

---

# Psykosor hos äldre

TUULA SAARELA OCH BJÖRN APPELBERG

---

Psykosymtom och psykosliknande symtom är inte speciellt ovanliga hos äldre, eftersom de förekommer i samband med demenssjukdomar och förvirringstillstånd. I och med att de äldre blir fler finns det också allt fler psykotiska äldre. Oftast lider de av psykosor som hör till schizofrenigruppen, men också vanföreställningssyndrom med mera begränsad symtombild påträffas hos äldre. Det är viktigt att undersöka en äldre person med psykosymtom eftersom symtomen kan förekomma vid många sjukdomstillstånd. Den diagnostiska utredningen ger riktlinjer för behandlingen, där det viktigaste är att stödja patientens funktionsförmåga och verklighetsuppfattning.

## Epidemiologi

Det har varit svårt att utreda prevalensen för psykosor hos äldre eftersom diagnostiken inte är enhetlig. Forskningsaktiviteten inom området har varit svag, och den undre åldersgränsen är bara 55 år i en betydande del av de s.k. late life-studierna. De senaste åren har psykosor hos äldre trots allt fått ökad uppmärksamhet, och Kraepelins flera decennier gamla karaktärisering av ålderdomspsykosor som psykiatrins mörkaste område kan kanske så småningom förpassas till historien (1). Bland annat pågår det i Helsingfors en studie om personer över 60 år som insjuknat i sin första psykos.

Prevalensen för psykos hos icke-dementa personer över 65 år är ca 2,4–2,9 procent och psykosymtomen verkar bli vanligare med åldern (2). Dödsönskan, depression, nedsatt funktionsförmåga, att vara ogift och kognitiv försämring mätt med MMSE har samband med psykosymtom. I en tidigare svensk befolkningsstudie fyllde 2,4 procent av icke-dementa personer över 95 kriterierna för schizofreni enligt DSM IIIR, men ettårsprevalensen för psykosymtom var 7,4 procent och för paranoida tankar 10,4 procent (3). I en befolkningsbaserad prospektiv kohortstudie rapporterades vanföreställningar, felidentifiering eller hallucinationer hos ca 13,4 procent av personer över 65 år (4). Uppkomsten av psykosymtom hos äldre verkar ha samband med risken för demens, och denna patientgrupp bör följas upp noggrant också med tanke på preventiva insatser.

I den finländska undersökningen Hälsa 2000 var den livslånga prevalensen för schizofreni (F20 i ICD10) 0,92 procent (5) hos

personer över 65. Vanföreställningssyndrom förekommer hos uppskattningsvis 0,5–0,9 procent av äldre (se t.ex. 6). Som vanföreställningssyndrom (F22 i ICD10) klassificeras sjukdomstillstånd där långvariga vanföreställningar är det enda kliniska kännetecknet, där tillståndet inte kan klassificeras som organiskt och där kriterierna för schizofreni (F20) eller affektiv störning inte uppfylls. Enligt den nuvarande sjukdomsklassificeringen kan vanföreställningssyndrom bara vara förknippade med övergående eller tidvis förekommande hörselhallucinationer, som inte får vara bisarra som vid schizofreni.

Vid deliriumtillstånd och demenssjukdomar är psykosymtom vanliga, bl.a. hallucinationer och vanföreställningar, vilket understryker vikten av differentialdiagnostik (7). Vid uppföljning av patienter med diagnosen sannolik Alzheimers sjukdom konstaterades i början av studien psykosymtom hos 7,3 procent av patienterna, men efter två år hade den kumulativa incidensen stigit till 15,1 procent (8). Förekomsten av psykosymtom hade sam-

## FÖRFATTARNA

**MD Tuula Saarela** är specialist i psykiatri och äldrepsykiatri och chef för psykiatri- och missbrukartjänster vid Helsingfors stads social- och hälsovårdsverk.

**MKD Björn Appelberg** är docent och specialistläkare i psykiatri och överläkare på äldrepsykiatriska enheten inom Hucs.

---

band med snabbt försämrade funktionsförmåga och ökad mortalitet.

## Etiologi och bakgrundsfaktorer

Mer forskning om psykosernas etiologi kommer att vara till nytta också inom äldrepsykiatri (se t.ex. 9). Hos största delen av schizofrenipatienter börjar symtomen i ung vuxen ålder. Forskarna har förhållit sig skeptiska till tanken att det går att insjukna i schizofreni vid hög ålder och de har sökt en förklaring till symtombilden i den komplexa interaktionen mellan åldersbetingad hjärndegeneration och olika sårbarhetsfaktorer (10).

De som insjuknar med schizofreniliknande symtom vid hög ålder är oftast kvinnor – uppskattningarna varierar från 2:1 till 19:1. I de äldsta åldersgrupperna är andelen kvinnor nästan 90 procent. Forskarna har övervägt om den minskade antidopaminerga aktivitet som är förknippad med lägre östrogennivå kan spela in. Försämrade sinnesfunktioner, särskilt hörselnedsättning, nämns ofta som en riskfaktor. Social isolering kan dels vara en predisponerande faktor, dels en följd av ett psykotiskt tankemönster. Ärftlighetens inverkan har ansetts vara mindre än vid schizofreni som bryter ut vid ung ålder, och nära släktingar till patienter som har insjuknat i högre ålder har mera sällan schizofreni än om insjuknandet har skett i unga år (10).

## Symtom

Typiska symtom vid psykos är hallucinationer, vanföreställningar, störd tankegång och försämrade verklighetsuppfattning i förening med bristande insikt i det egna tillståndet.

Vid schizofreni ses ofta neurokognitiva förändringar och allmän kognitiv dysfunktion. Den kognitiva försämringen gör det svårare för personen att ta vara på sig själv på ett adekvat sätt. Man har observerat att försämringen sker i accelererande takt vid schizofreni, vilket har väckt tanken på kognitivt åldrande i förtid, men antagandet kräver långtidsuppföljning (11). Sjukdomens symtom och förlopp kan variera betydligt från person till person.

De negativa symtomen (oförmåga att känna njutning, viljelöshet, social oförmåga, utarmat tal och åtminstone skenbart utarmade känslor) kan antingen tillta eller avta när patienten blir äldre. En relativt ny studie visar att de negativa symtomen inte dominerar symtombilden hos schizofrenipatienter över 60 år (12).

Låg utbildningsnivå och splittrad arbetsbakgrund är vanliga, speciellt hos dem som har insjuknat som yngst. Det är vanligt att förmågan att bilda begrepp, det logiska tänkandet och koncentrationsförmågan är störda, och det kan bl.a. vara svårt att bearbeta verbal information. Forskningsresultaten beträffande den sociala funktionsförmågan är motstridiga (13–14).

En del av symtomen vid schizofreniliknande psykos som bryter ut vid hög ålder påminner om ungdomsschizofreni, men betydande skillnader är att den kognitiva försämringen är lindrigare, att det ofta förekommer paranoida symtom och att störd tankegång och multimodala hallucinationer saknas (10). Vanföreställningar om intrång är vanliga hos personer som insjuknat i psykos som gamla. Det innebär en känsla av att väggar, tak och golv inte länge skyddar den inneboende mot inkräktare, strålning eller lukter. Också vanföreställningar med sexuell underton kan förekomma (10).

Vid demenssjukdomar är vanföreställningarna enkla till sitt innehåll och gäller vanligen stöld och ibland svartsjuka. En psykopatientens vanföreställningar är mera mångskiftande och innehållet kan vara helt absurt. Vid misstanke om sent debuterande psykosjukdom bör andra hjärnsjukdomar uteslutas. Vid sidan av den kliniska undersökningen kan bilddiagnostiska undersökningar av hjärnan, utredning av neuropsykologiska störningar och eventuella specialundersökningar vara till hjälp (15).

Vid deliriumtillstånd har förvirringen vanligen samband med patientens aktuella omgivning och hallucinationerna är ofta visuella (7).

Till psykotisk depression hör förutom sänkt sinnesstämning också försämrade funktionsförmåga, och ofta skuld känslor och orealistiska tankegångar som patienten anser vara sanna. Vid manisk psykos är sinnesstämningen höjd eller irriterad och beteendet okontrollerat. Vid mani hos äldre är de differentialdiagnostiska alternativen ofta delirium och frontallobsdemens, speciellt om personen verkar lida av kraftigt bristande omdöme.

## Undersökningar

Vid undersökningen av en äldre person med psykosymtom behövs förutom psykiatrisk undersökning och kartläggning av livssituationen ofta också geriatrisk och neurologisk utredning. Först måste man naturligtvis ta ställning till om det ändå kan vara fråga om

---

någoting verkligt. Vikten av att lyssna till patientens egen berättelse bör understrykas. Medan man lyssnar ska man ge akt på det språkliga uttrycket och på förmågan till konsekvent framställning och insikt.

Att presentera sig professionellt och ha en neutral, accepterande inställning är ofta till hjälp för att få kontakt med personen. Man kan be patienten berätta hur han eller hon har iakttagit de beskrivna händelserna och kommit fram till sina konklusioner. Som komplement till berättelsen är det bra att höra personer som känner patienten. Man samlar in bakgrundsmaterial och klargör på samma gång hur patientens tillstånd eller beteende eventuellt har förändrats. Det är också viktigt att ge akt på hur patienten ser ut och om han eller hon är ovårdad och att ta reda på om det har skett förändringar i dessa avseenden. Det väsentliga är att försöka sälla fram relevant information vid intervjun (16–17).

Man ska observera innehållet i vanföreställningar och hallucinationer. Ibland kommer hallucinationer inte fram om man inte direkt frågar om dem. Man måste också bedöma sinnesstämningen.

Svar på frågor om födelsetid och ålder ger en bild av patientens kognitionsförmåga (16). De kognitiva funktionerna bör bedömas på ett sätt som går att genomföra i undersökningssituationen. Testerna CERAD eller MMSE är till nytta om man misstänker minnesförsämring och de ger riktlinjer för fortsatta undersökningar. Hos en psykotisk eller depressiv äldre person kan MMSE ge låga värden beroende på bristfällig koncentration och motivation. Dåligt minne kan också döljas bakom kraftig upprördhet (17).

Man måste ha tillräckligt mycket information om det somatiska hälsotillståndet. Det kan ligga en sjukdom som kräver omedelbar vård bakom symtom som verkar psykotiska. Patientens medicinering måste gås igenom. Att sätta ut en medicinering kan också vid hög ålder göra att symtomen blir akuta.

I den akuta situationen måste man koncentrera sig på det viktigaste, d.v.s. att bedöma risken för fara eller skada, att utvärdera tecken på psykos och att preliminärt kartlägga det somatiska hälsotillståndet. Psykos kan ge oförmåga att ta hand om sig på ett adekvat sätt eller att ta emot service som bedöms som nödvändig. Psykos kan göra patienten farlig för sig själv eller andra, och det kan då vara motiverat att remittera till sjukhus om intensiv öppenvård inte kan garantera patientens och andras säkerhet (17).

Nödvändiga somatiska undersökningar och vård av äldre psykopatienter får lätt för liten uppmärksamhet, eftersom patienterna inte för fram sina symtom och ofta förhåller sig avvisande till erbjuden vård (17–18). I och med att de stora årsklasserna åldras blir också användning av alkohol och droger vanligare hos äldre. Rökning är betydligt vanligare bland schizofrenipatienter än hos den övriga befolkningen, och minskad rökning och tobaksavvänjning är stora utmaningar inom vården.

### Behandling av psykotiska äldre

Vid behandlingen av äldre psykopatienter används både psykosociala insatser och läkemedelsbehandling. Patienterna behöver också ett starkt socialt nätverk. Grunden för behandlingen är att skapa en vårdrelation. Målet är att förhindra psykosrecidiv samt att optimera funktionsförmågan och livskvaliteten, både för patienten själv och de närstående.

Många psykopatienter skyr överdriven närhet och korrekt saklighet är vanligen den bästa interaktionsformen. I samtalet bör den dagliga verkligheten och möjligheterna att ta vara på sig själv poängteras samtidigt som en hedersam reträtt ur psykosrelaterade konflikter eftersträvas. Kognitiva och behavioristiska terapitillämpningar (19), stödjande handledning och social rehabilitering anses viktiga vid behandlingen av schizofreni, men det finns än så länge inte så mycket dokumenterad kunskap om deras betydelse för äldre, eftersom patienterna t.ex. i studier med kognitivt arbetssätt vanligen har varit kring 60 år.

Psykoedukation kan ha stor betydelse både för patienten och de närstående. Beteende som styrs av symtomen kan dämpas och styras, medan familjen och de närstående får råd om hur de ska ta sig an mormor som pratar så konstigt eller skrämmande. Handledningen kan vara ett led i den övriga vården och minska belastningen på grund av sjukdomen. Patienten och de närstående kan få handledning i att ge akt på symtom som förutsäger värre faser av psykosen (18–20).

Behandlingsplanen byggs upp individuellt och med beaktande av patientens egna resurser. Många patienter har bevarad funktionsförmåga, medan andra kan lida av initiativlöshet och koncentrationssvårigheter och därför ha svårt att klara sig. En boendeform som ger klara och konsekventa aktivitetsramar samt tillräckligt konkret vardagsliv kan hjälpa den äldre att få det dagliga livet att fungera.

## Läkemedelsbehandling

Psykosläkemedel utgör grundläggande mediciner vid psykosor ur vanföreställnings- och schizofrenigruppen hos äldre. Det finns fortfarande bara lite forskningsevidens om läkemedelsbehandling för äldre psykopatienter.

När man väljer preparat är det viktigt att biverkningarna, exempelvis stelhet eller långsammare rörelser, inte försämrar patientens funktionsförmåga (21–22). Minsta möjliga effektiva läkemedelsdos bör användas för äldre patienter. Doserna är vanligen lägre än för unga personer. Vid psykosor som debuterar vid hög ålder kan läkemedelsdosen vara bara 20–50 procent av dosen för unga vuxna, och en del kan behandlas med ännu lägre doser. Praktisk erfarenhet visar att personer som insjuknat i psykos först vid hög ålder kan behandlas med relativt små läkemedelsdosor (14). Atypiska psykosläkemedel, som olanzapin, risperidon, quetiapin och aripiprazol, har rekommenderats vid psykosor vid hög ålder. Det finns inga klara riktlinjer för valet av preparat. Doserna bör vara relativt små (risperidon 1–4 mg, olanzapin 2,5–15 mg) och individuellt anpassade (14, 16).

Det är väsentligt att följa hur patienten mår och att bedöma livskvaliteten. Om patienten mår bra måste man noggrant överväga om det är värt att ”modernisera” behandlingen. När gamla preparat avregistreras är det viktigt att noggrant planera övergången till ett nytt läkemedel, om man beslutar att fortsätta med läkemedelsbehandling.

Depotinjektioner är lämpliga om dålig motivation till per os-medicinerer gör att symtomen förvärras eller att det krävs upprepade sjukhusbehandlingar och om patienten går med på injektioner. Behandlingssvar och biverkningar bör följas upp vid injektionstillfällena.

Ibland kan man på goda grunder gå in för polyfarmaci. Då är det extra viktigt att omsorgsfullt analysera situationen, att kontrollera interaktioner, att försöka förenkla medicineringen på ett adekvat sätt och att följa upp noggrant. God klinisk bedömning, god medicinsk praxis och ett praktiskt arbetssätt underlättar livet för patienten och de närstående (17).

## Avslutning

Behovet av information och stöd för äldre psykopatienter och deras anhöriga har delvis hamnat i skymundan för demenssjukdomarna. Äldre psykopatienter behöver psykiatrisk uppföljning och behandling. Stödbehovet är störst när det sker förändringar i hälsotillståndet eller

livssituationen. Att anpassa sig till ålderdomen är besvärligt för vem som helst, men särskilt svårt är det för en psykotisk person som lider av dålig adaptationsförmåga. Friktionsfritt och behovsanpassat samarbete mellan representanter för primärvård, geriatri, neurologi och psykiatri är viktigt.

**Tuula Saarela**  
tuula.saarela@hel.fi

**Björn Appelberg**  
bjorn.appelberg@hus.fi

*I översikten har tidigare översikter av den första författaren utnyttjats (Duodecim, geriatrian oppikirja, Finlands Läkartidning).*

*Tuula Saarela: Inga bindningar.*  
*Björn Appelberg: Inga bindningar.*

## Referenser

1. Köhler S, Palmer BW. New perspectives on late-life psychosis. *Am J Geriatr Psychiatry* 2013; 21: 97–99.
2. Östling S, Bäckman K, Waern M et al. Paranoid symptoms and hallucinations among the older people in Western Europe. *Int J Geriatr Psychiatry* 2013; Jun;28:573–579.
3. Östling S, Börjesson-Hanson A, Skoog I. Psychotic symptoms and paranoid ideation in a population based sample of 95-year olds. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007;15:999–1004.
4. Köhler S, Allardyce J, Verhey F et al. Cognitive decline and dementia risk in older adults with psychotic symptoms: A prospective cohort study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2013; 21:119–128.
5. Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI et al. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:19–28.
6. Koponen H, Leinonen E. Vanhuspsykiatria. I boken *Psykiatria*; Lönnqvist J, Heikkinen M, Henriksson M, Marttunen M, Partonen T (red.) 5 upplagan. Helsingfors: Kustannus Oy Duodecim, 2007, ss.631–49.
7. Meagher DJ, Moran M, Raju B ym. Phenomenology of delirium: assessment of 100 adult cases using standardized measures. *Br J Psychiatry* 2007;190:135–141.
8. Vilalta-Franch J, López-Pousa S, Calvó-Perxas L, Garre-Olmo, J. Psychosis of Alzheimer Disease: Prevalence, Incidence, Persistence, Risk Factors, and Mortality. *Am J Geriatr Psychiatry* 2013; 21:11:1135–45.
9. Wium-Andersen MK, Orsted DD, Nordestgaard BG. Elevated C-Reactive Protein Associated With Late- and Very-Late-Onset Schizophrenia in the General Population: A Prospective Study. *Schizophr Bull.* 2013 Aug 31. [Epub ahead of print]
10. Howard R, Rabins PV, Seeman MV, Jeste DV. and the International Late-Onset Schizophrenia Group. Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: An international consensus. *Am J Psychiatry* 2000; 157:172–178.
11. Rajji TK, Voineskos AN, Butters MA ym. Cognitive performance of individuals with schizophrenia across seven decades: A study using the MATRICS Consensus Cognitive Battery. *Am J Geriatr Psychiatry* 2013; 21: 108–118.
12. Cohen C, Natarajan N, Araujo M, Solanki D. Prevalence of negative symptoms and associated factors in older adults with schizophrenia spectrum disorder. *Am J Geriatr Psychiatry* 2013; 21:100–107.
13. Cohen C, Vahia I, Reyes P ym. Focus on geriatric psychiatry: Schizophrenia in later life: clinical symptoms and social well-being. *Psychiatr Serv* 2008; 59: 232–234.
14. Talaslahti T, Alanen HM, Leinonen E. Vanhusten vaikeat psykoosit - skitsofrenia ja harhaluuloisuushäiriö. *Duodecim* 2011;127:375–382.

- 
15. Saarela T, Juva K. Vanhuusiässä alkava skitsofrenia. *Finlands Läkartidning* 2007; 62:4209–13.
  16. Ames D, Chiu E, Lindsay J, Shulman K. *Guide to the psychiatry of old age*. Cambridge University Press, 2010.
  17. Saarela T, Saarela T. *Psykoottinen vanhus*. I boken: Geriatria. Tilvis R, Pitkälä K, Strandberg T, Sulkava R, Viitanen M, (red). Duodecim, Borgå WS Bookwell, 2010;149–158.
  18. Cohen CI, toim. *Schizophrenia into later life. Treatment, research and policy*. American Psychiatric Publishing, Inc., London, England, 2003.
  19. Fear C. Recent developments in the management of delusional disorders. *Adv Psychiatr Treat* 2013;19:212–220.
  20. Karim S, Byrne E. Treatment of psychosis in elderly people. *Adv Psychiatr Treat* 2005;11:286–296.
  21. Saarela T, Alanen H-M. Skitsofreniapotilaskin vanhenee. *Finlands Läkartidning* 2008; 63:2427–31.
  22. Marriott R, Neil W, Waddingham S. Antipsychotic medication for elderly people with schizophrenia. *Cochrane Schizophrenia Group*, Published Online: 20 JAN 2010. Assessed as up-to-date: 3 SEP 2005, DOI: 10.1002/14651858.CD005580.
  23. *Links Not Boundaries: Service Transitions for People Growing Older with Enduring or Relapsing Mental Illness*. CR153. Royal College of Psychiatry Approved: Oct 2008 RCP, Published: Jan 2009.

---

## Summary

### ***Psychoses in the elderly***

*The prevalence of psychosis in those non-demented and over 65 years old is 2.4 to 2.9 %. Symptoms seem to increase with age and are caused by being single, reduced motor and cognitive function, depression and death expectation. Schizophrenia of early onset or at a later age and paranoia are the main psychotic diseases involved, but psychotic symptoms can appear during delirium and memory disturbances. Somatic work-up is always important. Antipsychotic medications can prove useful, and cooperation with professionals in primary care, geriatrics, and psychiatry is of outmost importance for a positive clinical outcome.*