



UNIVERSITY OF TAMPERE

This document has been downloaded from
Tampub – The Institutional Repository of University of Tampere

The permanent address of the publication is <http://urn.fi/URN:NBN:fi:uta-201210301068>

Author(s): Talaslahti, Tiina; Alanen, Hanna-Mari; Leinonen, Esa
Title: Vanhusten vaikeat psykoosit – skitsofrenia ja harhaluuloisuushäiriö
Year: 2011
Journal Title: Duodecim
Vol and number: 127 : 4
Pages: 375-382
ISSN: 0012-7183
Discipline: Neurology and psychiatry
School /Other Unit: School of Medicine
Item Type: Journal Article
Language: fi
URN: URN:NBN:fi:uta-201210301068
URL: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo99373.pdf>

All material supplied via TamPub is protected by copyright and other intellectual property rights, and duplication or sale of all part of any of the repository collections is not permitted, except that material may be duplicated by you for your research use or educational purposes in electronic or print form. You must obtain permission for any other use. Electronic or print copies may not be offered, whether for sale or otherwise to anyone who is not an authorized user.

Vanhusten vaikeat psykoosit – skitsofrenia ja harhaluuloisuushäiriö

Skitsofreniaa sairastavien osuus yli 65-vuotiaasta väestöstä on noin 1 % ja harhaluuloisuushäiriötä potevien noin 0,5 %. Tulevaisuudessa näiden potilaiden määrä kasvaa ja heille suunnattuja avohoitopalveluja tarvitaan lisää. Myöhäisiän skitsofreniaan liittyy sisällöltään outoja harhaluuloja ja aistiharhoja kuten nuoremmillakin skitsofreniapotilailla. Iäkkään harhaluuloisuushäiriöpotilaan läheisiin ja ympäristöön kohdistamat harhaluulot puolestaan johtavat herkästi eristäytymiseen. Iäkkäänä ensipsykoosiin sairastuneille tulee tehdä perusteelliset diagnostiset tutkimukset. Tärkeimpiä erotusdiagnostisia sairauksia ovat etenevät muistisairaudet, joissa muisti heikkenee selvemmin kuin vanhuusiän psykoosisairauksissa. Myöhäisiän skitsofrenian ja harhaluuloisuushäiriön hoidossa ensisijaisia lääkkeitä ovat toisen polven psykoosiläkkeet. Potilaat hyötyvät säännöllisestä hoitokontaktista ja liitännäissairauksien hoidosta.

Iäkkäiden psykoosipotilaiden tutkimisessa ja hoidossa tarvitaan tietoa ja taitoa sekä ripaus luovuutta. Skitsofreniaa tai harhaluuloisuushäiriötä sairastavan vanhuksen ajatuksia voi olla vaikea ymmärtää. Harhamaailma yhdessä kognitiivisen heikentymän kanssa vaikeuttaa potilaiden itseilmaisua, ja heidät ymmärretään herkästi väärin, mikä voi puolestaan johtaa puutteelliseen hoitoon. Tukea antavalla hoitosuhteella ja sopivalla lääkityksellä voidaan näidenkin potilaiden psykiatrisia oireita lievittää merkittävästi ja samalla parantaa heidän yhteistyökykyään. Täyttä oireettomuutta ei yleensä hyvälläkään hoidolla saavuteta, mutta potilaiden elämänlaatua ja toimintakykyä on mahdollista parantaa, ennen kaikkea kykyä huolehtia itsestään.

Esiintyvyys

Kuten nuorempien aikuisten ryhmässä myös yli 65-vuotiaista noin 1 % sairastaa skitsofreniaa (Jeste 1993, Perälä ym. 2007). Neljä viidestä skitsofreniapotilaasta sairastuu nuorena ja vain noin 3 % yli 60-vuotiaana (Howard ym. 2000). Naisten osuus sairastuneista kasvaa vanhemmalla iällä ja on suurimmillaan iäkkäänä sairastuneiden ryhmässä.

Vanhuusiän harhaluuloisuushäiriö on skitsofreniaa harvinaisempi sairaus, ja siihen sairastutaan keskimäärin iäkkäämpänä. Yli 65-vuotiaista noin 6 %:lla esiintyy ajoittaisia harhaluuloja (Henderson ym. 1998), mutta varsinainen häiriö on arviolta vain 0,5 %:lla (Perälä ym. 2007). Harhaluuloisuushäiriötä sairastavista kolme neljäsosaa on naisia (Korner ym. 2008), mutta miehet näyttävät sairastuvan nuorempina kuin naiset.

Tausta

Skitsofreniaan nuorena sairastuvien ensimmäisen asteen sukulaisilla esiintyy usein myös tätä tautia, mikä viittaa geneettiseen taustaan. Sen sijaan iäkkäämpänä skitsofreniaan sairastuneilla ei ole todettu suvussa enempää skitsofreniakirjon sairauksia kuin normaaliväestöllä (Brodaty ym. 1999). Vanhana sairastuvilla on myös tavanomaisempi koulutus-, työ- ja parisuhdetausta (Barak ym. 2002).

Myös harhaluuloisuushäiriöön iäkkäänä sairastuvat ovat koulutetumpia ja heidän työhistoriansa on tavanomaisempi kuin nuorena sairastuneilla. Persoonallisuuden haurauden outoine, paranoidisine piirteineen sekä puolustusmekanismien pettämisen stressitilanteessa on arvioitu olevan yhteydessä harhaluuloisuushäiriön puhkeamiseen myöhäisiällä (Giblin ym. 2004).

Diagnostiikka

Potilaille, joilla psykoottiset oireet puhkeavat myöhäisellä iällä, tulee aina tehdä perusteelliset diagnostiset tutkimukset. Oireiden taustalla voi olla paitsi primaarinen psykoosisairaus myös somaattisiin syihin liittyvät sekundaariset psykoosioireet. Potilaan aiempaan hoito- ja elämänhistoriaan tutustumista ei voi liikaa korostaa. Ennen kuin tarkemmat tutkimukset ovat mahdollisia, psykoottisen vanhuksen luottamuksen saavuttamiseen saatetaan tarvita useita vastaanottokäyntejä. Kliininen somaattinen tutkimus, kognition arviointi (esim. kognitiivinen tehtäväsarja CERAD) ja pään magneettikuvaus ovat perustutkimuksia selvittäessä vanhuksen psykoosioireilun syitä. Myös pidempään sairastaneille lisätutkimukset ovat tarpeen, mikäli oirekuva muuttuu.

Laboratoriotutkimusten kohteista tulehdusarvot, perusverenkuva, elektrolyytit, munuais-, maksa- ja kilpirauhaskokeet, ionisoitunut kalsium, folaatti ja B₁₂-vitamiini kuuluvat perustutkimuksiin. Kvanttamistutkimusten löydökset myöhäisiän skitsofreniassa ja harhaluuloisuushäiriössä ovat epäspesifisiä ja niillä on lähinnä erotusdiagnostista merkitystä pyrittäessä sulkemaan pois etenevien muistisairauksien mahdollisuus. Kuitenkin noin kolmasosalla skitsofreniapotilaista todetaan

jotain muutoksia pään magneettikuvauksessa (Lubman ym. 2002). Yleisimpiä löydöksiä ovat sivukammioiden ja kolmannen aivokammion laajeneminen sekä ohimolohkojen kuorikerroksen ja prefrontaalialueen atrofia. Skitsofreniapotilaiden aivojen etuosien harmaan alueen on todettu olevan noin 12 % pienempi terveisiin verrattuna (Selemon ym. 2002). Iäkkäällä psykoosipotilailla on PET-tutkimuksessa todettu hypoperfuusiota aivojen frontotemporaalialueilla (Lesser ym. 1993). Nämä löydökset mukailevat kognitiivisen heikentymisen profilia mutta eivät juuri auta käytännön diagnostiikassa. Myös harhaluuloisuushäiriössä on kuvattu aivojen valkean aineen paikallista solukatoa ja lateraalisten aivokammioiden suurentumaa (Howard ym. 1994).

Erotusdiagnostiikka

Etenevät muistisairaudet ovat keskeisin vanhuusiän psykoosien erotusdiagnostiikassa huomioon otettava sairausryhmä. Valtaosalla potilaista niihin liittyy psykoottisia oireita ainakin jossain sairauden vaiheessa. Tällöin psykiatristen oireiden alku on usein äkillinen ja psykoosioireiden sisältö erilainen kuin primaareissa psykiatrisissa sairauksissa. Alzheimerin tautiin liittyy erittäin usein harhaluuloja ja aistiharhaisuutta eri muodoissaan. Taval-

TAULUKKO 1. Tavallisimmat sairaudet, jotka on huomioitava vanhuusiän skitsofrenian ja harhaluuloisuushäiriön erotusdiagnostiikassa.

Sairaus	Tyypilliset kliiniset piirteet
Alzheimerin tauti	Lähimuistin heikkeneminen, harhaluulot, aistiharhat (erityisesti kuuloharhat), harhojen sisältö yksinkertainen ja muuttuva
Levyngappaletauti	Tarkkarajaiset näköharhat, hahmotusvaikeudet, voiminnan vaihtelu, herkkyys psykoosilääkkeiden haittavaikutuksille
Parkinsonin tauti	Useimmiten toispuolinen jäykkyys ja vapina, hahmoharhat, harhaluulot
Delirium eli sekavuustila	Oireiden nopea alku, vaihteleva harhaisuus ja sekavuus, desorientaatio
Psykoottinen depressio	Mielialan mukaiset harhaluulot, voimakas syyllisyydentunne, heikentynyt itsetunto
Psykoottinen mania	Mielialan mukaiset harhat (suuruusharhat), yleinen vauhdikkuus, keskittymisvaikeudet
Sensorinen herkistyminen	Suruajan kokemukset läheisen läsnäolosta, aistivajeisiin liittyvät kuulo- tai näkökokemukset
Aivovamma tai aivoverenkierron häiriö	Oireiden äkillinen alku, monimuotoisia harha-aistimuksia, neurologisia oireita

lisimmat neurologiset erotusdiagnostiikassa huomioitavat sairaudet on esitetty TAULUKOS-
SA 1. Skitsofrenia ja harhaluuloisuushäiriö voi-
daan myös vanhuudessa sekoittaa muihin psy-
kiatriisiin häiriöihin. Mielialahäiriöihin liittyviä
psykoosioireita kuvataan niin ikään TAULUKOS-
SA 1. Skitsofrenian ja harhaluuloisuushäiriön
ero on usein hiuksenhieno ja keskeinen ero
löytyy harhojen sisällöistä. Oirekuva skit-
sofreniassa hallitsevat keskustelevat tai kom-
mentoivat kuuloharhat eivät tyypillisesti kuulu
harhaluuloisuushäiriöön (TAULUKKO 2).

Mikäli psykoosioireisen vanhuksen diag-
noosi jää epäselväksi, säännölliset seurantatut-
kimukset muistiseuloineen ja haastatteluineen
tulisi järjestää esimerkiksi vuoden kahden vä-
lein. Pitkäaikaiset tai toistuvat harhat viittaavat
psykoosisairauteen, kun taas selvä muistitoi-
mintojen heikentyminen ja neurologiset oi-
reet ovat todennäköisemmin merkki alkavasta
muistisairaudesta.

Kognitiivinen suoriutuminen

Sekä varhain että keski-iässä alkavaan skitso-
freniaan (late-onset schizophrenia) ja myös
yli 60 vuoden iässä alkavaan (very-late-onset
schizophrenia-like psychosis) liittyy lähes aina
kognitiivisia muutoksia. Nuorempana sairastu-
vulla kognitiivinen suorituskyky heikentyy
eniten sairauden alkuvaiheessa. Sen jälkeen
suorituskyky pysyy miltei muuttumattomana
65 ikävuoteen saakka, jolloin muisti ja muu
älyllinen suoriutuminen alkavat vähitellen hei-
ketä siten, että tulos Mini-Mental State Exami-

nationissa (MMSE) huononee keskimäärin
pisteen vuodessa (Friedman ym. 2001). Varsi-
naisissa muistisairauksissa, kuten Alzheimerin
taudissa, heikkeneminen on selvästi nopeam-
paa (Palmer ym. 2003).

Vanhuusiässä skitsofreniapotilaan ajattelun
joustavuus, puheen sujuvuus sekä tilasuh-
teiden hahmottaminen huononevat ja hän
hidastuu yleisesti. Myös toiminnanohjauk-
sen vaikeudet korostuvat, mutta tarkkaavuus
ja työmuisti säilyvät kohtalaisen hyvin. Erot
kognitiossa ovat yksilöllisiä ja yhteydessä sai-
raushistoriaan sekä sairauden vaikeusaste-
eseen (Harvey ym. 2006). Mikäli skitsofrenia
puhkeaa myöhäisiällä, kognitiiviset puutokset
ovat lievempiä. Pieni osa iäkkäistä skitsofre-
nian kaltaisen oirekuvan saaneista sairastuu
myöhemmin etenevään muistisairauteen. Siitä
huolimatta skitsofrenia on itsenäinen häiriö,
joka on tärkeä tunnistaa oikean hoidon löytä-
miseksi näille potilaille (Saarela ja Juva 2007).

Harhaluuloisuushäiriöiset potilaat kiin-
nittävät liiaksi huomiota ympäristön uhka-
tekijöihin (Fear ym. 1996). He myös tekevät
päätelmiä asioista niukemman tiedon perus-
teella, mikä johtaa herkästi harhaluuloisiin
päätelmiin (Conway ym. 2002). Nämä seikat
selittävät sitä, miksi harhaluuloinen pitäytyy
tiukasti omassa uskomuksessaan eikä kykene
arvioimaan omien ajatustensa todenperäi-
syyttä. Harhaluuloisuushäiriöön liittyy lisäksi
toiminnanohjauksen ongelmia ja vaikeuksia
vertauskuvallisten ilmausten ymmärtämisessä
(Bommer ja Brune 2006).

TAULUKKO 2. Vanhuusiän skitsofrenian ja harhaluuloisuushäiriön erot.

	Skitsofrenia	Harhaluuloisuushäiriö
Psykoosioireet	Monimuotoisia harhoja, joiden sisältö on outo	Harhaluuloja, joiden sisältö voisi sopia reaali maailmaan
Negatiiviset oireet	Tunteiden latistumista, puheen köyhtymistä, anhedoniaa, tahdottomuutta	Ei esiinny
Mielialaoireet	Depressio-oireita kohtalaisen usein	Depressio-oireet tavallisia
Kognitio	Lievästi tai kohtalaisesti heikentynyt	Normaali tai lievästi heikentynyt
Toimintakyky	Huonontunut	Yleensä normaali
Psykoosilääkitys	Pienet/keskisuuret annokset	Pienet annokset

Taudinkuva ja -kulku

Skitsofrenia on pitkäaikainen sairaus, joka vaikuttaa laaja-alaisesti vanhuksen elämään. Tyypillinen skitsofreeninen harha on vanhuksellakin syyttävä, kommentoiva tai keskustele-va kuuloharha. Erikoinen harhamaailma sekä älyllinen taantuminen muokkaavat potilaan ajatus- ja toimintatapoja, joita muiden ihmisten on vaikea ymmärtää. Skitsofreniapotilaan harhojen sisältö on siis tyypillisesti outo, eikä potilaan kokemia tapahtumia tai aistimuksia voisi esiintyä reaali maailmassa.

Skitsofreniaa sairastava vanhus on saattanut kärsiä voimakkaista harhaluuloista ja aistiharhoista läpi elämänsä, mutta useimmiten nämä skitsofrenian ns. positiiviset oireet vähenevät iän myötä. Osalla potilaista positiiviset oireet ovat kuitenkin pysyviä (Cohen ym. 2008). Ikääntyneillä skitsofreniapotilailla tunteiden ja mielihyvän kokemisen vaikeus eli ns. negatiiviset oireet korostuvat. Vanhus ei osaa enää ilmaista omaa tahtoaan ja hänen puhekielensä yksinkertaistuu. Sairaudelle tyypilliset ajatushäiriöt ja hajanaisuus ovat kuitenkin yhä tunnistettavissa. Negatiivisoireisen skitsofreniapotilaan masennusoireita voi sen sijaan olla vaikea huomata. Masennus eriaisteisena on kuitenkin yleinen elämänlaatua heikentävä skitsofrenian liitännäissairaus vanhuusiässä (Zisook ym. 1999, Diwan ym. 2007).

Ikäämpänä skitsofreniaan sairastuneilla esiintyy enemmän epätyypillisiä aistiharhoja, kuten näkö-, haju-, kosketus- ja läpäisyharhoja, mutta vähemmän negatiivisia oireita kuin nuorempana sairastuneilla. Läpäisyharhaluulot, joissa vanhus kokee esineiden, ihmisten tai aineiden tunkeutuvan kodin seinien läpi, ovat tyypillisiä vanhuusiässä alkaville psykoosisairauksille. Yli 60-vuotiaana sairastuneilla ajatushäiriöt ja tunteiden latistuminen ovat harvinaisia (Howard ym. 2000).

Harhaluuloisuushäiriöinen vanhus ei usko muiden ihmisten rehellisyyteen ja vilpittömyyteen tai hän uskoo toisten haluavan aiheuttaa hänelle vaikeuksia. Harhaluulot kohdistuvat tavallisimmin naapureihin tai sukulaisiin. Potilas ei osaa epäillä uskomustensa todenperäisyyttä eivätkä vakuuttelut auta.

Hän riitaantuu helposti ympäristön kanssa ja lähi-ihmissuhteissa puolustaessaan itseään. Harhaluuloisuushäiriöisen vanhuksen harhaluulot voisivat sinänsä olla totta, ja muilla elämän alueilla hän toimii normaalisti ja kykenee huolehtimaan itsestään. Epäluuloisuus muita kohtaan johtaa kuitenkin herkästi eristäytymiseen. Harhaluulot voivat olla sisällöltään vainoharhaisia, mustasukkaisia, erotomaanisia, suuruusharhaisia tai somaattisia. Erotomaanisissa harhaluuloissa henkilö ajattelee ilman todellisia perusteita jonkun olevan häneen rakastunut. Suuruusharhoissa hän uskoo omaavansa esimerkiksi yhteiskunnallisesti tai uskonnollisesti merkittävää valtaa ja voimaa. Somaattisharhaluuloinen on vakuuttunut potevansa jotain sairautta, vaikka tutkimuksissa sitä ei todeta. Tavallisimmin kuitenkin vanhus ajattelee vainoharhaisesti jonkun tunkeutuneen asuntoon omilla avaimillaan ja vieneen häneltä tärkeitä tavaroita. Harhaluulojen lisäksi voi esiintyä myös kuuloharhoja (jopa 80 %:lla), mutta ne eivät hallitse oirekuva (Almeida ym. 1995).

Hoito

Lääkehoidon periaatteet. Ikäkkäille skitsofreniapotilaille suositellaan ensisijaisesti toisen polven psykoosilääkkeitä ja toissijaisesti tavanomaisia neurolepteja (Alexopoulos ym. 2004). Lääkeannokset ovat yleensäkin pienempiä kuin nuoremmilla potilailla ja myöhään alkavassa skitsofreniassa vain neljäsosa tai puolet nuorena sairastuneiden vanhuspotilaiden annoksista (ТАУЛУККО Э) (Alexopoulos ym. 2004). Myös ikäkkäille voidaan tarvittaessa antaa lihakseen pistettäviä pitkävaikutteisia psykoosilääkeruiskeita, ja esimerkiksi pitkävaikutteista risperidoni-injektiota käytettäessä hoidon keskeyttäminen on harvinaisempaa kuin tavallista suun kautta otettavaa lääkitystä käyttävillä (Tadger ym. 2008). Lyhytvaikutteinen neuroleptiruiske (esimerkiksi haloperidoli, tsuklopentiksoli tai olantsapiini) on usein käyttökelpoisen, mikäli tarvitaan aggressiivisen potilaan nopeaa rauhoittamista.

Liitännäissairauksien hoitoon tulee kiinnittää huomiota, ja esimerkiksi masennuslääkettä

voidaan tarvittaessa käyttää, kunhan on ensin varmistettu perussairauden lääkehoidon asianmukaisuus (riittävä psykoosilääkitys). Rauhoittavat lääkkeet ja unilääkkeet väliaikaisesti käytettyinä voivat helpottaa ahdistuneisuutta ja univaikeuksia. Asetyylikoliiniesteraasin estäjistä iäkkään skitsofreniapotilaan hoidossa on vähän tutkimustietoa, mutta nämä lääkkeet saattavat joillain potilailla vähentää negatiivisia oireita ja parantaa kognitiivista suoriutumista (Stryjer ym. 2002).

Harhaluuloisuushäiriöisen vanhuksen lääkehoidon peruseräkkeet ovat samat kuin iäkkään skitsofreniapotilaan, mutta huonomman hoitomyöntyvyyden takia lääkehoidon tulos on usein huonompi kuin skitsofreniassa (Alexopoulos ym. 2004). Sopivan lääkityksen löytämisessä iäkkäälle psykoosipotilaalle tarvitaan usein psykiatrista konsultaatiota.

Skitsofreniapotilaan psykoosilääkitys on elinikäinen (Alexopoulos ym. 2004). Ikääntymisen myötä pienemmän mahdollisen tehokkaan hoitoannoksen löytäminen tulee entistä tärkeämmäksi. Lääkitystä voidaan vähentää hitaasti kuukausien välein oirekuvaa tarkasti seuraten. Harhaluuloisuushäiriöpotilaan lääkityksen lopettamista voidaan kokeilla aikaisintaan puolen vuoden kuluttua. Mikäli oireet ilmaantuvat uudelleen lääkkeettömänä aikana, hoito on syytä ohjelmoida pysyväksi. Valit-

tavan tavallista on, että harhaluuloisuushäiriöpotilas keskeyttää itse psykoosilääkityksensä sairautentunnottomuutensa vuoksi. Hoitomyöntyvyyttä parantaa sellaisen ongelman (esimerkiksi nukahtamisvaikeuden) löytyminen, josta sekä potilas että lääkäri voivat olla samaa mieltä. Toisaalta paranoidiselle potilaalle on oltava rehellinen ja hänelle tulee kertoa, mistä lääkkeestä on kyse, sillä muutoin hoitosuhde katkeaa luottamuspulaan. Säännölliset seurantakäynnit auttavat potilasta sitoutumaan lääkehoitoon.

Psykoosilääkehoidon haittavaikutukset ja niiden seuranta. Neurologiset lääkehaitat, kuten parkinsonismi, ovat yleisiä psykoosilääkityksen yhteydessä, mutta riski on pienempi käytettäessä toisen polven valmisteita. Tavanomaiset neuroleptit aiheuttavat vanhukselle pysyviä pakkoliikkeitä tuottavan tardiivin dyskinesian 4–5 kertaa todennäköisemmin kuin nuoremmalle potilaalle (Jeste 2004). Muista haittavaikutuksista tavallisia ovat väsymys, verenpaineen vaihtelu ja QT-ajan pidentyminen. Useimmat haittavaikutukset ovat annoksesta riippuvaisia. Kaikkiin psykoosilääkkeisiin liittyy pahanlaatuisen neuroleptisyndrooman riski, mutta se on pienempi käytettäessä toisen polven valmisteita. Näiden lääkkeiden käyttöön voi puolestaan liittyä lihomista sekä glukosinsiedon ja rasva-aineenvaihdunnan häi-

TAULUKKO 3. Lääkeannokset myöhäsiän skitsofreniassa ja harhaluuloisuushäiriössä. Mukailtu Alexopoulosin ym. (2004) artikkelista.

Psykoosilääke	Aloituseräke (mg/vrk)	Hoitoeräke (mg/vrk)	Huomioitavaa
Risperidoni	0,5 25 i.m.	1–4 25–50 i.m.	Ruiskeiden väli kaksi viikkoa
Olantsapiini	5	10–20	
Ketiapiini	50	200–600	
Aripipratsoli	5	15–30	
Tsiprasidoni	20	20–40	EKG:n seuranta
Sertindoli	4	12–20	EKG:n seuranta
Klotsapiini	12,5	50–400	Verenkuvan seuranta, pitoisuusmitaukset, psykiatri aloittaa hoidon
Haloperidoli	0,5	2–4	
Perfenatsiini	4	8–16	
Tsuklopentiksoli	2	10–20	

YDINASIAT

- » Myöhäisiän skitsofrenia ja harhaluuloisuushäiriö heikentävät toimintakykyä, kognitiota ja sosiaalista selviytymistä.
- » Iäkäs skitsofreniapotilas kokee outoja aistiharhoja, joiden sisältöä muiden on vaikea ymmärtää.
- » Harhaluuloisuushäiriöisen vanhuksen tyypillisin oire on ympäristöön tai sukulaisiin kohdistuva vainoharha, johon saattaa liittyä kuuloharhoja.
- » Näiden potilasryhmien hoidossa käytetään ensisijaisesti toisen polven psykoosilääkkeitä.
- » Lääkeannokset ovat keskimäärin pienempiä kuin nuorempien psykoosipotilaiden hoidossa.

riöitä. Niinpä potilaan painoa sekä glukoosi- ja kolesteroliarvoja tulee seurata säännöllisesti (Heiskanen ym. 2010). Klotsapiinihoidon yhteydessä on verenkuvaa seurattava ylläpitovaiheessakin kuukausittain, koska agranulosytoosin riski näyttää olevan tavanomaista suurempi iäkkäillä naisilla (Barak ym. 1999).

Yleisen terveydentilan seuranta. Moni skitsofreniapotilas tupakoi, liikkuu vähän ja syö yksipuolisesti. Epäterveelliset elämäntavat ja toisaalta myös psykoosilääkkeiden haittavaikutukset lisäävät sairastuvuutta sydän- ja verisuonitauteihin, aikuistyyppin diabetekseen ja keuhkosairauksiin. Monet tutkimukset viittaavat siihen, että skitsofreniapotilaat eivät saisi yhtä hyviä hoitoja ja tutkimuksia kuin muut samanikäiset. Iäkkäät harhaluuloisuushäiriöpotilaat ovat keskimäärin fyysisesti terveempiä kuin skitsofreniapotilaat, mutta hypertension ja aivoverenkierron häiriöiden on raportoitu olevan heillä tavallisempia kuin skitsofrenian yhteydessä (Yassa ja Suranyi-Cadotte 1993). Somaattisten sairauksien hyvä hoito parantaa yleistä ennustetta ja elämänlaatua.

Lääkkeettömät hoidot. Jatkuvuus ja luotamuksellinen hoitosuhde ovat tärkeimpiä tekijöitä iäkkäiden skitsofrenia- ja harhaluuloisuusoireisten potilaiden hoidossa. Hoito

voidaan toteuttaa hyvin myös perusterveydenhuollossa. Psykososiaalinen tuki ja psykoterapeuttiset elementit vähentävät primaarioireita, mielialaoireita ja ahdistuneisuutta (Howard ym. 2000, Giblin ym. 2004). Sähköhoidosta saattaa olla hyötyä erityisesti sellaisille iäkkäille skitsofreniapotilaille, joiden psykoosioireistoon liittyy katatonisia piirteitä (Suzuki ym. 2006).

Ennuste

Iäkkäiden skitsofreniapotilaiden määrän on arvioitu ainakin kaksinkertaistuvan seuraavien parinkymmenen vuoden aikana (Cohen ym. 2008). Vaikka skitsofreniaan liittyy lisääntynyt kuolemanriski, moni elää yhä iäkkäämmäksi vanhusten yleisen terveydentilan kohentumisen myötä. Keski-ikässä tai myöhemmin sairastuneiden selviytyminen jokapäiväisistä toimista on yleensä sujuvampaa ja avun tarve vähäisempää kuin hyvin nuorena sairastuneiden, joiden kognitiivinen suorituskyky on keskimäärin heikompi. Tulevaisuudessa myös ikääntyvien skitsofreniapotilaiden alkoholin käyttö ja muiden päihteiden käyttö lisääntyy kuten muillakin ikäihmisillä. Harhaluuloisuushäiriötä sairastavat vanhukset ovat yleensä itsenäisempiä ja toimintakykyisempiä kuin skitsofreniapotilaat. Kuitenkin neljäsosa heistä sairastuu dementiaan 5–10 vuoden kuluessa harhaluuloisuushäiriön diagnoosista (Leinonen ym. 2004). Pitkäaikainen hoitosuhde ja mahdollinen mielialaoireiden hoito vähentävät harhaluuloisen eristäytymistä ja parantavat elämänlaatua.

Lopuksi

Tähän saakka iäkkäät skitsofreniapotilaat ovat usein asuneet laitoksissa tai kuntoutuskodeissa. Tulevaisuuden ikääntynyt skitsofreniapotilas asuu kotonaan ja tarvitsee sellaisia avohoitopalveluja, jotka tukevat häntä itsenäiseen elämään. Suurin haaste näiden potilaiden hoidossa on saada heidät sitoutumaan hoitosuunnitelmaan. Myöhäisiän skitsofreniaa ja harhaluuloisuushäiriötä sairastavat tarvitsevat tiiviin hoidon ja ennen kaikkea jatkuvan hoitosuh-

teen. Saumaton yhteistyö perusterveydenhuollon ja psykiatrian ammattilaisten kesken on oleellista, ja konsultaatiomahdollisuus on oltava joustavasti saatavilla. Vain pieni osa potilaista tarvitsee elinikäistä psykiatrasta seuranta; suurimmalle osalle perusterveydenhuolto monipuolisine hoitomahdollisuuksineen on sopivin hoitotaho. Tulevaisuudessa myös näitä vaikeita psykooseja sairastavat iäkkäät potilaat haluavat olla mukana päättämässä siitä, missä ja millaista hoitoa he tarvitsevat. ■

**TIINA TALASLAHTI, LL, erikoislääkäri,
vs. apulaisylilääkäri**
HUS HYKS, vanhuspsykiatria
PL 914, 00029 HUS

HANNA-MARI ALANEN, LT, ylilääkäri
TAYS, neuro- ja vanhuspsykiatria
Pitkämäen sairaala, 33380 Pitkämäki

ESA LEINONEN, professori, ylilääkäri
Tampereen yliopisto
ja TAYS, psykiatria

SIDONNAISUUDET

Tiina Talaslahti: Toistuvia luentoja eri lääkeyritysten järjestämässä koulutuksissa (Pfizer).

Hanna-Mari Alanen: Toistuvia luentoja eri lääkeyritysten järjestämässä koulutuksissa (Pfizer, Lundbeck, Bristol-Myers Squibb, Lilly).

Esa Leinonen: Toistuvia luentoja eri lääkeyritysten järjestämässä koulutuksissa (Lilly, AstraZeneca, Janssen-Cilag, Bristol-Myers Squibb, Pfizer, GSK). Ulkomaan kongressimatka lääkeyrityksen tuella (AstraZeneca, Janssen-Cilag, GSK).

Summary

Severe psychoses in the elderly – schizophrenia and delusional disorder

The number of persons over 65 years of age with schizophrenia will increase in the future. Geriatric schizophrenia involves bizarre delusions and hallucinations similar to those occurring in younger schizophrenic patients. Delusions of an elderly delusional disorder patient focusing on the family and environment easily lead to social withdrawal. Persons becoming ill with initial psychosis at an older age should be subjected to thorough diagnostic examinations. Organic brain diseases constitute the major differential diagnostic illnesses. Second generation antipsychotics are the first-line drugs in the treatment of geriatric schizophrenia and delusional disorder. The patients benefit from a regular therapeutic contact and treatment of associated diseases.

KIRJALLISUUTTA

- Alexopoulos GS, Streim J, Carpenter D, Docherty JP; Expert Consensus Panel for Using Antipsychotic Drugs in Older Patients. Using antipsychotic agents in older patients. *J Clin Psychiatry* 2004;65 Suppl 2:5–99.
- Almeida OP, Howard RJ, Levy R, David AS. Psychotic states arising in late life (late paraphrenia) psychopathology and nosology. *Br J Psychiatry* 1995;166:205–14.
- Barak Y, Aizenberg D, Mirecki I, Mazeh D, Achiron A. Very late-onset schizophrenia-like psychosis: clinical and imaging characteristics in comparison with elderly patients with schizophrenia. *J Nerv Ment Dis* 2002;190:733–6.
- Barak Y, Wittenberg N, Naor S, Kutzuk D, Weizman A. Clozapine in elderly psychiatric patients: tolerability, safety, and efficacy. *Compr Psychiatry* 1999;40:320–5.
- Bommer I, Brune M. Social cognition in “pure” delusional disorder. *Cogn Neuro-psychiatry* 2006;11:493–503.

- Brodaty H, Sachdev P, Rose N, Rylands K, Prenter L. Schizophrenia with onset after age 50 years. I: Phenomenology and risk factors. *Br J Psychiatry* 1999;175:410–5.
- Cohen CI, Vahia I, Reyes P, ym. Focus on geriatric psychiatry: schizophrenia in later life: clinical symptoms and social well-being. *Psychiatr Serv* 2008;59:232–4.
- Conway CR, Bollini AM, Graham BG, Keefe RS, Schiffman SS, McEvoy JP. Sensory acuity and reasoning in delusional disorder. *Compr Psychiatry* 2002;43:175–8.
- Diwan S, Cohen CI, Bankole AO, Vahia I, Kehn M, Ramirez PM. Depression in older adults with schizophrenia spectrum disorders: prevalence and associated factors. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007;15:991–8.
- Fear C, Sharp H, Healy D. Cognitive processes in delusional disorders. *Br J Psychiatry* 1996;168:61–7.
- Friedman JI, Harvey PD, Coleman T, ym. Six-year follow-up study of cognitive and functional status across the lifespan in schizophrenia: a comparison with Alz-

- heimer’s disease and normal aging. *Am J Psychiatry* 2001;158:1441–8.
- Giblin S, Clare L, Livingston G, Howard R. Psychosocial correlates of late-onset psychosis: life experiences, cognitive schemas, and attitudes to ageing. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004;19:611–23.
- Harvey PD, Reichenberg A, Bowie CR. Cognition and aging in psychopathology: focus on schizophrenia and depression. *Annu Rev Clin Psychol* 2006;2:389–409.
- Heiskanen T, Niskanen L, Koponen H. Skitsofreniapotilaiden kardiometaboliset riskit ja psykoosilääkitys. *Suom Lääkäril* 2010;65:389–96.
- Henderson AS, Korten AE, Levings C, ym. Psychotic symptoms in the elderly: a prospective study in a population sample. *Int J Geriatr Psychiatry* 1998;13:484–92.
- Howard RJ, Almeida O, Levy R, Graves P, Graves M. Quantitative magnetic resonance imaging volumetry distinguishes delusional disorder from late-onset schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1994;165:474–80.

- Howard R, Rabins PV, Seeman MV, Jeste DV. Late-onset schizophrenia and very-late-onset schizophrenia-like psychosis: an international consensus. The International Late-Onset Schizophrenia Group. *Am J Psychiatry* 2000;157:172–8.
- Jeste DV. Late-life schizophrenia: editor's introduction. *Schizophr Bull* 1993;19:687–9.
- Jeste DV. Tardive dyskinesia rates with atypical antipsychotics in older adults. *J Clin Psychiatry* 2004;65:21–4.
- Korner A, Lopez AG, Lauritzen L, Andersen PK, Kessing LV. Delusional disorder in old age and the risk of developing dementia: a nationwide register-based study. *Aging Ment Health* 2008;12:625–9.
- Leinonen E, Santala M, Hyötylä T, Santala H, Eskola MNSc N, Salokangas RK. Elderly patients with major depressive disorder and delusional disorder are at increased risk of subsequent dementia. *Nord J Psychiatry* 2004;58:161–4.
- Lesser IM, Miller BL, Swartz JR, Boone KB, Mehninger CM, Mena I. Brain imaging in late-life schizophrenia and related psychoses. *Schizophr Bull* 1993;19:773–82.
- Lubman DI, Velakoulis D, McCorry PD, ym. Incidental radiological findings on brain magnetic resonance imaging in first-episode psychosis and chronic schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2002;106:331–6.
- Palmer BW, Bondi MW, Twamley EW, Thal L, Golshan S, Jeste DV. Are late-onset schizophrenia spectrum disorders neurodegenerative conditions? Annual rates of change on two dementia measures. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2003;15:45–52.
- Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, ym. Lifetime prevalence of psychotic and bipolar I disorders in a general population. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64:19–28.
- Saarela T, Juva K. Vanhuusiässä alkava skitsofrenia. *Suom Lääkäril* 2007;62:4209–13.
- Selemon LD, Kleinman JE, Herman MM, Goldman-Rakic PS. Smaller frontal gray matter volume in postmortem schizophrenic brains. *Am J Psychiatry* 2002;159:1983–91.
- Stryjer R, Bar F, Strous RD, Baruch Y, Rabey JM. Donepezil management of schizophrenia with associated dementia. *J Clin Psychopharmacol* 2002;22:226–9.
- Suzuki K, Awata S, Takano T, ym. Adjusting the frequency of continuation and maintenance electroconvulsive therapy to prevent relapse of catatonic schizophrenia in middle-aged and elderly patients who are relapse-prone. *Psychiatry Clin Neurosci* 2006;60:486–92.
- Tadger S, Baruch Y, Barak Y. Symptomatic remission in elderly schizophrenia patients treated with long-acting risperidone. *Int Psychogeriatr* 2008;20:1245–50.
- Yassa R, Suranyi-Cadotte B. Clinical characteristics of late-onset schizophrenia and delusional disorder. *Schizophr Bull* 1993;19:701–7.
- Zisook S, McAdams LA, Kuck J, ym. Depressive symptoms in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1999;156:1736–43.