberg B, Tampi RR. Treatments for late-life bipolar disorder. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy* 4: 347–364, 2006.
- Azorin JM, Bellivier F, Kaladjian A, ym. Characteristics and profiles of bipolar I patients according to age-at-onset: findings from an admixture analysis. *Journal of Affective Disorders* 150: 993–1000, 2013.
- Baez S, Ibanez A. The effects of context processing on social cognition impairments in adults with Asperger's syndrome. *Frontiers in Neuroscience* 8: 270, 2014.
- Baron-Cohen S, Wheelwright S. The Friendship Questionnaire: an investigation of adults with Asperger syndrome or high-functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33:509–17, 2003.
- Cerrillo-Urbina AJ, García-Hermoso A, Sánchez-López M, ym. The effects of physical exercise in children with attention deficit hyperactivity disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized control trials. *Child: Care, Health and Development* 41: 779–788, 2015.
- Depp CA, Jeste DV. Bipolar disorder in older adults: a critical review. *Bipolar Disorders* 6: 343–367, 2004.
- Dols A, Rhebergen D, Beekman A, ym. Psychiatric and medical comorbidities: results from a bipolar elderly cohort study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 22: 1066–1074, 2014.

- Dufva V, Koivunen M. (toim.) ADHD diagnosointi, hoito ja hyvä arki. Jyväskylä, PS-kustannus 2012.
- Gildengers AG, Chung KH, Huang SH, ym. Neuroprogressive effects of lifetime illness duration in older adults with bipolar disorder. *Bipolar Disorders* 16: 617–623, 2014.
- Guldberg-Kjär T, Johansson B. Old people reporting childhood AD/HD symptoms: retrospectively self-rated AD/HD symptoms in a population-based Swedish sample aged 65–80. *Nordic Journal of Psychiatry* 63: 375–82, 2009.
- Guldberg-Kjär T, Johansson B. ADHD symptoms across the lifespan: a comparison of symptoms captured by the Wender and Barkley Scales and DSM-IV criteria in a population-based Swedish sample aged 65 to 80. *Journal of Attention Disorders* 19: 390–404, 2015.
- Guldberg-Kjär T, Sehlin S, Johansson, B. ADHD symptoms across the lifespan in a population-based Swedish sample aged 65 to 80. *International Psychogeriatrics* 25: 667–675, 2013.
- Haarni I (toim.) Ikääntyvä mieli. Mielen hyvinvointia vanhetessa. Suomen Mielenterveysseura. Kirjapaino Jaarli, Helsinki 2014.
- Hysing M, Lundervold AJ, Posserud MB, ym. Association Between Sleep Problems and Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adolescence: Results From a Large Population-Based Study. *Behavioral Sleep Medicine* 27: 1–15, 2015
- Ivanchak N, Abner EL, Carr SA, ym. Attention-deficit/hyperactivity disorder in childhood is associated with cognitive test profiles in the geriatric population but not with mild cognitive impairment or Alzheimer's disease. *Journal of Aging Research* 2011, 729801. Luettavissa: doi:10.4061/2011/729801.
- Ivanchak N, Fletcher K, Jicha GA. Attention-deficit/hyperactivity disorder in older adults: prevalence and possible connections to mild cognitive impairment. *Current Psychiatry Reports* 14, 552–560, 2012.
- James IA, Mukaetova-Ladinska E, Reichelt FK, ym. Diagnosing Asperger's syndrome in the elderly: a series of case presentations. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 21: 951–960, 2006.
- Kallio-Laine K. ADHD ja Asperger; Kuntoutuksen haasteet. Kela, luentomoniste 28.01.2013.
- Kessler R, Adler L, Barkley R, ym. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *The American Journal of Psychiatry* 163: 716–723, 2006.
- Kettunen S. Aikuisiän ADHD. Tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta, lääketieteen koulutusohjelma, Kuopio 2014.
- Koponen H, Leinonen E, Isohanni M. Vanhusten psykoosit ja niiden hoito. *Suomen Lääkärilehti* 70: 883–888, 2015.
- Korkeila J, Tani P. Tarkkaavuushäiriö aikuisiässä. *Duodecim* 121: 153–160, 2005.
- Koski A, Leppämäki S. Aikuisen ADHD: diagnoosista hoitoon. *Suomen lääkärilehti* 68: 3155–3161, 2013.
- Michielsens M, Co mijs HC, Aartsen MJ, ym. The relationships between ADHD and social functioning and participation in older adults in a population-based study. *Journal of Attention Disorders* 19: 368–379, 2015.
- Michielsens M, Comijs HC, Semeijn E, ym. Attention deficit hyperactivity disorder and personality characteristics in older adults in the general Dutch population. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 22: 1623–3162, 2014.
- Michielsens M, Semeijn E, Comijs HC, ym. Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in older adults in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry* 201: 298–305, 2012.
- Midorikawa A, Kawamura M. The Relationship between Subclinical Asperger's Syndrome and Frontotemporal Lobar Degeneration. *Dementia and Geriatric Cognitive Diseases Extra* 2: 180–186, 2012.
- Männikkö H, Rinta-Porkkunen T. Ikääntymisen huomioiminen autismin kirjon henkilön muuttaessa laitoksesta asumispalveluyksikköön. Opinnäytetyö. Seinäjoen ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala, Seinäjoki 2015.
- Nivoli AM, Murru A, Pacchiarotti I, ym. Bipolar disorder in the elderly: a cohort study comparing older and younger patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 130: 364–373, 2014.
- Rautio M, Tuomi L. Autismin kirjolle sijoittuvat aikuiset ja asiakasroolien toteutuminen. Opinnäytetyö. Metropolia ammattikorkeakoulu, toimintaterapian koulutusohjelma, Helsinki 2013.
- Rolfner Suvanto S. Vanhuspalveluiden ja psykiatrian välimaastossa. Mielenterveysongelmista kärsivän ikäihmisen kohtaaminen ja hoito. 2 p. Suomen Mielenterveysseura. Kirjapaino Jaarli Oy, Helsinki 2012.

- Sajatovic M, Forester BP, Gildengers A, ym. Aging changes and medical complexity in late-life bipolar disorder: emerging research findings that may help advance care. *Neuropsychiatry (London)* 3: 621–633, 2013.
- Schouws SN, Paans NP, Comijs H, ym. Coping and personality in older patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders* 184: 67–71, 2015.
- Semeijn EJ, Comijs HC, Kooij JJ, ym. The role of adverse life events on depression in older adults with ADHD. *Journal of Affective Disorders* 174: 574–579, 2015.
- Semeijn EJ, Kooij JJ, Comijs HC, ym. Attention-deficit/hyperactivity disorder, physical health, and lifestyle in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society* 61: 882–887, 2013.
- Semeijn EJ, Michielsen M, Comijs HC, ym. Criterion validity of an Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) screening list for screening ADHD in older adults aged 60–94 years. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 21: 631–635, 2013.
- Sobanski E. Aikuisiän ADHD. Alkuperäistekstin kääntänyt ja mukauttanut suomeksi S. Leppämäki. Algol Pharma Oy, 2–37, 2014.
- Soikka H. Työterveyshuollon hoitohenkilöstön valmiudet ADHD-oireisen aikuisen kohtaamiseen. Opinnäytetyö, Kymenlaakson ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma, Kotka 2015.
- Swann AC, Lafer B, Perugi G, ym. Bipolar mixed states: an international society for bipolar disorders task force report of symptom structure, course of illness, and diagnosis. *The American Journal of Psychiatry* 170: 31–42, 2013.
- Tani P, Lindberg N, Joukamaa M, ym. Asperger syndrome, alexithymia and perception of sleep. *Neuropsychobiology*, 49: 64–70, 2004.
- Thesing CS, Stek ML, van Grootheest DS, ym. Childhood abuse, family history and stressors in older patients with bipolar disorder in relation to age at onset. *Journal of Affective Disorders*, 184: 249–255, 2015.
- Vannucchi G, Masi G, Toni C, ym. Bipolar disorder in adults with Asperger's Syndrome: a systematic review. *Journal of Affective Disorders* 168: 151–160, 2014.
- Wing L. Asperger's syndrome: A clinical account. *Psychological Medicine* 11: 115–129, 1981.

Internet-lähteet:

- <http://www.adhd-liitto.fi>
- http://www.autismiliitto.fi/autismin_kirjo/aspergerin_oireyhtyma/hyva_kohtaaminen
- <http://www.dailymail.co.uk/health/article-2154689/Husband-right-old-grump-Aspergers-Thousands-realising.html>
- <http://www.everydayhealth.com/bipolar-disorder/bipolar-disorder-in-seniors.aspx>
- <http://www.healthguide-info.com/aspergers-syndrome/p120330/>
- <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50076>
- <http://www.primarypsychiatry.com/bipolar-disorder-in-late-life-mania/>
- <http://www.psychologytoday.com/blog/the-pragmatic-aspie/201108/supporting-elder-aspies>
- <http://www.theneurotypical.com/does-asd-get-worse-with-age.html>