

170321 Ikäihmisten ahdistuneisuushäiriöt

Yl juha kemppinen

170321 Ikäihmisten ahdistuneisuushäiriöt

- Agenda:

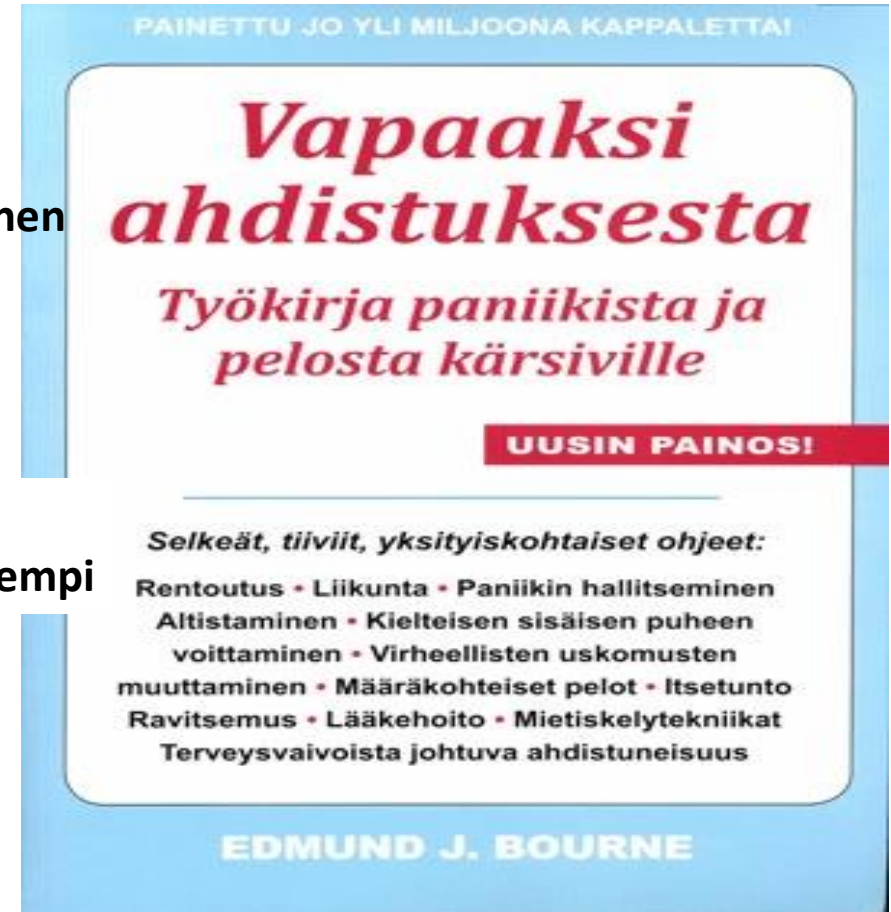
- 1) Mikä on ahdistuneisuushäiriö?
- 2) Ahdistuneisuushäiriökriteerit DSM-5 suomeksi (Suomen psykiatrian tutkimussäätiö, 2013) – ei ole ikäihmisille omaa luokittelua
- 3) Ahdistuneisuuden Käypä Hoito SF 2019 – yksi dia + muutama lause viittaus ikäihmisiin
- 4) Ikäihmisten ahdistuneisuudesta (useat eri lähteet)
- 5) Ikäihmisten ahdistuneisuushäiriöiden diagnosointi ja hoito

Bourne E 2010: The Anxiety and Phobia workbook – Vapaaksi ahdistuksesta

- When you are **afraid**, your fear is usually directed toward some **concrete** external object or situation.
- The event that you **fear** usually is **within the bounds of possibility**.
- You might fear not meeting a deadline, failing an exam, being unable to pay your bills, or being rejected by someone you want to please.
- When you experience **anxiety**, on the other hand, you **often can't specify what it is you're anxious about**.
- The **focus of anxiety is more internal** than external. It seems to be **a response to a vague, distant, or even unrecognized danger**.
- You might be anxious about “losing control” of yourself or some situation. Or you might feel a vague anxiety about “something bad happening.”

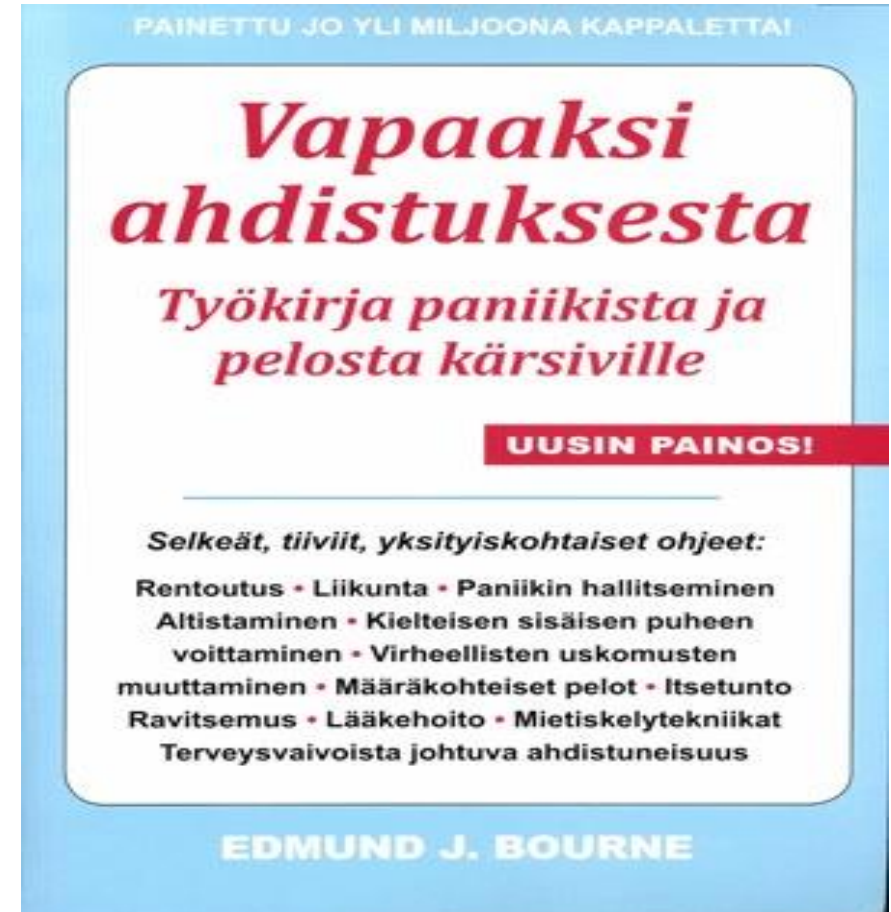
Pelko
= konkreettinen

Ahdistus
= epämääräisempi



Bourne E 2010: The Anxiety and Phobia workbook – Vapaaksi ahdistuksesta

- **Anxiety** affects your **whole being**. Koko olemus
- It is a physiological, behavioral, and psychological reaction all at once.
- On a **physiological** level, anxiety may include **bodily reactions** such as **rapid heartbeat, muscle tension, queasiness, dry mouth, or sweating**. Fysiologinen
- On a **behavioral** level, it can sabotage your **ability to act**, express yourself, or deal with certain everyday situations. Käyttäytyminen
- **Psychologically**, anxiety is a **subjective state** of apprehension and uneasiness. Subjekttiivinen
- In its most extreme form, it can cause you to feel detached from yourself and even fearful of dying or going crazy.



- **Anxiety disorders are a heterogeneous group of related disorders that are characterized by varying degrees of their core symptoms, excessive anxiety (or worry), and fear.**

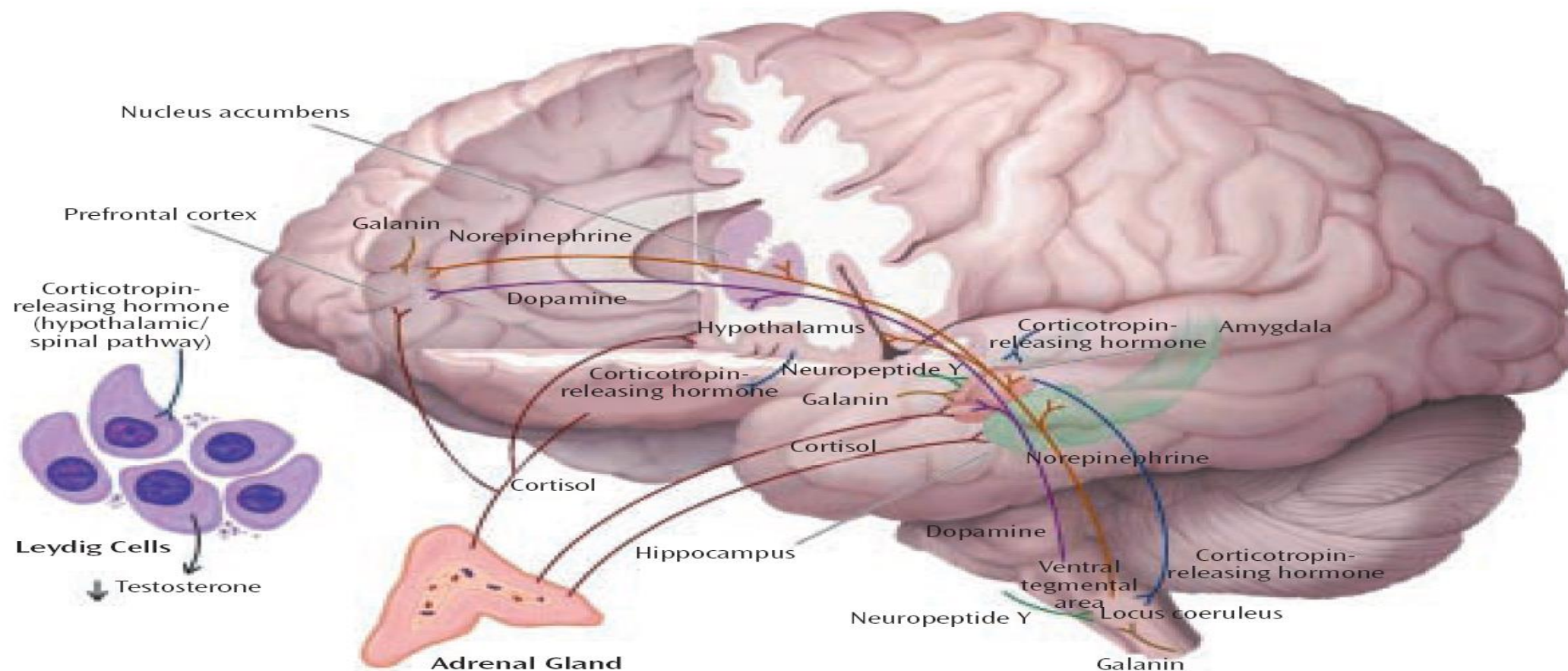
- Liiallisen ahdistuksen ja huolen lisäksi muita oireita:

- Unihäiriöt
- Heikentynyt keskittyminen
- Ärtäisyys
- Levottomuus

Anxiety disorders, as is true of other psychiatric disorders, arise from a complex interplay of genes and the environment. The **estimated heritability of generalized anxiety disorder is thought to be 0.42**, which is comparatively less than schizophrenia and other genetically determined neuropsychiatric diseases (e.g., Huntington disease).

2018 Hategan A et al Geriatric Psychiatry - pelko ja ahdistusoireet - evoluutio

- The majority of **human psychological adaptations** are thought to have evolved in **hunter-gather societies in sub-Saharan Africa**, as this is where our species is believed to have spent the vast majority of its ancestral history.
- Because cultural and technological evolution has proceeded at such a rapid rate, the challenges faced by humans in modern society are vastly different compared to the challenges our ancestors faced.
- The result is a **stress-response system** that is **prone to maladaptive responses**. (kuin palovaroitin)
- With an evolutionary framework in mind, it is no wonder that we observe **the relatively high prevalence of anxiety disorders** that we see today

FIGURE 1. Neurochemical Response Patterns to Acute Stress^a

^a This figure illustrates some of the key brain structures involved in the neurochemical response patterns following acute psychological stress. The functional interactions among the different neurotransmitters, neuropeptides, and hormones are emphasized. It is apparent the functional status of brain regions such as the amygdala (neuropeptide Y, galanin, corticotropin-releasing hormone [CRH], cortisol, and norepinephrine), hippocampus (cortisol and norepinephrine), locus coeruleus (neuropeptide Y, galanin, and CRH), and prefrontal cortex (dopamine, norepinephrine, galanin, and cortisol) will depend upon the balance among multiple inhibitory and excitatory neurochemical inputs. It is also noteworthy that functional effects may vary depending on the brain region. Cortisol increases CRH concentrations in the amygdala and decreases concentrations in the paraventricular nucleus of the hypothalamus. As described in the text, these neurochemical response patterns may relate to resilience and vulnerability to the effects of extreme psychological stress.



Table 9.1-1

Peripheral Manifestations of Anxiety

Diarrhea	- Ripuli
Dizziness, lightheadedness	- Sekava pää
Hyperhidrosis	- Liikahikoilu
Hyperreflexia	- Ylivilkkaat refleksit
Palpitations	- Sydämen tykytys
Pupillary mydriasis	- Laajat pupillit
Restlessness (e.g., pacing)	- Levottomuus (edestakaisin kävely)
Syncope	- Pyörtyminen
Tachycardia	- Sydämen tykytys
Tingling in the extremities	- Raajojen kihelmöinti
Tremors	- Vapinat
Upset stomach ("butterflies")	- Maha sekaisin ("perhosia vatsassa")
Urinary frequency, hesitancy, urgency	- Toistuva virtsaamistarve

Taulukko 9.1. Keskeiset ahdistuneisuushäiriöt. DSM IV tr

Häiriö	Ahdistuneisuuden kliininen kuva	Välttämiskäyttäytyminen
Paniikkihäiriö ilman agorafobiaa	Toistuvia, myös spontaaneja paniikki-kohtauksia	Ei esiinny
Paniikkihäiriö ja agorafobia	Toistuvia, myös spontaaneja paniikki-kohtauksia	Julkiset paikat
Sosiaalinen fobia	Ahdistuneisuus sosiaalisissa tilanteissa	Sosiaaliset tilanteet
Määräkohteinen pelko	Ahdistuneisuus kohteelle altistuessa	Fobian kohde
Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö	Krooninen ahdistuneisuus ja kyvyttömyys hallita huolestuneisuutta	Ei esiinny
Pakko-oireinen häiriö	Pakkoajatuksia ja -toimintoja	Obsessioiden kohteisiin liittyvä välttäminen
Traumaperäinen stressihäiriö	Traumamielikuvien toistuminen, kohonnut vireystila, turtuminen	Traumaan assosioituvat tilanteet

Päihteidenkäytön tai somaattisen taudinlaukaisema/aiheuttama ahdistuneisuus?

- Separation anxiety disorder
- Selective mutism
- Specific phobia
- Social anxiety disorder (social phobia)
- Panic disorder
- Agoraphobia
- Generalized anxiety disorder
- Substance/medication-induced anxiety disorder
- Anxiety disorder due to another medical condition

- Eroahdistus- oireyhtymä
- Valikoiva mutismi
- Erityinen fobia (pelko)
- Sosiaalinen ahdistuneisuus
- Paniikkihäiriö, PD
- Agorafobia (julkisten paikkojen pelko)
- Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö (GAD)
- Päihteiden ja/tai lääkeaineiden aiheuttama ahdistuneisuus
- Somaattisen sairauden aiheuttama ahdistuneisuus

2) Ahdistuneisuushäiriökriteerit DSM-5 suomeksi (Suomen psykiatrian tutkimussäätiö, 2013) – ei ole ikäihmisille omaa luokittelua

1. DSM-5 : Eroahdistushäiriö 309.21 (F93.0) Ref:DSM-5 suomeksi

- A. Kehitystasoa vastaamaton ja liiallinen pelko tai ahdistus, jonka aiheuttaa ero läheisistä ihmisistä ja joka ilmenee **vähintään kolmella seuraavista tavoista**:
 - 1) toistuva liiallinen hätä erotilanteessa tai eron ollessa odotettavissa kodista tai tärkeimmistä kiintymyksen kohteista
 - 2) jatkuva ja liiallinen huoli tärkeimpien kiintymyksen kohteiden menettämisestä tai siitä, että heille tapahtuu jotain pahaa, kuten sairaus, loukkaantuminen, onnettomuus tai kuolema
 - 3) jatkuva ja liiallinen huoli joutumisesta jonkin ikävän asian vuoksi eroon tärkeimmistä kiintymyksen kohteista (esim. eksyminen, joutuminen kidnapatuksi, joutuminen onnettomuuteen, sairastuminen)
 - 4) jatkuva vastahakoisuus tai kieltäytyminen kouluun tai kotoa muualle menemisestä, taustalla eroon joutumisen pelko
 - 5) jatkuva ja liiallinen pelko tai vastahakoisuus olla yksin tai ilman tärkeimpiä kiintymyksen kohteita kotona tai muualla
 - 6) jatkuva vastahakoisuus tai kieltäytyminen nukkumasta muualla kuin kotona tai menemästä nukkumaan, ellei tärkeä kiintymyksen kohde ole lähellä
 - 7) toistuvia painajaisia eroon joutumisesta
 - 8) toistuvaa fyysisten oireiden (esim. päänsärky, vatsakivut, pahoinvointi, oksentelu) valittamista jouduttaessa eroon tärkeimmistä kiintymyksen kohteista tai eron ollessa odotettavissa

2. DSM-5 : Valikoiva puhumattomuus 313.23 (F94.0)

- A. Johdonmukainen puhumattomuus tietyissä sosiaalisissa tilanteissa, joissa edellytetään puhumista (esim. koulussa), vaikka puhuu muissa tilanteissa
- B. Häiriö **vaikeuttaa** koulutuksellista tai ammatillista suoriutumista tai sosiaalista kommunikaatiota
- C. Häiriö kestää **vähintään kuukauden** (ei rajoitu ensimmäiseen koulukuukauteen)
- D. Puhumattomuus ei johdu sosiaalisessa tilanteessa edellytetyn **puhekielen osaamattomuudesta**
- E. Häiriö **ei ole paremmin selitettävissä** kommunikaatiohäiriöllä (esim. lapsena alkanut puheen kehityksen häiriö) eikä ilmene ainoastaan autismikirjon häiriön, skitsofrenian tai muun psykoottisen häiriön yhteydessä

Ref:DSM-5
suomeksi

3. DSM-5 : Määräkohteinen pelko

- A. Huomattava pelko tai ahdistus, joka kohdistuu tiettyyn kohteeseen tai tilanteeseen (esim. lentäminen, korkeat paikat, eläimet, injektio, veren näkeminen)
- **Huomaa:** Lapsilla pelko tai ahdistus voi ilmetä itkuna, raivokohtauksina, liikkumattomaksi jähmettymisenä tai johonkin tarrautumisena.
- B. Pelkoärsykkeelle altistumista seuraa lähes aina välitön pelko tai ahdistuneisuus.
- C. Pelon kohteiden tai tilanteiden aktiivinen välttäminen tai niiden kestäminen vain voimakasta pelkoa tai ahdistusta kokien.
- D. Pelko tai ahdistus on suhteeton kohteen tai tilanteen aiheuttamaan vaaraan ja sosiokulttuuriseen taustaan nähden
- E. Pelko, ahdistus tai välttäminen on jatkuvaa, kesto tavallisesti vähintään kuuden kuukauden ajan
-

Ref:DSM-5
suomeksi

3. DSM-5 : Määräkohteinen pelko

- F. Pelko, ahdistus tai välttäminen aiheuttaa **kliinisesti merkittävää kärsimystä tai haittaa** sosiaalisella, ammatillisella tai muulla tärkeällä toiminnan alueella.
- G. Häiriö **ei ole paremmin selitettävissä** jonkin muun mielenterveyden häiriön oireilla, johon sisältyy pelkoa, ahdistusta ja sellaisten tilanteiden välttämistä, joihin liittyy paniikinkaltaisia oireita tai muita toimintakykyä lamaavia oireita (kuten julkisten paikkojen pelossa); pakkomielteisiin liittyviä kohteita tai tilanteita (kuten pakko-oireisessa häiriössä); muistoja traumaattisista tilanteista (kuten traumaperäisessä stressihäiriössä); ero kodista tai kiintymyksen kohteista (kuten eroahdistuneisuushäiriössä); tai sosiaaliset tilanteet (kuten sosiaalisten tilanteiden pelossa)
- *Määritä jos:* Koodi perustuu pelon kohteeseen:
- **300.29 (F40.218) Eläin** (esim. hämähäkit, hyönteiset, koirat)
- **300.29 (F40.228) Luonnollinen ympäristö** (esim. korkeat paikat, myrskyt, vesi)
- **300.29 (F40.23x) Veri-injektio-vamma** (esim. neulat, kajoavat lääketieteelliset toimenpiteet)
- **Koodaushuomautus:** Valitse tietty ICD-10-CM -koodi seuraavasti: **F40.230** veren pelko; **F40.231** injektioiden ja verensiirtojen pelko; **F40.232** muu lääketieteellisen hoidon pelko; **F40.233** vamman pelko
- **300.29 (F40.248) Paikkoihin liittyvä** (esim. lentokoneet, hissit, suljetut paikat)
- **300.29 (F40.298) Muu** (esim. tilanteet, jotka voivat johtaa tukehtumiseen tai oksentamiseen; lapsilla esim. kovat äänet tai naamioituneet hahmot)
- **Diagnoosin kirjaamisohje:** Kun on **useampi kuin yksi** pelon kohde, **koodaa kaikki sopivat** ICD-10- CM –koodit (esim. käärmeiden ja lentämisen pelolle F40.218 tietty pelko, eläin, ja F40.248 tietty pelko, paikkoihin liittyvä). Ref:DSM-5 suomeksi

Kaplan & Sadock's Synopsis, 2017, 11st ed.

Eri fobiat



Table 9.4-4
Phobias

Acrophobia	Fear of heights
Agoraphobia	Fear of open places
Ailurophobia	Fear of cats
Hydrophobia	Fear of water
Claustrophobia	Fear of closed spaces
Cynophobia	Fear of dogs
Mysophobia	Fear of dirt and germs
Pyrophobia	Fear of fire
Xenophobia	Fear of strangers
Zoophobia	Fear of animals

4. DSM-5 : Sosiaalisten tilanteiden pelko (sosiaalinen ahdistuneisuushäiriö) 300.23 (F40.10)

- **A. Huomattava pelko tai ahdistuneisuus yhtä tai useampaa sellaista sosiaalista tilannetta** kohtaan, jossa henkilö mahdollisesti **joutuu toisten tarkkailun kohteeksi**. Esimerkiksi sosiaalinen kanssakäyminen (esim. keskustelu, tuntemattomien ihmisten tapaaminen), tarkkailun kohteeksi joutuminen (esim. syöminen tai juominen) ja muiden edessä esiintyminen (esim. puheen pitäminen).
 - **Huomaa:** Lapsilla ahdistuneisuuden tulee esiintyä ikätovereiden seurassa, ei ainoastaan vuorovaikutuksessa aikuisten kanssa.
- **B. Henkilö pelkää tulevansa** käyttäytymisensä tai osoittamiensa ahdistuneisuusoireiden takia **negatiivisesti arvioiduksi** (toisin sanoen nöyryytetyksi tai noloon tilanteeseen, joka johtaa torjutuksi tai loukatuksi tulemiseen).
- **C. Sosiaaliset tilanteet herättävät lähes aina pelkoa tai ahdistusta**
 - **Huomaa:** Lapsilla pelko tai ahdistus voi ilmetä itkuna, raivokohtauksina, liikkumattomaksi jähmettymisenä, johonkin tarrautumisena, vetäytymisenä tai puhumattomuutena sosiaalisissa tilanteissa.
- **D. Sosiaalisten tilanteiden välttely tai niiden kestäminen vain voimakasta pelkoa tai ahdistusta kokien.**
- **E. Pelko tai ahdistus on suhteeton sosiaalisen tilanteen aiheuttamaan todelliseen vaaraan ja sosiokulttuuriseen taustaan nähden**

Ref:DSM-5
suomeksi

4. DSM-5 : Sosiaalisten tilanteiden pelko (sosiaalinen ahdistuneisuushäiriö)

300.23 (F40.10)

- F. Pelko, ahdistus tai välttäminen on **jatkuva**, kesto tavallisesti **vähintään kuuden kuukauden ajan**
- G. Pelko, ahdistus tai välttäminen aiheuttaa **kliinisesti merkittävää kärsimystä tai haittaa** sosiaalisella, ammatillisella tai muulla tärkeällä toiminnan alueella.
- H. Pelko, ahdistus tai välttäminen **ei johdu minkään kemiallisen aineen (esim. huumeen tai lääkkeen) fysiologisesta vaikutuksesta tai ruumiillisesta häiriöstä**
- I. Pelko, ahdistus tai välttäminen **ei ole paremmin selitettävissä jonkin muun mielenterveyden häiriön oireilla**, kuten paniikkihäiriön, dysmorfisen ruumiinkuvan häiriön tai autismikirjon häiriön oireilla.
- J. **Jos tilaan liittyy muu ruumiillinen häiriö** (esim. Parkinsonin tauti, lihavuus, palamisen tai vamman aiheuttama epämuodostuma), pelko, ahdistus tai välttäminen on selvästi siitä riippumatonta tai selvästi suurempi kuin kyseiseen sairauteen tavallisesti liittyy.
- *Määritä jos:*
- **Vain esiintyminen:** jos pelko on rajoittunut vain julkiseen puhumiseen tai esiintymiseen

Ref:DSM-5
suomeksi

5. DSM-5 : Paniikkihäiriö 300.01 (F41.0)

- **A. Uusiutuvia odottamattomia paniikkikohtauksia.** Paniikkikohtaus on äkillinen voimakkaan pelon tai epämiellyttävän olon jakso, joka saavuttaa huippunsa minuuteissa ja jonka aikana esiintyy **vähintään neljä seuraavista oireista:**

- **Huomaa:** Äkillinen kohtaus voi kehittyä rauhallisesta tai ahdistuneesta mielentilasta

- 1) sydämentykytys, hakkaava sydän tai kiihtynyt syke
- 2) hikoilu
- 3) tärinä tai vapina
- 4) hengenahdistus tai tukehtumisen tuntemukset
- 5) kuristumisen tunne
- 6) rintakivut tai muut epämiellyttävät tuntemukset rinnassa
- 7) pahoinvointi tai vatsavaivat

- 8) huimaus, epävaka olo, pyörtymisen tunne
 - 9) vilunväreet tai kuumat aallot
 - 10) parestesiat (puutuminen tai kihelmöinti)
 - 11) derealisaatio (epätodellisuuden tunne) tai depersonalisaatio (itsensä epätodelliseksi ja vieraaksi tunteminen)
 - 12) itsensä hallinnan menettämisen tai sekoamisen pelko
 - 13) kuolemanpelko
- **Huomaa:** Kulttuurille ominaisia oireita (esim. korvien soiminen, niskakipu, päänsärky, kontrolloimaton huuto tai itku) voi esiintyä. Niitä ei pitäisi laskea yhdeksi vaadituista neljästä oireesta.

Ref:DSM-5
suomeksi

5. DSM-5: Paniikkihäiriö 300.01 (F41.0)

- **B. Vähintään yhtä kohtausta** on seurannut vähintään **yhden kuukauden ajan ainakin yksi seuraavista**:
 - 1) Jatkuva huoli kohtausten uusiutumisesta tai niiden seurauksista (esim. itsensä hallinnan menettämisestä, sydänkohtauksesta, ”hulluksi tulemisesta”)
 - 2) Kohtauksiin liittyvä merkittävä käyttäytymisen muutos (esim. käyttäytymisen tarkoitus on välttää paniikkikohtauksia, kuten liikunnan tai tuntemattomien tilanteiden välttäminen)
- **C. Häiriö ei johdu** minkään kemiallisen aineen (esim. huumeen tai lääkkeen) fysiologisesta vaikutuksesta tai ruumiillisesta häiriöstä (esim. kilpirauhasen liikatoiminnasta tai verenkierto- ja hengityselinten sairauksista).
- **D. Häiriö ei ole paremmin selitettävissä jollakin muulla** mielenterveyden häiriöllä (esim. paniikkikohtaukset eivät esiinny vain pelätyissä sosiaalisissa tilanteissa, kuten **sosiaalisten tilanteiden pelossa**; jouduttaessa tiettyihin pelottaviin tilanteisiin, kuten **määräkohteisessa pelossa**; altistuttaessa pakko-oireen kohteelle, kuten **pakko-oireisessa häiriössä**; altistuttaessa muistoille traumaattisista tilanteista, kuten **traumaperäisessä stressihäiriössä**; tai seurauksena joutumisesta eroon kiintymyksen kohteista (kuten **eroahdistuneisuushäiriössä**).

Ref:DSM-5
suomeksi

5. DSM-5: Paniikkihäiriö 300.01 (F41.0)

- **Paniikkikohtaus**
- **Huomaa:** Oireet esitetään **paniikkikohtauksen tunnistamiseksi**.
- **Paniikkikohtaus ei ole mielenterveyden häiriö** ja sitä ei voi koodata.
- Paniikkikohtaukset voivat ilmaantua ahdistuneisuushäiriön tai muun mielenterveydenhäiriön (esim. masennus, traumaperäinen stressihäiriö, päihteen käyttöhäiriö) ja joidenkin ruumiillisten häiriöiden (esim. verenkierto- ja hengityselinten, tasopainoelimen tai ruoansulatuselimistön sairauksien) yhteydessä.
- Koodaa se spesifinen häiriö, jonka yhteydessä paniikkikohtaus esiintyy (esim. traumaperäinen stressihäiriö ja paniikkikohtauksia).
- Paniikkihäiriössä paniikkikohtaukset sisältyvät diagnostisiin kriteereihin ja paniikkikohtausta ei mainita erikseen.

Ref:DSM-5
suomeksi

5. DSM-5 : Paniikkihäiriö 300.01 (F41.0)

- **Paniikkikohtaus**
- Äkillinen voimakkaan pelon tai epämiellyttävän olon jakso, joka saavuttaa huippunsa minuuteissa ja jonka aikana esiintyy **vähintään neljä** seuraavista oireista:
- **Huomaa:** Äkillinen kohtaus voi kehittyä rauhallisesta tai ahdistuneesta mielentilasta
 - 1) sydämentykytys, hakkaava sydän tai kiihtynyt syke
 - 2) hikoilu
 - 3) tärinä tai vapina
 - 4) hengenahdistus tai tukehtumisen tuntemukset
 - 5) kuristumisen tunne
 - 6) rintakivut tai muut epämiellyttävät tuntemukset rinnassa
 - 7) pahoinvointi tai vatsavaivat

Ref:DSM-5
suomeksi

5. DSM-5 : Paniikkihäiriö 300.01 (F41.0)

- **Paniikkikohtaus (jatkuu)**
- Äkillinen voimakkaan pelon tai epämiellyttävän olon jakso, joka saavuttaa huippunsa minuuteissa ja jonka aikana esiintyy **vähintään neljä** seuraavista oireista:
- **Huomaa:** Äkillinen kohtaus voi kehittyä rauhallisesta tai ahdistuneesta mielentilasta
 - 8) huimaus, epävaka olo, pyörtymisen tunne
 - 9) vilunväreet tai kuumat aallot
 - 10) parestesiat (puutuminen tai kihelmöinti)
 - 11) derealisaatio (epätodellisuuden tunne) tai depersonalisaatio (itsensä epätodelliseksi ja vieraaksi tunteminen)
 - 12) itsensä hallinnan menettämisen tai sekoamisen pelko
 - 13) kuolemanpelko
- **Huomaa:** Kulttuurille ominaisia oireita (esim. korvien soiminen, niskakipu, päänsärky, kontrolloimaton huuto tai itku) voi esiintyä. Niitä ei pitäisi laskea yhdeksi vaadituista neljästä oireesta.

Ref:DSM-5
suomeksi

6. DSM-5 : Julkisten paikkojen pelko (agorafobia) 300.22 (F40.00)

- **A. Huomattava pelko tai ahdistus vähintään kahdessa** seuraavista tilanteista: Matkustaessa julkisessa liikenteessä (esim. autolla, bussilla, junalla, laivalla, lentokoneella)
 - 1) Avoimissa tiloissa ollessa (esim. pysäköintialueet, torit, sillat)
 - 2) Suljetuissa tiloissa ollessa (esim. kaupat, teatterit, elokuvateatterit)
 - 3) Jonottaessa tai väkijoukoissa ollessa
 - 4) Yksin poissa kotoa ollessa
 - B. Henkilö **pelkää tai välttää näitä tilanteita**, joista poispääsy voisi olla vaikeaa tai joissa ei olisi apua saatavilla altistavan tilanteen aiheuttaman paniikkityyppisten tai muiden toimintakykyä heikentävien tai nolottavien oireiden tullessa (esim. kaatumisen pelko ikääntyneillä; virtsan pidätyskyvyttömyyden pelko).
 - C. **Julkiset paikat** herättävät **lähes aina pelkoa tai ahdistusta**.
 - D. Julkisten paikkojen välttely tai niiden kestäminen **vain voimakasta pelkoa tai ahdistusta kokien taikka seuralaisen läsnäolon turvin**.
 - E. **Pelko tai ahdistus on suhteeton** julkisen paikan aiheuttamaan todelliseen vaaraan ja sosiokulttuuriseen kontekstiin nähden
- Ref:DSM-5
suomeksi

6. DSM-5 : Julkisten paikkojen pelko (agorafobia) 300.22 (F40.00)

- F. Pelko, ahdistus tai välttäminen on **jatkuva**, kesto tavallisesti **vähintään kuuden kuukauden** ajan
- G. Pelko, ahdistus tai välttäminen aiheuttaa **kliinisesti merkittävää kärsimystä tai haittaa** sosiaalisella, ammatillisella tai muulla tärkeällä toiminnan alueella.
- H. Jos tilaan liittyy **muu ruumiillinen häiriö** (esim. tulehduksellinen suolistosairaus, Parkinsonin tauti), pelko, ahdistus tai välttäminen on selvästi suurempi kuin kyseiseen sairauteen tavallisesti liittyy
- I. Pelko, ahdistus tai välttäminen **ei ole paremmin selitettävissä jonkin muun mielenterveyden häiriön oireilla** – oireet eivät esiinny **vain jouduttaessa tiettyihin pelottaviin tilanteisiin** (kuten paikkoihin liittyvässä määräkohteisessa pelossa); eivät rajoitu **vain sosiaalisiin tilanteisiin** (kuten sosiaalisten tilanteiden pelossa); eivät esiinny **vain altistuttaessa pakko-oireen kohteelle** (kuten pakko-oireisessa häiriössä), **havaituille vioille tai puutteille ulkonäössä** (kuten dysmorfisen ruumiinkuvan häiriössä), **muistoille traumaattisista tilanteista** (kuten traumaperäisessä stressihäiriössä) tai **eroon joutumisen pelolle** (kuten eroahdistuneisuushäiriössä).
- **Huomaa:** Julkisten paikkojen pelko **diagnosoidaan riippumatta paniikkihäiriöstä**. Jos henkilön oirekuva täyttää sekä paniikkihäiriön että julkisten paikkojen pelon diagnostiset kriteerit, **molemmat diagnoosit** pitäisi asettaa.

Ref:DSM-5
suomeksi

7. DSM-5 : Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö 300.02 (F41.1)

- A. Liiallinen ahdistus ja huoli (**pelokas odotus**), joka koskee **monia toimintoja ja tapahtumia** (esim. töissä tai koulussa) useimpina päivinä **vähintään 6 kuukauden ajan**.
- B. Henkilön on **vaikea hallita ahdistuneisuuttaan**.
- C. Ahdistuneisuus ja huoli yhdistyvät **vähintään kolmeen seuraavista kuudesta oireesta** (joista ainakin jotkut oireet esiintyvät **useimpina päivinä viimeisen kuuden kuukauden ajan**)
 - **Huomaa:** Lapsilla riittää yksi oire
 - 1) levottomuus tai jännittyneisyys
 - 2) väsyvyys
 - 3) keskittymisvaikeudet tai ajatusten kaikkoaminen
 - 4) ärtyneisyys
 - 5) lihasjännitys
 - 6) unihäiriöt (nukahtamis- tai unessa pysymisvaikeudet tai levoton, virkistämätön uni)
- D. Ahdistus, huoli tai fyysiset oireet aiheuttavat kliinisesti merkittävää kärsimystä tai haittaa sosiaalisella, ammatillisella tai muulla tärkeällä toiminnan alueella.

Ref:DSM-5
suomeksi

7. DSM-5 : Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö 300.02 (F41.1)

- E. Häiriö **ei johdu** minkään kemiallisen aineen (esim. huumeen tai lääkkeen) suorasta fysiologisesta vaikutuksesta tai ruumiillisesta häiriöstä (esim. kilpirauhasen liikatoiminta).
- F. Häiriö **ei ole paremmin selitettävissä** jollakin muulla mielenterveyden häiriöllä (esim. **ahdistus tai huoli paniikkikohtauksista** (kuten paniikkihäiriössä), **negatiivinen arviointi** (kuten sosiaalisten tilanteiden pelossa), **saastuminen tai muu pakkomielle** (kuten pakko-oireisessa häiriössä), **ero läheisistä ihmisistä** (kuten eroahdistuksessa), **traumaa muistuttavat tapahtumat** (kuten traumaperäisessä stressihäiriössä), **lihominen** (kuten laihuushäiriössä), **ruumiilliset vaivat** (kuten somatisaatiohäiriössä), **koetut ulkonäkövirheet** (kuten dysmorfisen ruumiinkuvan häiriössä), **vakava sairastuminen** (kuten somaattisen sairauden aiheuttamassa ahdistuneisuushäiriössä), tai **harhaluuloisuushäiriöön tai skitsofreniaan liittyvän harhaluulon sisältö**

Ref:DSM-5
suomeksi

8. DSM-5 : Päihteen tai lääkkeen aiheuttama ahdistuneisuushäiriö

- A. Paniikkikohtaukset tai ahdistuneisuus hallitsevat kliinistä kuvaa.
- B. On olemassa näyttöä (esitiedot, kliiniset tutkimukset tai laboratoriotutkimukset) molemmista kohdista 1 ja 2 Kriteerin A oireet **kehittyivät joko päihtymyksen aikana, vieroitusoireiden aikana tai lääkkeelle altistumisen aikana tai pian näiden jälkeen.**
- Kyseinen päihde tai lääke **kykenee aiheuttamaan** kriteerin A oireet.
- C. Häiriö ei selity paremmin ahdistuneisuushäiriöllä, joka ei ole päihteen tai lääkkeen aiheuttama. Osoituksena sellaisesta olisivat: oireet edeltävät päihteen/lääkkeen käyttöä; oireet jatkuvat huomattavan kauan (esim. yli kuukauden) vieroituksen tai päihtymyksen jälkeen; tai on muuta näyttöä ahdistuneisuushäiriöstä, joka ei johdu päihteistä eikä lääkkeistä (esim. aikaisemmat ei-päihteisiin/ lääkkeisiin liittyvät sairastumisjaksot).
- D. Häiriö ei esiinny ainoastaan deliriumin aikana.
- E. Häiriö aiheuttaa kliinisesti merkittävää kärsimystä tai haittaa sosiaalisella, ammatillisella tai muulla tärkeällä toiminnan alueella.

Ref:DSM-5
suomeksi

8. DSM-5 : Päihteen tai lääkkeen aiheuttama ahdistuneisuushäiriö

- **Huomaa:** Tämä diagnoosi tulee tehdä päihtymys- tai vieroitusdiagnoosin sijasta vain, **jos kriteerin A oireet hallitsevat kliinistä kuvaa ja kun ne ovat kyllin vakavia vaatimaan kliinistä huomiota.**
- **Diagnoosin kirjaamisohje:** ICD-9-CM- ja ICD-10-CM-luokitusten koodit [spesifin päihteen/ lääkkeen] aiheuttamalle ahdistuneisuushäiriölle on esitetty alla taulukossa. Huomaa, että ICD- 10 _CM:n koodi riippuu siitä, **onko henkilöllä saman päihdeaineryhmän käyttöhäiriö.**
- Jos samanaikaisesti ahdistuneisuushäiriön kanssa esiintyy **lievä käyttöhäiriö**, neljäs numerokoodi on **"1"**, ja klinikon tulee kirjata "lievä [aine] käyttöhäiriö ennen päihteen aiheuttaman ahdistuneisuushäiriön diagnoosia (esim. lievä kokaiinin käyttöhäiriö ja kokaiinin käytön aiheuttama ahdistuneisuushäiriö).
- Jos samanaikaisesti ahdistuneisuushäiriön kanssa esiintyy **keskivaikea tai vaikea käyttöhäiriö**, **neljäs numerokoodi on "2"**, ja klinikon tulee kirjata "keskivaikea tai vaikea [aine] käyttöhäiriö ennen päihteen aiheuttaman ahdistuneisuushäiriön diagnoosia vaikeusasteen mukaisesti.
- Jos samanaikaisesti ahdistuneisuushäiriön kanssa **ei esiinny käyttöhäiriötä** (esimerkiksi kertaluonteisen suuren päihdekäytön jälkeen), **neljäs numerokoodi on "9"**, ja klinikon tulee kirjata vain päihteen aiheuttama tai siihen liittynyt ahdistuneisuushäiriö.

Ref:DSM-5
suomeksi

8. DSM-5 : Päihteen tai lääkkeen aiheuttama ahdistuneisuushäiriö

		ICD-10-CM		
	ICD-9-CM	+ päihdehäiriö (lievä)	+ päihdehäiriö (keskivaikea, vaikea)	Ei samanaikaista päihdehäiriötä
Alkoholi	291.89	F10.180	F10.280	F10.980
Kofeiini	292.89	F15.180	F15.280	F15.980
Kannabis	292.89	F12.180	F12.280	F12.980
Fensyklidiini	292.89	F16.180	F16.280	F16.980
Muu hallusinogeeni	292.89	F16.180	F16.280	F16.980

Ref:DSM-5
suomeksi

8. DSM-5 : Päihteen tai lääkkeen aiheuttama ahdistuneisuushäiriö

		ICD-10-CM		
	ICD-9-CM	+ päihdehäiriö (lievä)	+ päihdehäiriö (keskivaikea, vaikea)	Ei samanaikaista päihdehäiriötä
Inhalantti	292.89	F18.180	F18.280	F18.980
Opioidi	292.89	F11.188	F11.280	F11.980
Rauhoittava-, uni- tai anksiolyyttinen lääkeaine	292.89	F13.180	F13.280	F13.980
Amfetamiini (tai muu stimulantti)	292.89	F15.180	F15.280	F15.980
Kokaiini	292.89	F14.180	F14.280	F14.980
Muu (tai tuntematon) aine/päihde	292.89	F19.180	F19.280	F19.980

Ref:DSM-5
suomeksi

8. DSM-5 : Päihteen tai lääkkeen aiheuttama ahdistuneisuushäiriö

- *Määritä* (katso Taulukko 1 kappaleessa ”Päihteisiin liittyvät ja riippuvuushäiriöt”):
- **Alkanut päihtymyksen aikana:** Kyseisen aineen aiheuttaman päihtymystilan kriteerit täyttyivät ja oireet kehittyivät päihtymyksen aikana.
- **Alkanut vieroitustilan aikana:** Kyseisen aineen aiheuttaman vierotusoireyhtymän kriteerit täyttyivät, ja oireet kehittyivät vieroitusvaiheessa tai pian sen jälkeen.
- **Alkanut lääkkeen käytön yhteydessä:** oireet voivat alkaa lääkkeen käytön aloittamisen yhteydessä tai lääkkeen muutoksen tai vaihdon yhteydessä.

Ref:DSM-5
suomeksi

8. DSM-5 : Päihteen tai lääkkeen aiheuttama ahdistuneisuushäiriö

- Kirjaamis- ja luokitteluohje
- **ICD-9-CM.** Ahdistuneisuushäiriön nimi alkaa **sen aineen nimellä, jonka oletetaan aiheuttaneen häiriön.** Diagnoosikoodi valitaan aineryhmän mukaisesti tätä koskevasta taulukosta. **Mikäli aine ei sovi mihinkään** taulukon luokista (kuten esimerkiksi deksametasoni), valitaan luokka **"muu"**. Näin tehdään myös silloin, kun jonkin tuntemattomaksi jäävän aineen katsotaan aiheuttaneen häiriön.
- Häiriön nimeä seuraa tarkennus siitä, **missä päihteen käytön vaiheessa häiriö alkoi (päihtymyksen aikana vai vieroitustilan aikana).** Toisin kuin ICD-10-CM, joka yhdistää käyttöhäiriön ja käytön laukaiseman häiriö koodit yhdeksi koodiksi, ICD-9-CM sisältää erillisen koodin käyttöhäiriölle. Jos esimerkiksi **vaikean loratsepaamin vieroitustilan aikana** ilmaantuu vakavia ahdistuneisuusoireita, diagnoosi on 292.89 **loratsepaamin aiheuttama ahdistuneisuushäiriö**, jonka alku vieroitustilan aikana. Samalla annetaan **vaikean loratsepaamin käyttöhäiriön diagnoosi 304.10.**
- **Kun useamman kuin yhden aineen** katsotaan vaikuttaneen päihteen aiheuttaman ahdistuneisuushäiriön oireiden syntyyn, **ne kaikki listataan erikseen** (esimerkiksi 292.89 metylfenidaatin aiheuttama ahdistuneisuushäiriö, jonka alku päihtymyksen aikana; 292.89 salbutamolin aiheuttama ahdistuneisuushäiriö, jonka alku päihtymyksen aikana).

Ref:DSM-5
suomeksi

8. DSM-5 : Päihteen tai lääkkeen aiheuttama ahdistuneisuushäiriö

- Kirjaamis- ja luokitteluohje
- **ICD-10-CM. Ahdistuneisuushäiriön nimi alkaa sen aineen (esim. kokaiini, salbutamoli) nimellä, jonka oletetaan aiheuttaneen häiriön.** Diagnoosikoodi valitaan taulukosta, joka perustuu aineryhmiin ja samanaikaisen käyttöhäiriön olemassaoloon. Mikäli aine ei sovi mihinkään taulukon luokista (kuten esimerkiksi salbutamoli), valitaan **luokka ”muu”**. Silloin kun jonkin tuntemattomaksi jäävän aineen katsotaan aiheuttaneen häiriön, valitaan luokka ”tuntematon aine/päihde”.
- Kun häiriön nimeä kirjataan, samanaikaisen **päihteen käyttöhäiriön nimi kirjataan ensiksi, minkä jälkeen kirjataan mielialahäiriön nimi ja sen ajallinen suhde päihteen käyttöön.** Jos esimerkiksi vaikean lortasepaamin käyttöhäiriön yhteydessä ilmaantuu vieroitustilan aikana vakavia ahdistuneisuuden oireita, diagnoosi on F13.280 lortasepaamin aiheuttama ahdistuneisuushäiriö, jonka alku vieroitustilan aikana. Erillistä lortasepaamin käyttöhäiriön diagnoosia ei anneta.
- Jos päihteen aiheuttaman ahdistuneisuushäiriön jakso ilmaantuu **ilman samanaikaista käyttöhäiriötä** (esimerkiksi suuren kertaluonteisen käytön laukaisemana), ei käyttöhäiriön diagnoosia aseteta (esimerkkinä F16.980 **psilosybiinin aiheuttama ahdistuneisuushäiriö, jonka alku päihtymystilan aikana**).

Ref:DSM-5
suomeksi

8. DSM-5 : Päihteen tai lääkkeen aiheuttama ahdistuneisuushäiriö

- Kirjaamis- ja luokitteluohje
- Kun **useamman kuin yhden aineen** katsotaan vaikuttaneen päihteen aiheuttaman **kaksisuuntaisen mielialahäiriön oireiden syntyyn**, ne kaikki listataan erikseen (esimerkiksi F15.280 vaikea metylfenidaatin käyttöhäiriö ja sen aiheuttama ahdistuneisuushäiriö, jonka alku vieroitustilan aikana; F19.980 salbutamolin aiheuttama kaksisuuntainen tai siihen liittyvä häiriö, jonka alku lääkkeen käytön yhteydessä).

9. DSM-5: Somaattisen sairauden aiheuttama ahdistuneisuushäiriö 293.84 (F06.4)

- A. **Paniikkikohtaukset tai ahdistuneisuus** hallitsevat kliinistä kuvaa.
- B. On olemassa näyttöä (esitiedot, kliiniset tutkimukset tai laboratoriolöydökset) siitä, että **häiriö on somaattisen sairauden suoraa fysiologista seurausta**.
- C. Häiriö **ei ole paremmin selitettävissä muulla** mielenterveyden häiriöllä.
- D. Häiriö **ei esiinny ainoastaan deliriumin aikana**.
- E. Häiriö aiheuttaa **kliinisesti merkittävää kärsimystä tai haittaa** sosiaalisella, ammatillisella tai muulla toiminnan tärkeällä alueella.
- **Diagnoosin kirjaamisohje:** Sisällytä somaattisen sairauden nimi mielenterveydenhäiriön nimeen (esim. 293.84 [F06.4] **feokromosytooman aiheuttama ahdistuneisuushäiriö**). Somaattinen sairaus tulee myös koodata ja listata erikseen ennen somaattisen sairauden aiheuttamaa ahdistuneisuushäiriötä (esim. 227.0 [D35.00] feokromosytooma; 293.84 [F06.4] feokromosytooman aiheuttama ahdistuneisuushäiriö).

Ref:DSM-5
suomeksi

10. DSM-5: Muu tarkemmin määritetty ahdistuneisuushäiriö 300.09 (F41.8)

- Tähän luokkaan kuuluvat sellaiset häiriöt, joille on **tyypillistä ahdistuneisuushäiriöiden oireet, jotka aiheuttavat merkittävää kliinistä kärsimystä tai haittaa sosiaalisella, ammatillisella tai muulla tärkeällä toiminnan alueella, mutta jotka eivät täytä** minkään ahdistuneisuushäiriön kaikkia diagnostisia kriteerejä.
 - Muuta tarkemmin määritettyä ahdistuneisuushäiriötä käytetään tilanteissa, joissa kliinikko haluaa välittää erityisestä syystä tiedon, että **häiriö ei täytä** minkään tietyn ahdistuneisuushäiriön diagnostisia kriteerejä. (Tämä tehdään kirjaamalla ”Muu määritetty ahdistuneisuushäiriö”, jota täydennetään erityisellä syyllä (esim. yleistynyt ahdistuneisuushäiriö, ei esiinny useimpina päivinä).
- Esimerkkejä tilanteista, joissa voidaan käyttää nimitystä tarkemmin määritetty:
- **Rajoitettujen oireiden kohtaukset**
- **Yleistynyt ahdistuneisuus, joka ei esiinny useimpina päivinä**
- **Khyâl cap:** Katso ”Kulttuuristen käsitteiden sanasto” DSM-5:n liite
- **Ataque de nervios:** Katso ”Kulttuuristen käsitteiden sanasto” DSM-5:n liite

Ref:DSM-5
suomeksi

11. DSM-5: Tarkemmin määrittämätön ahdistuneisuushäiriö 300.00 (F41.9)

- Tähän luokkaan kuuluvat sellaiset häiriöt, joille on **tyypillistä ahdistuneisuushäiriöiden oireet, jotka aiheuttavat merkittävää kliinistä kärsimystä tai haittaa** sosiaalisella, ammatillisella tai muulla tärkeällä toiminnan alueella, mutta jotka **eivät täytä minkään ahdistuneisuushäiriön kaikkia diagnostisia kriteerejä**.
- Tarkemmin määrittämätöntä ahdistuneisuushäiriötä voidaan käyttää tilanteissa, joissa klinikko **ei halua eritellä syytä** siihen, miksi tietyn ahdistuneisuushäiriön diagnostiset kriteerit eivät täyty ja johon sisältyy tilanteet, joissa **ei ole riittävästi tietoa**, jotta voitaisiin tehdä tarkempia diagnooseja (esim. päivystysvastaanotot).

3) Ahdistuneisuuden Käypä Hoito SF 2019 – yksi dia + muutama lause viittaus ikäihmisiin

Yl juha kemppinen

Ahdistuneisuushäiriöt -Eriyisryhmät

- Ikääntyneet
- Tutkimukset iäkkäillä ovat kohdistuneet laajamittaisesti **yleistyneeseen ahdistuneisuushäiriöön**. **Tutkimuksia** sosiaalisen tilanteiden pelosta, paniikkihäiriöstä tai julkisten paikkojen pelosta hoidon osalta iäkkäillä **ei vastaavasti ole**. Hoitoratkaisut noin 75 ikävuoteen saakka perustuvat näin ollen **keski-ikäisistä saatuun tutkimustietoon**.
 - **Kognitiivis-behavioraalinen psykoterapia** on 55 vuotta täyttäneiden ja sitä vanhempien yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoidossa ilmeisesti tehokasta odotuslistalla olemiseen ja tavanomaiseen hoitoon verrattuna, mutta eroa muuhun aktiivihoitoon nähden ei ilmeisesti ole B.
 - Masennuslääkkeistä **essitalopraami, venlafaksiini ja duloksetiini** ovat ilmeisesti tehokkaita ikääntyneiden yleistyneen ahdistuneisuushäiriön lyhytaikaisessa hoidossa B. Muiden masennuslääkkeiden tehosta yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoidossa ei ikääntyneillä ole riittävää näyttöä.
 - Hoito **ketiapiinilla** lienee tehokasta ikääntyneiden yleistyneen ahdistuneisuushäiriön lyhytaikaisessa hoidossa C. Ks. myös taulukko 9.
 - Hoito **pregabaliinilla** lienee tehokasta myös ikääntyneiden yleistyneen ahdistuneisuushäiriön lyhytaikaisessa hoidossa C. Ks. myös taulukko 9.
 - Lääkehoidossa tulee ottaa huomioon potilaan muu lääkitys ja mahdolliset yhteisvaikutukset.

Ahdistuneisuushäiriöiden lääkehoito

- **Bentsodiatsepiinien käyttö ahdistuneisuushäiriöistä kärsivillä**
- Erityistä harkintaa tulee noudattaa lyhytvaikutteisten bentsodiatsepiinien käytön yhteydessä [109](#), [110](#)(Internet [23](#)), [111](#) mutta myös klonatsepaamin päihdekäyttöä esiintyy (ks. Valvira [24](#)).
- Erityisryhmille, kuten **iäkkäille**, käytetään ensisijaisesti keskipitkävaikutteisia ja yksinkertaisen metabolian omaavia bentsodiatsepiineja, kuten **oksatsepaamia ja loratsepaamia**.
- Myös niillä muille hoitomuodoille resistentillä potilailla, joille käytetään pitkäkestoista ja mahdollisesti suuriannoksista bentsodiatsepiinilääkitystä, annostelua tulee ikääntymiseen liittyvien **neurokognitiivisten ja motoristen haittojen välttämiseksi arvioida säännöllisin välein** (ks. Käypä hoito -suosituksen Muistisairaudet [13](#), [112](#) kohta Käyttöoireiden hoito / Bentsodiatsepiinit [25](#)).
- **Bentsodiatsepiinireseptejä ei uusita automaattisesti**, vaan vointia ja hoidon etenemistä arvioidaan vastaanottokäynneillä. Lääkehoidon toteutumista tulee seurata aktiivisesti esimerkiksi reseptitietokannan keinoin, ja hoidossa tulee käyttää **ne rep.- ja iteroituja reseptejä pienintä mahdollista lääkemäärää käyttäen**.

Ahdistuneisuushäiriöiden lääkehoito

Taulukko 9. Ahdistuneisuushäiriöiden lääkehoitoon vaikuttavia tekijöitä.

	Näyttö	Suosituks
Unettomuus Ks. Käypä hoito -suositus Unettomuus 18 , 151	Moni samanaikainen häiriö voi aiheuttaa unihäiriöitä. SSRI- ja SNRI-lääkkeet voivat pahentaa unihäiriöitä, jolloin pregabaliini ja hydroksitsiini voivat olla käyttökelpoisempia.	Arvioi unettomuuden syyt. Ahdistuneisuushäiriöiden lääkityksen lisäksi tarvitaan unettomuuden Käypä hoito -suosituksen mukaista psykososiaalista hoitoa ja lääkehoitoa.
lääkkäät potilaat	Kaikki yleistyneen ahdistuneisuushäiriön hoidossa käytetyt lääkkeet voivat olla iäkkäillä <u>huonommin siedettyjä</u> .	Käytä duloksetiinia tai essitalopraamia , mutta huomioi kävelyvaikeuksien, hyponatremian, osteoporoosin, QT-ajan pitenemisen ja maha-suolikanavan vuotojen riskit. Essitalopraamilla ei tule ylittää 10 mg vuorokausiannosta. Venlafaksiini on myös tehokas, joskin siihen liittyy verenpaineen nousun mahdollisuus. Pregabaliinin teho on tässä ryhmässä epäselvä. Sen haittoina ovat sedaatio ja huimaus. Vältä yleensä bentsodiatsepiineja ja psykoosilääkkeitä niiden haittaoireiden vuoksi. Ketiapiinista on näyttöä GAD:n hoidossa.

Ahdistuneisuushäiriöiden Käypä hoito -suositus
<https://www.kaypahoito.fi/hoi50119>

4) Ikäihmisten ahdistuneisuudesta (useat eri lähteet)

Yl juha kemppinen

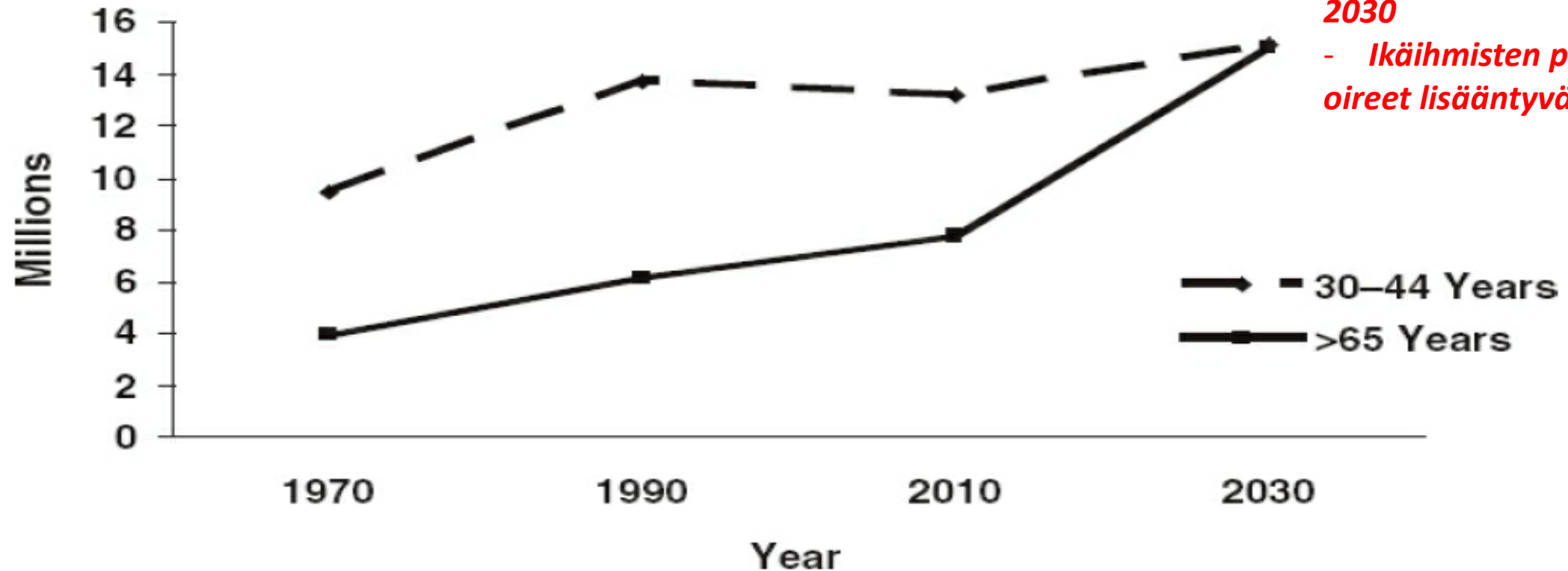


Table 57.3d–1.

Prevalence Estimates of Anxiety Disorders in Older Adults

GAD	Generalized anxiety disorder	Yleinen ahdistuneisuushäiriö	0.7–9%
	Specific phobia	Erityinen pelko	3–5%
SAD	Social anxiety disorder (social phobia)	Sosiaalinen ahdistuneisuus	0.2–2%
PD	Panic disorder	Paniikkihäiriö	0.1–1%
	Agoraphobia	Julkisten paikkojen pelko	0.4%
OCD	Obsessive-compulsive disorder	Pakko-oireinen häiriö	0.1–2%
	Hoarding disorder	Tavaran keräily	14%
PTSD	Posttraumatic stress disorder	Posttraumaattinen oireyhtymä	8.7%

Kaplan & Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 10th ed, 2017- esiintyvyys



Masennus:

- **eniten työkyvyttömyyttä 2030**
- **Ikäihmisten psykiatriset oireet lisääntyvät**

FIGURE 57.1a–3. Estimated number of people with psychiatric disorders in the United States. (From Jeste DV, Alexopoulos GS, Bartels SJ, et al. Consensus statement on the upcoming crisis in geriatric mental health: research agenda for the next two decades. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56:848–853.)

2016 Stern T et al, Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry, 2nd ed

TABLE 71-1 Metabolic Changes Associated with Aging

Function	Impact	Domain
Maksa function	Decreased	Blood flow
	Decreased	Affects first-pass effect
Imey- tyminen	Decreased	Enzyme activity
	Decreased	Demethylation
Munuaiset	Decreased	Hydroxylation
	Decreased	Blood flow
Renal excretion	Decreased	Acidity
	Decreased	Motility
Distribution	Decreased	Gastrointestinal surface area
	Decreased	Blood flow
Erity- minen	Decreased	Can lead to lithium toxicity
	Decreased	Glomerular filtration rate
Proteiiniin sitoutuminen	Decreased	Hydroxymetabolites affected
	Decreased	Tubular excretion
Protein- binding	Increased	Benzodiazepine clearance slowed
	Increased	Volume of distribution
Protein- binding	Decreased	Especially for lipophilic drugs
	Decreased	Fat stores
Protein- binding	Decreased	Water content
	Decreased	Muscle mass
Protein- binding	Decreased	Cardiac output and perfusion to organs
	Decreased	Albumin levels (except α_1 -glycoprotein)



Table 57.2c–5.

Brain Performance Measures That Worsen with Aging

1. Cognition

- Mental speed
- Fluid reasoning
- Executive function
- Retrieval
- Episodic memory
- Free recall worse than recognition

2. Movement

- Gait slowing
- Simple reaction time slowing
- Upward gaze
- Balance changes (vestibular, sensory, motor, and brain)

Kognitio

- Henkinen ketteryys
- Järkeilyn joustavuus
- Toiminnanohjaus
- Mieleen palauttaminen
- Episodinen muisti
- Vapaa mieleen palautus < tunnistus

Liikkuminen

- Kävely hidastuu
 - Reaktioaika hidastuu
 - Ylöspäin katse
 - Tasapainomuutokset
-



Table 57.2c–7.

Interventions Proposed to Help Maintain Brain Abilities with Aging

- | | |
|---|---|
| 1. Control hypertension | Verenpaineen hoito |
| 2. Treat diabetes and vascular risk factors | Diabeteksen ja sydänverisuonitautien riskitekijöiden hoito |
| 3. Regular physical activity | Säännöllinen fyysinen aktiivisuus |
| 4. Mental activity, e.g., cognitively demanding pastimes | Henkinen aktiivisuus |
| 5. Social activity, e.g., friend, family, and community interactions | Sosiaalinen aktiivisuus |
| 6. Diet: similar components to a heart-healthy diet, e.g., a diet rich in antioxidants and low in saturated fat, or a Mediterranean-type diet | Ruokavalio |
-

2018 Hategan A et al Geriatric Psychiatry - ikäihmisten ahdistuneisuus- riskitekijät

■ **Table 12.3 Risk factors for late-life anxiety disorders [30]**

Risk factors	Female sex	Nainen
	Being single	Yksinelävä
	Low education level	Matala koulutustaso
	Personality trait of neuroticism	Neuroottisuus
	Adverse early childhood events	Lapsuudenkokemukset
	Stressful life events	Stressaavat elämäntapahtumat
	Multimorbidity	Monisairastavuus
	Poor subjective health	Heikko subjektiivisesti koettu terveydentila
	Physical impairment	Fyysiset vajavuudet

- ikäihmisten ahdistuneisuusoireet ovat vaikeita diagnosoitaviksi

- Anxiety disorders will continue to pose an important and challenging issue for the older population and clinicians alike.
- Late-life anxiety disorders **are difficult to diagnose for a number of reasons**, including a difficulty to distinguish **adaptive and pathological anxiety** in older adults in the context of **normal aging**, patient **minimization of symptoms**, and **comorbid neuropsychiatric symptoms, including cognitive impairment**.
- In addition, the symptoms in late-life anxiety disorders may differ from those in younger anxiety disorder patients, as older patients may present with **more somatic complaints** with anxiety related to **the experience of systemic medical comorbidities**.

- ikäihmisillä on ahdistuneisuushäiriöitä, joka 7.?

- Thus, it is not surprising that late-life anxiety disorders may be **underreported**.
- While it was once thought that late-life anxiety disorders were uncommon, a number of reviews have suggested that **late-life anxiety** disorders have a **lifetime prevalence of up to 15.3%**.
- While anxiety disorders are thought to be the **most common psychiatric disorders in geriatric psychiatry**, compared to depressive and other psychiatric disorders, they have received comparatively **less attention and are less recognized**.
- One proposed reason for this under-recognition is that most anxiety disorders in late-life are thought to be **chronic** and have their **beginnings earlier in life**.

1/ 7
ikäihmisestä

- DSM 5:ssä ei ole diagnostisia kriteerejä ikäihmisten ahdistuneisuudelle

- The **DSM-5** does **not delineate specific anxiety disorders** that affect **primarily older adults**, even though geriatric-specific syndromes do exist, most notably **the fear of falling**.
Kaatumisen pelko ei ole diagnoosina
- **Fear of falling** can be conceptualized as a **specific phobia** that is known to impact older adults and can lead to a **significant functional impairment**.
- **Separation anxiety disorder** and **selective mutism** are thought to occur primarily in childhood, and **social anxiety disorder** also typically presents early in life.
- Conversely, **specific phobias** and **generalized anxiety disorder** are among the most commonly occurring anxiety disorders late in life.

- DSM 5:ssä ei ole diagnostisia kriteerejä ikäihmisten ahdistuneisuudelle

- **Almost half the cases of generalized anxiety disorder and agoraphobia have a late-life onset**, although cases with an earlier onset are thought to be more persistent and severe.
- Disorders which involve **the fear response, like panic disorder**, are thought to have a particularly low incidence rate in the geriatric population, although they have been documented to occur, most often, in **the context of systemic medical comorbidities**.
- This decrease in incidence may be explained by **age-related dampening of physiological autonomic responses** [23].
- Thus, **the new onset of panic symptoms** in late life should prompt a thorough search for alternative and comorbid diagnoses with close attention to **systemic medical conditions and medication side effects**.

GAD ja
julkisten
paikkojen
pelko
50%
alkaa
ikäihmisenä

Elimistö ei enää
reagoi niin vahvasti

Uusi
ahdistus
→ Etsi
tautia
tai lääkettä

2018 Hategan A et al Geriatric Psychiatry

- pelko ja ahdistusoireet

Table 12.1 Manifestations of fear and anxiety

Fear		Anxiety	
Racing heart beat	Sydämen kova syke	Worry	Huoli
Sweating	Hikoilu	Keyed-up feeling	Hermostuneisyyden tunne
Nausea	Pahoinvointi	Muscle tension	Lihasjännitys
Shortness of breath	Hengitysvaikeus	Cautious behaviors	Varovainen käytös
Feeling of imminent death	Välittömän kuoleman tunne	Avoidance behaviors	Välttelevä käytös
“Fight or flight” response	Pakene tai taistele-tunne		

5) Ikäihmisten ahdistuneisuushäiriöiden diagnosointi ja hoito

Yl juha kemppinen

2018 Hategan A et al Geriatric Psychiatry - pelko ja ahdistusoireet – diagnoosi

- Diagnostic Evaluation
- As with all other psychiatric disorders, the diagnosis of late-life anxiety disorder requires
 - a careful and comprehensive assessment of the patient,
 - including a clinical history,
 - physical examination, and
 - laboratory investigations.
- **The differential diagnosis for anxiety disorders is broad.** One must consider both alternative as well as comorbid psychiatric and systemic medical diagnoses, in addition to medication or substance-induced interactions, a dilemma exacerbated in the geriatric population

Huolellinen
arviointi

Erotusdg on
laaja

Kaplan & Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 10th ed, 2017- psykiatrisen potilaan arviointi – "to-do list"



Table 57.3b–3.

Practical Evaluation of Psychiatrically Disturbed Medically Ill Older Patients

Establish rapport quickly.

Define the reason for the consultation or visit.

Learn and use a few rapid screening instruments:

- ▶ Cognition—e.g., Mini-Cog
- ▶ Depression—e.g., Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)
- ▶ Neuropsychiatric symptoms—e.g., Neuropsychiatric Inventory (short version)
- ▶ Functional ability—e.g., Functional Activities Assessment

Expect more than one psychiatric diagnosis (e.g., delirium plus chronic depression).

Make a complete problem list:

- ▶ Medical
- ▶ Psychiatric
- ▶ Social
- ▶ Functional

Identify all drugs in current use:

- ▶ Prescription drugs
- ▶ Over-the-counter medications
- ▶ Vitamins, minerals, botanicals, and "natural" remedies
- ▶ Alcohol and tobacco
- ▶ Include those used infrequently
- ▶ Ask patients or caregivers to bring all medications from home in a paper bag for your inspection

Ikäihmisen arviointi

> 1 Psykiatrinen dg

Täydellinen arviointi

Lääkitykset

Kaplan & Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 10th ed, 2017- psykiatrisen potilaan arviointi – "to-do list"



Table 57.3b–3.

Practical Evaluation of Psychiatrically Disturbed Medically Ill Older Patients

Interview capable collateral sources:

- ▶ Family or other primary caregivers
- ▶ Primary physician
- ▶ Staff of residential facilities

Haastattele muitakin

For acute exacerbations of chronic problems, ask "why now?"

**Miksi juuri nyt
oireet pahentuneet?**

If problem unexplained, search for:

- ▶ Undiagnosed medical illness
- ▶ Drug effect or interaction
- ▶ Occult injury
- ▶ Undetected social problem (abandonment, abuse)

**Jos jää epäselväksi,
etsi somaattista sairautta,
lääkeyhteisvaikutuksia,
vammaa tai sosiaalista ongelmaa**

Conduct a screening physical examination: vital signs, gait, neurological signs.

**Hyvä
somaattinen
tutkimus**

Kaplan & Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 10th ed, 2017- psykiatrisen potilaan arviointi – "to-do list"



Table 57.3b–3.

Practical Evaluation of Psychiatrically Disturbed Medically Ill Older Patients

Obtain appropriate corroborating laboratory studies; consider broad-spectrum tests to screen for suspected disease, e.g., complete blood count, blood glucose, serum electrolytes, blood urea nitrogen and creatinine, liver enzymes, thyroid-stimulating hormone and free thyroxine, vitamin B₁₂ and folate, syphilis serology if indicated, urinalysis, electrocardiogram, chest radiograph, electroencephalography for delirium, erythrocyte sedimentation rate for occult systemic disorders, hip radiographs for a delirious patient who will not walk, neuroimaging (head computed tomography for screening, or magnetic resonance imaging when microvascular disease is a possibility; single photon emission computed tomography for more precise diagnosis).

**Riittävän
laajat
laboratorio-
tutkimukset**

2016 Stern T et al, Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry, 2nd ed

TABLE 71-2 PHQ-9

Nine Symptom Checklist

Over the last 2 weeks, how often have you been bothered by any of the following problems?

	<i>Not At All</i>	<i>Several Days</i>	<i>More Than Half the Days</i>	<i>Nearly Every Day</i>
1. Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
2. Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3
3. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much	0	1	2	3
4. Feeling tired or having little energy	0	1	2	3
5. Poor appetite or overeating	0	1	2	3
6. Feeling bad about yourself—or that you are a failure or have let yourself or your family down	0	1	2	3
7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television	0	1	2	3
8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed? Or the opposite—being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual	0	1	2	3
9. Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way	0	1	2	3

(For office coding: Total Score ____ = ____ + ____ + ____)

If you checked off any problems, how difficult have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?

Not difficult at all	Somewhat difficult	Very difficult	Extremely difficult
----------------------	--------------------	----------------	---------------------

From the Primary Care Evaluation of Mental Disorders Patient Health Questionnaire (PRIME-MD PHQ). The PHQ was developed by Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke, and colleagues. For research information, contact Dr. Spitzer at rls8@columbia.edu. PRIME-MD® is a trademark of Pfizer Inc. Copyright© 1999 Pfizer Inc. All rights reserved, and Kroenke K, Spitzer RL. The PHQ-9: A new depression diagnostic and severity measure, Psychiatric Annals 32(9):1–7, 2002.

Kuinka usein **viimeisen kahden viikon aikana** ovat seuraavanlaiset ongelmat vaivanneet sinua?

1. Vain vähäistä mielenkiintoa tai mielihyvää erilaisten asioiden tekemisestä

- ☐ Ei ollenkaan (0 p)
- ☐ Useina päivinä (1 p)
- ☐ Enemmän kuin puolet ajasta (2 p)
- ☐ Lähes joka päivä (3 p)

2. Alakuloisuutta, masentuneisuutta, toivottomuutta

- ☐ Ei ollenkaan (0 p)
- ☐ Useina päivinä (1 p)
- ☐ Enemmän kuin puolet ajasta (2 p)
- ☐ Lähes joka päivä (3 p)

3. Vaikeuksia nukahtaa, pysyä unessa tai liiallista nukkumista

- ☐ Ei ollenkaan (0 p)
- ☐ Useina päivinä (1 p)
- ☐ Enemmän kuin puolet ajasta (2 p)
- ☐ Lähes joka päivä (3 p)

4. Väsymystä tai voimattomuutta

- ☐ Ei ollenkaan (0 p)
- ☐ Useina päivinä (1 p)
- ☐ Enemmän kuin puolet ajasta (2 p)
- ☐ Lähes joka päivä (3 p)

5. Ruokahaluttomuutta tai liiallista syömistä

- ☐ Ei ollenkaan (0 p)
- ☐ Useina päivinä (1 p)
- ☐ Enemmän kuin puolet ajasta (2 p)
- ☐ Lähes joka päivä (3 p)

6. Huonommuuden tai epäonnistumisen tunteita tai tunne siitä, että olet tuottanut pettymyksen itsellesi tai perheellesi

- ☐ Ei ollenkaan (0 p)
- ☐ Useina päivinä (1 p)
- ☐ Enemmän kuin puolet ajasta (2 p)
- ☐ Lähes joka päivä (3 p)

7. Vaikeutta keskittyä asioihin kuten sanomalehden lukemiseen tai television katseluun

- ☐ Ei ollenkaan (0 p)
- ☐ Useina päivinä (1 p)
- ☐ Enemmän kuin puolet ajasta (2 p)
- ☐ Lähes joka päivä (3 p)

8. Puhumisen tai liikkumisen hitautta, jonka muutkin voisivat huomata tai vastakohtaisesti rauhattomuutta tai liikehtimistä paljon tavallista enemmän

- ☐ Ei ollenkaan (0 p)
- ☐ Useina päivinä (1 p)
- ☐ Enemmän kuin puolet ajasta (2 p)
- ☐ Lähes joka päivä (3 p)

9. Ajatuksia, että olisi parempi, jos olisit kuollut tai että haluaisit vahingoittaa itseäsi jotenkin

- ☐ Ei ollenkaan (0 p)
- ☐ Useina päivinä (1 p)
- ☐ Enemmän kuin puolet ajasta (2 p)
- ☐ Lähes joka päivä (3 p)

Pisteet yhteensä:

0-4 pistettä: ei masennusta

5-9 pistettä: lievä masennus

10-14 pistettä: kohtalainen masennus

15-19 pistettä: kohtalaisen vakava masennus

20 pistettä tai yli: vakava masennus

Kaplan & Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 10th ed, 2017- masennus vs ahdistus



Table 57.3d–2.

Characteristics of Depression and Anxiety in Older Adults

Typical Presentation	Depression	Anxiety
Somatic symptoms	Vegetative (e.g., poor appetite, fatigue)	Autonomic (e.g., palpitations, dizziness, gastrointestinal distress)
Activity level	Typically psychomotor retardation	Agitation or subjective feeling of restlessness
Enjoyment of life	Diminished	Not diminished, but patient may claim that he or she has no time to enjoy life
Sleep disturbance	Early-morning awakening	Difficulty falling or staying asleep
Thought content	Rumination about past losses or failures, suicidal ideation	Worry about current or future threats or dangers
Behavior	Decreased activity	May exhibit excessive activity (e.g., cleaning, taking on too many projects or responsibilities)
Family relationships	May be isolated or disconnected from family	May be overinvolved or intrusive with family
Social networks	Diminished	Often not diminished, may hide symptoms from network
Onset	May have early or late onset	More typically early onset
Course	Episodic	Chronic
Attribution	Patient may believe that symptoms are part of normal aging or a natural response to life events	Patient may believe that symptoms are part of his or her personality or a natural response to life events

2016 Stern T et al, Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry, 2nd ed

BOX 71-1 Activities of Daily Living (ADLs)

- Feeding or eating
- Bathing
- Toileting
- Dressing
- Continence
- Hygiene
- Mobility or transferring

BOX 71-2 Instrumental Activities of Daily Living (IADLs)

- Housework, light
- Telephoning
- Cooking and meal preparation
- Grocery shopping
- Using transportation
- Managing medication
- Managing finances

2018 Hategan A et al Geriatric Psychiatry

- pelko ja ahdistusoireet – eri syitä

Table 12.4
disorders

Common potential contributors to anxiety

Category	Examples
Medications	Prescribed amphetamines, steroids, beta-agonists, thyroxine, levodopa
Substances	Illicit amphetamines (crack, crystal meth, cocaine), caffeine, alcohol (withdrawal)
Systemic medical conditions	<i>General:</i> pain, electrolyte imbalances, incontinence, physical disability, sensory impairment
	<i>Neurologic:</i> seizures, tumors, migraine, cognitive impairment
	<i>Respiratory:</i> COPD, asthma, hyperventilation, dyspnea, sleep apnea
	<i>Endocrine:</i> hyperthyroidism, tumors (e.g., pheochromocytoma) <i>Gastrointestinal:</i> constipation, diarrhea, abdominal pain <i>Cardiovascular:</i> anemia, angina, congestive heart failure, arrhythmias

Kaplan&Sadock's Synopsis, 2017, 11st ed.

Ahdistuneisuuden somaattiset syyt

Cardiovascular Diseases

Anemia
Angina
Congestive heart failure
Hyperactive β -adrenergic state

Pulmonary Diseases

Asthma
Hyperventilation

Neurological Diseases

Cerebrovascular disease
Epilepsy
Huntington's disease
Infection
Ménière's disease

Endocrine Diseases

Addison's disease
Carcinoid syndrome
Cushing's syndrome
Diabetes
Hyperthyroidism

Drug Intoxications

Amphetamine
Amyl nitrite
Anticholinergics
Cocaine

Drug Withdrawal

Alcohol
Antihypertensives

Other Conditions

Anaphylaxis
B₁₂ deficiency
Electrolyte disturbances
Heavy metal poisoning

Hypertension
Mitral valve prolapse
Myocardial infarction
Paradoxical atrial tachycardia

Pulmonary embolus

Migraine
Multiple sclerosis
Transient ischemic attack
Tumor
Wilson's disease

Hypoglycemia
Hypoparathyroidism
Menopausal disorders
Pheochromocytoma
Premenstrual syndrome

Hallucinogens
Marijuana
Nicotine
Theophylline

Opiates and opioids
Sedative-hypnotics

Systemic infections
Systemic lupus erythematosus
Temporal arteritis
Uremia

Kaplan&Sadock's Synopsis, 2017, 11st ed.

Paniikkihäiriölääkitys aikuisille (ikäihmisille 50%?)



Table 9.2-4

Recommended Dosages for Antipanic Drugs (Daily Unless Indicated Otherwise)

Drug	Starting (mg)	Maintenance (mg)
SSRIs		
Paroxetine	5–10	20–60
Paroxetine CR	12.5–25	62.5
Fluoxetine	2–5	20–60
Sertraline	12.5–25	50–200
Fluvoxamine	12.5	100–150
Citalopram	10	20–40
Escitalopram	10	20
Tricyclic Antidepressants		
Clomipramine	5–12.5	50–125
Imipramine	10–25	150–500
Desipramine	10–25	150–200
Benzodiazepines		
Alprazolam	0.25–0.5 tid	0.5–2 tid
Clonazepam	0.25–0.5 bid	0.5–2 bid
Diazepam	2–5 bid	5–30 bid
Lorazepam	0.25–0.5 bid	0.5–2 bid
MAOIs		
Phenelzine	15 bid	15–45 bid
Tranylcypromine	10 bid	10–30 bid
RIMAs		
Moclobemide	50	300–600
Brofaromine	50	150–200
Atypical Antidepressants		
Venlafaxine	6.25–25	50–150
Venlafaxine XR	37.5	150–225
Other Agents		
Valproic acid	125 bid	500–750 bid
Inositol	6,000 bid	6,000 bid

bid, twice a day; MAOI, monoamine oxidase inhibitors; RIMA, reversible inhibitor of monoamine oxidase type A; SSRIs, selective serotonin reuptake inhibitor; tid, three times a day.

Kaplan & Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 10th ed, 2017- lääkeyksen arviointi



Table 57.3b–2.

Examples of Drug–Drug/Drug–Disease Interactions in the Elderly

Drug	Indication	Adverse Effect
Cimetidine	Gastroesophageal reflux	Delirium Elevated drug levels (e.g., TCAs, benzodiazepines, neuroleptics, propranolol, theophylline)
Metoclopramide	Gastroparesis	Parkinsonism, inappropriate prescription of levodopa
TCAs	Depression, anxiety, insomnia, chronic pain	Confusion Constipation Tachycardia, cardiac conduction defect, hypotension Altered effect of antihypertensive agents (↑ effect of diuretics, ↓ effect of α_2 agonists, e.g., clonidine)
SSRIs	Depression, anxiety, obsessive-compulsive symptoms	Apathy Insomnia Restlessness, agitation, extrapyramidal symptoms, akathisia Central bradycardia ↑ Potential for diverse drug–drug interactions Destabilization of Coumadin dosing Gastrointestinal distress, diarrhea

Kaplan & Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 10th ed, 2017- lääkeyksen arviointi



Table 57.3b–2.

Examples of Drug–Drug/Drug–Disease Interactions in the Elderly

Drug	Indication	Adverse Effect
NSAIDs	Arthritis	Cognitive impairment ↑ Serum lithium levels ↑ Blood pressure, ↓ hypertension control
Neuroleptics/atypical antipsychotics	Dementia with psychosis	Death ↑ Cognitive impairment Extrapyramidal symptoms Falls Aspiration pneumonia
Ginkgo biloba	Impaired memory, arterial insufficiency	↓ Clotting time Restlessness (high doses)
Glucocorticoids	Inflammation, COPD	Depression, mania, psychosis, cognitive impairment (especially at high doses), insomnia

COPD, chronic obstructive pulmonary disease; NSAIDs, nonsteroidal anti-inflammatory drugs; SSRIs, selective serotonin reuptake inhibitors; TCAs, tricyclic antidepressants.

2005 Levenson J The textbook of psychosomatic medicine

TABLE 12-2. Substances that may cause anxiety

Class	Examples	Notes
Androgens	Nandrolone Methyltestosterone	Most problems occur when abused
Angiotensin-converting enzyme inhibitors	Captopril Lisinopril	Often stimulating
Anticholinergics	Atropine Benztropine Dicyclomine Hyoscyamine	
Antidepressants	Serotonin reuptake inhibitors Bupropion Tricyclic agents	
Antiemetics	Prochlorperazine Promethazine	Anxiety may actually be akathisia
Antimigraine agents	Sumatriptan Naratriptan	
Antimycobacterial agents	Isoniazid	
Antineoplastic agents	Vinblastine Ifosfamide	

2005 Levenson J The textbook of psychosomatic medicine

TABLE 12-2. Substances that may cause anxiety

Class	Examples	Notes
Antipsychotics	Thiothixene Haloperidol	Anxiety may actually be akathisia
Antiviral agents	Acyclovir Didanosine Foscarnet Ganciclovir Efavirenz	
Beta-adrenergic agonists	Albuterol Metaproterenol	
Cannabinoids	Dronabinol	
Class I antiarrhythmics	Lidocaine Procainamide Quinidine	
Corticosteroids	Prednisone Methylprednisolone	
Dopaminergic agents	Carbidopa-levodopa Amantadine Pergolide	
Estrogens	Conjugated estrogens Ethinyl estradiol Levonorgestrel implant	May cause panic attacks and depression
Gonadotropin-releasing hormone active agents	Leuprolide	
Histamine H ₂ receptor antagonists	Cimetidine Famotidine Nizatidine	
Interferons	Interferon-alfa Interferon-beta	
Methylxanthines	Caffeine Theophylline	

2005 Levenson J The textbook of psychosomatic medicine

TABLE 12-2. Substances that may cause anxiety (continued)

Class	Examples	Notes
Sympathomimetics	Ephedrine Epinephrine Phenylephrine nasal Pseudoephedrine	
Nonsteroidal anti-inflammatory drugs	Indomethacin Naproxen Salicylates	
Opiates	Meperidine	Owing to drug withdrawal, meperidine may directly cause anxiety with progression to delirium (Kaiko et al. 1983)
Opioid antagonists	Naltrexone	Observe for opiate withdrawal
Progestins	Medroxyprogesterone acetate Norethindrone	
Prokinetic agents	Metoclopramide	Anxiety may be due to akathisia
Psychostimulants	Methylphenidate Dextroamphetamine	
Sedative-hypnotics	Benzodiazepines Barbiturates Alcohol	Anxiety due to drug withdrawal

2018 Hategan A et al Geriatric Psychiatry - ikäihmisten ahdistuneisuus - yhteenveto

■ Table 12.6 Management of late-life anxiety disorders in older adults

Comprehensive assessment Täydellinen arviointi	Laboratory studies Physical examination Review of current medications; minimize polypharmacy Review of previous diagnoses, treatments, and treatment responses Screening for other systemic medical conditions (e.g., hyperthyroidism) Cognitive testing
Psychoeducation Potilasopetus	Include caregivers and family members as appropriate Provide written materials as necessary, including bibliotherapy Discuss a patient-centered care plan and offer both psychosocial and pharmacotherapy-based interventions
Treatment Hoito	Consider both psychotherapy (cognitive-behavioral therapy, behavioral activation, interpersonal therapy, and mindfulness-based approaches) and pharmacotherapy (e.g., selective serotonin reuptake inhibitors and other antidepressants as first line; buspirone can be considered for generalized anxiety disorder; benzodiazepines should be avoided) Psychotherapy may be less effective in older adults due to high incidence of cognitive impairment; may require modification of psychotherapy protocol
Follow-up Seuranta	Monitor for treatment response, adherence, tolerability, and side effects If needed, consider augmentation strategies with either medication or psychotherapy Monitor cognition If necessary, consult experts for further guidance

2018 Hategan A et al Geriatric Psychiatry

- pelko ja ahdistusoireet – hoito

- Treatment
- After diagnosis, a treatment plan should be developed in **collaboration with the patient.**
- Care should be taken to provide the patient with **psychoeducation about the disorder**, placing emphasis on **realistic goals**, e.g., **not to completely remove all anxiety symptoms**, rather make the occurrence of anxiety **feel tolerable and manageable**, and thereby minimize suffering.
- In addition, education should include information regarding **treatment efficacy, tolerability, aggravating factors, and signs of relapse.**

Yhteistyö
potilaan kanssa

Psyko-
edukatio:
- Opeta
potilasta

Jaa
tietoa
sopivalla
tavalla

Puhetta,
keskustelua
ja lääkettä

- Treatment
- Treatment options include **psychological and pharmacological modalities**; the choice of which option depends on availability, patient preference and engagement, cognitive ability, and clinician comfort.
- Psychological treatment options include **cognitive-behavioral therapy, behavioral activation, interpersonal therapy, and mindfulness-based therapies**.
- **Cognitive-behavioral therapy (CBT)** is a mainstay of psychological treatments.
- A necessary first step is **minimization of polypharmacy or the optimization of current medications and discontinuation of unnecessary and harmful medications** including sedatives, anticholinergics, antihistaminergics, and over-the-counter medications

Kognitiivinen
käyttäytymisterapia

Turhat lääkkeet pois
Järkeistä nykyllä hoito

– hoito: rauhoittavat lääkkeet

- Treatment
- While **benzodiazepines** can provide
 - short-term relief of symptoms,
 - their use should be limited to cases of **extreme suffering** and, even then,
 - should be used in a **scheduled, time-limited fashion** because benzodiazepines **reinforce maladaptive coping behavior** .
- Moreover, the benefit-risk profile worsens among the geriatric population, and therefore **treatment with benzodiazepines should be avoided in older adults**

Rauhoittavat lääkkeet

- Vältä niiden käyttöä, jos käytät
- Lyhytaikaisesti
- Vain äärimmäiseen kärsimykseen
- Sovi aloittaessa niiden lopettamisesta

TABLE 24–11. Medications commonly prescribed to treat insomnia				
Medication (trade name)	Usual therapeutic dosage (mg/day)		Time until onset of action (minutes)	Half-life (including metabolites; hours)
	Adult	Geriatric 		
Clonazepam (Klonopin) ^a Rivatri	0.5–2	0.25–1	20–60	19–60
Clorazepate (Tranxene)	3.75–15	3.75–7.5	30–60	48–96
Estazolam (ProSom)	1–2	0.5–1	15–30	8–24
Lorazepam (Ativan) ^a Temesta	1–4	0.25–1	30–60	8–24
Oxazepam (Serax)	15–30	10–15	30–60	2.8–5.7
Quazepam (Doral)	7.5–15	7.5	20–45	39–120
Temazepam (Restoril) Tenox	15–30	7.5–15	45–60	3–25
Triazolam (Halcion) Halcion	0.125–0.25	0.125	15–30	1.5–5
Chloral hydrate ^b	500–2,000	500–2,000	30–60	4–8
Trazodone (Desyrel) ^{a,b} Azona	50–150	25–100	30–60	5–9
Zaleplon (Sonata) ^b	5–10	5	30	1.0

Masennuslääkkeiden tehossa ei ole eroja, sivuvaikutuksissa on

TAULUKKO 3. Suomessa vuonna 2009 käytössä olevat depressiolääkkeet ja niiden annokset aikuispotilaille.

Geneerinen nimi		Aloituspäästö (mg/vrk)	Hoitoannos (mg/vrk)	Tavallisia haittavaikutuksia
Trisykliset depressiolääkkeet				Ryhmälle luonteenomaisia muun muassa antikolinergiset ja alfa ₁ -salpauksen haittavaikutukset
Amitriptyliini	Triptyl	25–50	75–300	
Doksepiini	Doxal	25–50	75–300	
Klomipramiini	Anafranil	25–50	75–300	
Nortriptyliini	Noritren	25–50	50–200	
Trimipramiini	Surmontil	25–50	75–300	
Selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät (SSRI)				Ryhmälle luonteenomaisia muun muassa pahoinvointi, suolisto-oireet ja seksuaalitoimintojen häiriöt
Essitalopraami	Cipralex	10	10–20	
Fluoksetiini	Seronil	20	20–80	
Fluvoksamiini	Fearin	50	100–300	
Paroksetiini	Seroxat	20	20–50	
Sertraliini	Zoloft	50	50–200	
Sitalopraami	Cipramil	20	20–60	
Muut depressiolääkkeet				
Agomelatiini	Valdoxan	25	25–50	Päänsärky, huimaus
Duloksetiini	Cymbalta	60	60–120	Pahoinvointi, suun kuivuminen, päänsärky, uneliaisuus
Mirtatsapiini	Remeron	15–30	30–60	Väsymys, painon nousu
Moklobemidi	Aurorix	300	300–900	Unettomuus, huimaus
Venlafaksiini	Efexor	75	75–375	Kuten SSRI:t
Tratsodoni	Azona	50–100	150–500	Väsymys, huimaus, rytmihäiriöt

Markkinoilla oleva reboksetiini ei, depressioindikaatiosta huolimatta, todennäköisesti ole tehokas masennuslääke.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50023>

Table 9. Pharmacological treatment based on clinical profile.

Key/prominent symptom(s)	Preferred antidepressant	
Anxiety	SNRIs SSRIs	
Cognitive difficulties (learning, memory, decision-making)	Duloxetine Vortioxetine	Brintellix
Sleep disturbances (e.g. Insomnia)	Agomelatine Mirtazapine	Valdoxan
Fatigue	Bupropion	Voxra
Pain	Duloxetine TCAs	
Melancholia (psychomotor slowing, diurnal mood variation)	TCAs	
Psychotic symptoms (mood congruent delusions)	Antipsychotic medication in addition to antidepressants	
Atypical symptoms (Increased sleep, increased appetite)	MAOIs	Aurorix

SNRI: serotonin and noradrenaline reuptake inhibitor; SSRI: selective serotonin reuptake inhibitor; TCA: tricyclic antidepressants; MAOI: monoamine oxidase inhibitor.

Malhi G et al, 2020

2018 Hategan A et al Geriatric Psychiatry - ikäihmisten GAD- lääkitys

Table 12.5 Pharmacotherapy for generalized anxiety disorder in the general population [41, 42]

Treatment option	Medications	
First-line treatment	SSRIs (fluoxetine, citalopram, escitalopram, sertraline) SNRIs (venlafaxine, duloxetine), pregabalin, mirtazapine	Seronil, Cipralex Zoloft Efexor Cymbalta Lyrica, Remeron
Second-line treatment	Agomelatine, quetiapine, buspirone, imipramine, clomipramine	Valdoxan, Seroquel, Buspar, Surmontil, Anafranil
Adjunctive treatment	Pregabalin, quetiapine, risperidone	Lyrica, Seroquel, Risperdal

2016 Stern T et al, Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry, 2nd ed

TABLE 71-3 Medications for Depression in the Elderly

Drugs	Dose Range	Comments
TRICYCLIC ANTIDEPRESSANTS		
Nortriptyline	10–150 mg/day	Reliable blood levels, minimal orthostasis Mildly anticholinergic
Desipramine	10–250 mg/day	
MONOAMINE OXIDASE INHIBITORS		
Tranylcypromine	10–30 mg/day	Orthostasis (possibly delayed), pedal edema, weakly anticholinergic, requires dietary restrictions
STIMULANTS		
Dextroamphetamine	2.5–40 mg/day	Agitation, mild tachycardia
Methylphenidate	2.5–60 mg/day	
Modafanil	50–200 mg/day	
SELECTIVE SEROTONIN REUPTAKE INHIBITORS		
Fluoxetine	5–60 mg/day	Akathisia, headache, agitation, gastrointestinal complaints, diarrhea/constipation
Sertraline	25–200 mg/day	
Paroxetine	5–40 mg/day	
Fluvoxamine	25–300 mg/day	
Citalopram	10–40 mg/day	
Escitalopram	2.5–20 mg/day	

2016 Stern T et al, Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry, 2nd ed

TABLE 71-3 Medications for Depression in the Elderly

Drugs	Dose Range	Comments
SEROTONIN-NOREPINEPHRINE REUPTAKE INHIBITORS (SNRIs)		
Venlafaxine	25–300 mg/day	Increase in systolic blood pressure, confusion, light-headedness
Nefazodone	50–600 mg/day	Pedal edema, rash, hepatotoxicity (rare)
Duloxetine	20–60 mg/day	Diarrhea, dizziness
ALPHA₂-ANTAGONIST/SELECTIVE SEROTONIN		
Mirtazapine	15–45 mg/day	Sedation, weight gain
ATYPICAL ANTIDEPRESSANTS		
Trazodone	25–250 mg/day	Sedation, orthostasis, incontinence, hallucinations, priapism
	50–600 mg/day	Pedal edema, rash
Bupropion	75–450 mg/day	Seizures, less mania/cycling, headache, nausea

2016 Stern T et al, Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry, 2nd ed

TABLE 71-4 Medications for Psychotic Symptoms in the Elderly

Drug	Dose Range	Sedation	Ach Potency	EPS/Comments
ATYPICAL ANTIPSYCHOTICS				
Clozapine	12.5–100 mg	High	High	Very low Check WBC count weekly; excessive drooling, hypotension
Risperidone	0.25–3 mg	Low	Low	Low More EPS than initially reported
Olanzapine	2.5–10.0 mg	Moderate	Moderate	Low
Quetiapine	12.5–200 mg	High	Low	Low
Ziprasidone	20–80 mg BID	Moderate	Low	Low
Aripiprazole	15–30 mg	Low	Low	Moderate
Ach, Anticholinergic; EPS, extrapyramidal symptoms; WBC, white blood cell.				

Kaplan & Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 10th ed, 2017- ikäihmisten ahdistuslääkitys



Table 57.3d–3.

Usual Starting, Minimum Target, and Maximum Dose of Commonly Used Antidepressants for Older Adults with Anxiety Disorders

Medication		Starting Dose (mg/day)	Minimum Target Dose (mg/day)	Maximum Dose^a (mg/day)
Citalopram	Cipramil	5	20	20 ^b
Escitalopram	Cipralex	10	10	20
Sertraline	Zoloft	12.5	50	200
Fluvoxamine	Fevarin	25	100	300
Venlafaxine extended-release	Efexor	37.5	75	225
Mirtazapine	Remeron	7.5	15	45

^aHigher doses are sometimes used on a case-by-case basis; lower doses are often used in the oldest old.

^bThe U.S. Food and Drug Administration revised recommendations for citalopram are as follows: the maximum recommended dose of citalopram is 20 mg per day for patients older than 60 years of age.

Ahdistuneisuushäiriöiden diagnostiikka

Taulukko 3. Ahdistuneisuushäiriöiden kliininen kuva 83.

Ahdistuneisuushäiriö	Kliininen kuva	Välttämiskäyttäytyminen
Paniikkihäiriö	Toistuvia paniikkikohtauksia ilman laukaisevaa tekijää	Ei esiinny
Agorafobia	Toistuvia ahdistuneisuuskohtauksia julkisilla paikoilla, osalla myös spontaaneja paniikkikohtauksia	Julkiset paikat
Sosiaalisten tilanteiden pelko	Ahdistuneisuus sosiaalisissa tilanteissa	Sosiaaliset tilanteet
Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö	Krooninen ahdistuneisuus ja kyvyttömyys hallita huolestuneisuutta	Ei esiinny

Ahdistuneisuushäiriöiden diagnostiikka

Taulukko 4. Ahdistuneisuushäiriöiden oirekartoitusmittareita.

Oirekartoitusmittari (suluissa lyhenne)	Ahdistuneisuushäiriö, johon mittaria käytetään	Linkki, jos vapaasti saatavilla (pyydämme huomioimaan, että Terveysportin tietokantojen käyttö vaatii käyttöoikeuden)
Viitteet: 91 , 92 , 142 , 143 , 144 , 145 , 146 , 147 , 148 , 149 , 150		
Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7 ja GAD-2)	Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö	GAD-7: Terveysportti > Apuohjelmat > Psykiatriset arviointilomakkeet 1 GAD-7: Mielenterveystalo > Aikuiset > Itsearviointi > Ahdistuneisuuskysely (GAD-7) 13
Panic Disorder Severity Scale (PDSS) ja Self Report Version of the PDSS (PDSS-SR)	Paniikkihäiriö	PDSS-SR: Mielenterveystalo > Aikuiset > Itsearviointi > Paniikkioirekysely (PDSS-SR) 14
Social Phobia Inventory (SPIN)	Sosiaalisten tilanteiden pelko	Mielenterveystalo > Aikuiset > Itsearviointi > Sosiaalisen jännittämisen kyselyt (SPIN) 15
Liebowitz Social Anxiety Scale (LSAS)	Sosiaalisten tilanteiden pelko	Terveysportti > Apuohjelmat > Psykiatriset arviointilomakkeet 1
Penn State Worry Questionnaire (PSWQ)	Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö	www.terveysportti.fi 11

Ahdistuneisuushäiriöiden diagnostiikka

Taulukko 4. Ahdistuneisuushäiriöiden oirekartoitusmittareita.

Oirekartoitusmittari (suluissa lyhenne)	Ahdistuneisuushäiriö, johon mittaria käytetään	Linkki, jos vapaasti saatavilla (pyydämme huomioimaan, että Terveysportin tietokantojen käyttö vaatii käyttöoikeuden)
Viitteet: 91 , 92 , 142 , 143 , 144 , 145 , 146 , 147 , 148 , 149 , 150		
Hamiltonin ahdistuneisuusasteikko, Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)	Ahdistuneisuus, ei häiriöspesifinen	Lisätietoa 140
Beckin ahdistuneisuusasteikko, Beck Anxiety Inventory (BAI)	Ahdistuneisuus, ei häiriöspesifinen	Lisätietoa 140
Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS)	Ahdistuneisuus, ei häiriöspesifinen	www.mielenterveystalo.fi 12 Lisätietoa 140
Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	Ahdistuneisuus, ei häiriöspesifinen	Lisätietoa 140
The Columbia - Suicide Severity Scale (SSRS)	Itsetuhoajatusten ja -pyrkimysten kartoitus	Ks. Käypä hoito -suositus Kaksisuuntainen mielialahäiriö 10 , 16 , 141 ja C-SSR

Ahdistuneisuushäiriöiden lääkehoito Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö (GAD) Paniikkihäiriö (PD) ,Sosiaalisten tilanteiden pelko (SAD)

Geneerinen nimi	Aloitusannos (mg/vrk)	Hoitoannos (mg/vrk)	Tavallisia haittavaikutuksia ja erityistä huomioitavaa	Näytönastekatsaus ja näytön aste
Trisykliset masennuslääkkeet				
klomipramiini	25	75–225	antikolinergiset ja alfa1- salpauksen haitat	PD <u>A</u>
Selektiiviset serotoniinin takaisinoton estäjät			asianomaiselle lääkeryhmälle ominaisia haittavaikutuksia, muun muassa pahoinvointi, maha-suolikanavan oireet ja seksuaalitoimintojen häiriöt	
essitalopraami	5	10–20		GAD <u>A</u> SAD <u>A</u> PD <u>B</u>
fluoksetiini	10	20–60		GAD <u>B</u> SAD <u>A</u> PD <u>A</u>
fluvoksamiini	50	100–200		SAD <u>A</u> PD <u>A</u>

Ahdistuneisuushäiriöt Käypä Hoito-suositus
<https://www.kaypahoito.fi/hoi50119>

Ahdistuneisuushäiriöiden lääkehoito Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö (GAD) Paniikkihäiriö (PD) ,Sosiaalisten tilanteiden pelko (SAD)

Geneerinen nimi	Aloitusannos (mg/vrk)	Hoitoannos (mg/vrk)	Tavallisia haittavaikutuksia ja erityistä huomioitavaa	Näytönastekatsaus ja näytön aste
paroksetiini	10	20–50		GAD <u>A</u> SAD <u>A</u> PD <u>A</u>
sertraliini	50	50–200		SAD <u>A</u> GAD <u>A</u>
sitalopraami	10–20	20–40		SAD <u>C</u> PD <u>A</u>
Muut masennuslääkkeet				
agomelatiini	25	25–50	päänsärky huimaus	GAD <u>A</u>
duloksetiini	30–60	60–120	päänsärky pahoinvointi suun kuivuminen	GAD <u>A</u>
mirtatsapiini	15	30–45	väsymys painonnousu	PD <u>C</u> SAD <u>C</u>
moklobemidi	300	300–900	unettomuus huimaus	SAD <u>A</u>

Ahdistuneisuushäiriöt Käypä Hoito-suositus
<https://www.kaypahoito.fi/hoi50119>

Ahdistuneisuushäiriöiden lääkehoito Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö (GAD) Paniikkihäiriö (PD) ,Sosiaalisten tilanteiden pelko (SAD)

Geneerinen nimi	Aloitusannos (mg/vrk)	Hoitoannos (mg/vrk)	Tavallisia haittavaikutuksia ja erityistä huomioitavaa	Näytönastekatsaus ja näytön aste
venlafaksiini	37,5	75–225	kuten SSRI-lääkkeillä	GAD <u>A</u> SAD <u>B</u> PD <u>A</u>
vortioksetiini	5	5–20	pahoinvointi	
Atsapironit				
buspironi	10	10–30	pahoinvointi päänsärky	GAD <u>A</u>
Gabapentinoidit				
pregabaliini	75	150–600	euforia, väärinkäyttömahdollisuus	SAD <u>A</u> GAD <u>A</u>
gabapentiini		900–3 600	väärinkäyttömahdollisuus	SAD <u>B</u>
Psykoosilääkkeet				
ketiapiini	50	50–300	painonnousu, sedaatio kardiometabolisten sairauksien riskitekijöiden (verenpaine, glukoosi- ja rasva-arvot, paino) seuranta	GAD <u>A</u> SAD <u>C</u> PD <u>C</u> , <u>C</u>

uositus

<https://www.kaypahoito.fi/hoi50119>

Ahdistuneisuushäiriöiden lääkehoito Yleistynyt ahdistuneisuushäiriö (GAD) Paniikkihäiriö (PD) ,Sosiaalisten tilanteiden pelko (SAD)

Geneerinen nimi	Aloitusannos (mg/vrk)	Hoitoannos (mg/vrk)	Tavallisia haittavaikutuksia ja erityistä huomioitavaa	Näytönastekatsaus ja näytön aste
Bentsodiatsepiinit				
			lihasrelaksaatio, sedaatio, bentsodiatsepiiniriippuvuuden kehittyminen	
alpratsolaami	0,25	0,5–2		GAD <u>A</u> SAD <u>B</u> PD <u>A</u>
diatsepaami	5	5–20		PD <u>A</u> GAD <u>A</u>
klonatsepaami	0,5	0,5–2		SAD <u>B</u> GAD <u>A</u> PD <u>A</u>
loratsepaami	0,5	0,5–2		PD <u>A</u>
oksatsepaami	15	15–60		
Muut				
hydroksitsiini		25–100		GAD <u>B</u>

2005 Levenson J The textbook of psychosomatic medicine

TABLE 12–3. Selected benzodiazepines used for anxiety in the medically ill

Medication	Route	Dosage	Elimination half-life	Comments
Alprazolam	Oral	0.25–1.0 mg tid	9–20 hours	Rapid onset. Interdose withdrawal a problem, but new extended-release form is available.
Chlordiazepoxide	Oral, intramuscular	5–25 mg qid	28–100 hours (including metabolites)	Useful for alcohol withdrawal.
Clonazepam	Oral	0.25–1 mg bid-tid	19–60 hours	Also used for absence seizures, periodic leg movements, and neuropathic pain.
Diazepam	Oral, intravenous	2–10 mg qid	30–200 hours (including metabolites)	Also used as an anticonvulsant and muscle relaxant.
Lorazepam	Oral, intramuscular, intravenous	0.5–2.0 mg up to qid	8–24 hours	Intravenous availability is an advantage. Metabolized by conjugation. Also approved for chemotherapy-related nausea and vomiting.
Midazolam	Intramuscular, intravenous	Intramuscular: 5 mg single dose Intravenous: 0.02–0.10 mg/kg per hour	1–20 hours (including metabolites)	Used for preoperative sedation and intravenous induction.
Oxazepam	Oral	10–30 mg qid	3–25 hours	Metabolized by conjugation. May also be useful for alcohol withdrawal.

Source. Adapted from *Physician's Desk Reference* 2003; Bezchlibnyk-Butler and Jeffries 2002.

Kaplan & Saddock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 10th ed, 2017- unilääkitys



Table 57.3c–2.

U.S. Food and Drug Administration–Approved Nonbenzodiazepines for Insomnia

	Name	Indication	Time in Bed Required (hours)	^aMedication Appears in Beers Criteria Recommendations
Sonata	Zaleplon	Sleep initiation	4	Yes
	Zolpidem	Sleep initiation	7–8	Yes
	Zolpidem MR	Sleep initiation/sleep maintenance	7–8	Yes
Lunesta	Eszopiclone	Sleep initiation/sleep maintenance	8+	Yes
Rozerem	Ramelteon	Sleep initiation	—	
Doxal	Low-dose doxepin	Sleep maintenance	—	Yes
	Suvorexant	Initiates sleep/maintains sleep	7–8	n/a
Belsomra (ei SF)				

^aSee text for specific Beers Criteria cautions regarding potentially inappropriate use of sleep medications in older adults.