

Terhi Rantamäki-Häkkinen, Mirja Renvall ja Tiina Talaslahti

## Psykoottisen iäkkään potilaan tutkiminen ja hoito

Riski sairastua psykoosiin lisääntyy iän myötä. Nuoruudessa alkavat psykoosisairaudet ovat usein elinikäisiä, mutta psykoosisairaus voi alkaa myös iäkkäänä. Uusien psykoottisten oireiden taustalla voi psykiatristen sairauksien lisäksi olla erilaisia metabolisia tai endokriinisia syitä, lääkkeiden haittavaikutuksia, päihteiden käyttöä, akuutti aivosairaus tai diagnosoimaton muistisairaus. Muistisairailta psykoottiset oireet ovat yleisiä ja voivat edeltää kognitiivisia oireita. Psykoosioireiden syy pitää aina selvittää ja akuuttihoiton jälkeen ohjata potilas tarkempiin tutkimuksiin. Oireiden etiologian kartoittamisessa tarvitaan hyviä esitietoja, laboratoriotutkimuksia ja usein myös pään kuvantamista. Muuhun hoitoon reagoimattomien psykoosioireiden yhteydessä joudutaan usein antamaan psykoosilääkkeitä muillekin kuin psykoosisairautta sairastaville. Tällöin lääkehoitoa tulee seurata tarkasti ja hoitoajan olla rajattu.

**P**sykoosi tarkoittaa todellisuuden tajun häiriintymistä, ja siihen liittyy tavallisesti aistiharhoja, harhaluuloja tai molempia. Psykoottisia oireita esiintyy psykoosisairauksien lisäksi erilaisissa akuuteissa somaattisissa tiloissa ja hermoston rappeumasairauksissa kuten muistisairauksissa. Suurelle osalle iäkkäistä psykoosioireet ilmaantuvat ensimmäistä kertaa, ja kokemus on usein hyvin hämmäntävä. Psykoosioireinen iäkäs saattaa hakeutua hoitoon kokemansa vääryyden tai pelottavien aistihavaintojen vuoksi tai lähiympäristön ihmiset huolestuvat poikkeavasta käyttäytymisestä ja ryhtyvät järjestämään apua. Oirekuvan ensivaiheen selvittelyt voidaan tehdä perusterveydenhuollossa, ja tarvittaessa potilas ohjataan lisäselvittelyihin erikoissairaanhoidon. Psykoottinen potilas ei aina tunnista itse hoidon tarvettaan, ja häntä voidaan joutua hoitamaan tahdosta riippumatta. Mielenterveyslaki koskee vaikeita psykooseja etiologiasta riippumatta.

### Psykoosioireiden esiintyvyys iäkkäillä

Iäkkäiden psykoosiriski lisääntyy (1). Terveys 2000 -tutkimuksessa psykoosin elämänaikai-

seksi esiintyvyydeksi saatiin 65 vuotta täyttäneessä väestössä 3,6 %, ja ruotsalaistutkimuksessa 7–10 % yli 85-vuotiaista potilaista kärsi eriasteisista psykoosioireista (1,2). Psykoosi voi olla ohimenevä ja liittyä erilaisista somaattisista syistä johtuvaan sekavuustilaan tai muistisairauteen (niin sanottu sekundaarinen psykoosi) tai kyseessä voi olla joko tiedossa oleva tai uusi psykiatrinen sairaus (**TAULUKKO 1**). Sekundaariseen psykoosiin voivat kognition ongelmien lisäksi viitata muun muassa epätavallinen sairastumisikä, heikko vaste psykiatriseen hoitoon, oireiden epätavallinen intensiivisyys ja persoonallisuuden muutokset (3).

Skitsofreniaan sairastutaan tavallisesti varhaisaikuisuudessa. Skitsofreniaa sairastavia yli 65-vuotiaita on noin yksi sadasta, ja noin 3 % skitsofreniapotilaista saa diagnoosin vasta 60 ikävuoden jälkeen (skitsofrenian kaltainen hyvin myöhään alkava psykoosi, VLOSLP eli very-late-onset schizophrenia-like psychosis) (1,4). Harhaluuloisuushäiriö alkaa tyypillisesti vasta keski-ikässä tai sen jälkeen, ja sen esiintyvyys on 0,1–0,5 %. Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavista ikääntyneistä (esiintyvyys 0,5–1,0 %) 10 % on saanut diagnoosin vanhemmalla iällä (5). Mikäli hypomania tai ma-

TAULUKKO 1. Psykoosioireiden syitä ikääntyneillä (18).

Sairaus tai oireyhtymä	Tyypilliset kliiniset piirteet
Skitsofrenia	Outoja harhaluuloja, kuuloharjoja: potilasta kommentoivia, keskenään keskustelevia tai kolmannen persoonan puhetta, negatiivisia oireita, lievää taantumista
Myöhään alkava skitsofrenian kaltainen psykoosisairaus (VLOSLP)	Monimuotoisia outoja psykoosioireita, läpäisyharjoja, lievää tai kohtalaista taantumista ja toimintakyvyn heikkenemistä
Harhaluuloisuushäiriö	Harhaluuloja, joiden sisältö voisi sopia reaali maailmaan, toimintakyky suhteellisen hyvä, ei taantumista
Psykoottinen masennustila	Mielialan mukaisia, useimmiten omaan kehoon tai perikatoon liittyviä harhaluuloja, epärealistisia syyllisyydentunteita, heikentynyt itsetunto, itsetuhoisuus
Psykoottinen mania	Mielialan mukaisia harhaluuloja eli suuruusharjoja, omien voimavarojen yliarviointia, yleistä vauhdikkuutta
Akuutti aivotapahtuma	Äkillisesti ilmaantunut psykoosioireisto, motorisia puutosoireita
Sekavuusoireyhtymä eli delirium	Äkillisesti alkanut psykoosioireisto, orientaatio ja vireystila vaihtelevat
Muistisairaudet	Etenevä kognitiivinen heikentyminen, psykoosioireet sisällöltään yksinkertaisia ja vaihtelevia, useimmiten ympäristöön kohdistuvia harhaluuloja, ks. <b>TAULUKKO 2</b>
Surureaktio	Voimakas tunne kuolleen läheisen läsnäolosta

VLOSLP = very-late-onset schizophrenia-like psychosis

nia ilmaantuu ensimmäistä kertaa iäkkäänä, se voi myös liittyä alkavaan muistisairauteen tai akuuttiin aivotapahtumaan. Psykoottinen masennus on tavallinen sairaalahoidon syy niin kaksisuuntaisen mielialahäiriön, yksisuuntaisen masennuksen kuin muistisairauteen liittyvän masennustilankin yhteydessä.

Noin 40 %:lla muistisairaista psykoosioireita ilmenee jossain vaiheessa, tavallisimmin sairauden keskivaikeassa vaiheessa (**TAULUKKO 2**) (6). Oman näkemyksemme mukaan isolla osalla päivystykseen psykoosioireiden vuoksi joutuneista iäkkäistä potilaista diagnosoidaan myöhemmin muistisairaus.

## Miten tutkin ikääntynyttä psykoottista potilasta?

Iäkkään henkilön psyykinen yleisvointi ja orientaatio tulisi vastaanottokäynnillä aina arvioida ja kirjata sairauskertomukseen. Tällöin mahdolliset muutokset on helpompi havaita, kun potilas saapuu arvioon psykoosioireiden vuoksi. Psykoosioireet voivat olla ilmeisiä tai tulla esiin vasta syvällisemmässä haastattelussa, jos potilaan toimintakyky on hyvä ja harhat ovat kapea-alaisia. Yleisvaikutelman, kommunikoinnin, puheen sisällön, hajanaisuuden ja temmon arviointi sekä yleisluontoinen orien-

taation ja kognition arviointi onnistuvat usein vastaanottohaastattelun yhteydessä. Mielialasta on hyvä kysyä erikseen, ja jos on epäilyä masennuksesta, on hyvä syventyä erityisesti tunteeseen toivottomuudesta ja yksinäisyydestä sekä kuolemantoiveista.

Aistivajeita kartoitettaessa voi samalla kysyä näkö- tai kuuloharjoista. Potilaalta voi tiedustella, onko viime aikoina tapahtunut jotain hänen mielestään erikoista tai onko hän kuullut tai nähnyt jotain, mitä muut eivät ole havainneet. Anamneesia täydennetään aiemmista sairauskertomuksista ja omaishaastattelulla. Harhaluulojen osalta potilailla on usein vaillinaisen sairaudentunto, joten läheisten havainnot ovat arvokkaita. Omaisten haastattelu tulee tehdä potilasta arvostaen ja huomioden, että aihe voi olla omaisillekin arkaluontoinen.

Psykoosisairautta sairastavalla on usein hyvästäkin hoitotasapainosta huolimatta psyykkisiä oireita. Oireokuva saattaa muuttua stressitekijöiden, fyysisen voimien heikentymisen tai puutteellisen lääkehoitomyöntyvyyden takia (**KUVA**). Paranoidinen iäkäs voi eristäytyä ja vältellä kontakteja terveydenhuoltoon, jolloin pitkäaikaissairauksien hoito vaarantuu. Psykoosisairauteen liittyvä liiallinen veden juonti voi johtaa vaikeisiin elektrolyyttihäiriöihin tai myrkytysharhat rajoittuneeseen ruokavalioon.

**TAULUKKO 2.** Psykoosioireet muistisairauksissa (6,19–21).

Sairaus tai oireyhtymä	Tyypilliset kliiniset piirteet
Alzheimerin tauti	Vainoamis-, varastamis-, uskottomuus- ja hylkäämisharhaluulot yleisiä
	Misidentifikaatio yleistä: vieraat henkilöt kotona, peilikuvan luuleminen vieraaksi, tv:n henkilöiden luuleminen todellisiksi, puoliso vaihtunut toiseksi
	Näköharhat: ihmisiä, eläimiä, kasvoja, värejä, kuvioita
	Kuuloharhat: melu, koputukset, puheensorina
Lewyn kappale -tauti ja Parkinsonin taudin muistisairaus	Ensioreet: hahmo näkökentän laidalla, tunne jonkun läsnäolosta, illuusiot (esine saa eläimen tai ihmisen hahmon) – oiretiedostus tallella
	Taudin edetessä: elävän tuntuiset tarkat näköharhat (ihmisiä, eläimiä, esineitä) –alussa oiretiedostus tallella
	Myöhemmin saattaa esiintyä samankaltaisia harhaluuloja kuin Alzheimerin taudissa
	Kuulo- haju- ja kosketusharhat mahdollisia myöhemmässä vaiheessa
Otsa-ohimolohkorapeumat	Psykoosioireita etenkin potilailla, joilla C9orf72-geenivirhe
	Harhaluulot: vainoharhat, uskonnolliset, somaattiset (raskaus, vierasesine), grandioottiset, erotomaaniset ja sisällöltään oudot harhaluulot
	Eri aistinmodaali-teettien harhat
	Skitsofreniaa tai mielialahäiriötä muistuttava oirekuva vuosia ennen taudin tyypillisiä oireita
Verisuoniperäinen muistisairaus	Samankaltaiset oireet kuin Alzheimerin taudissa
	Näköharhat ja misidentifikaatio yleensä vasta taudin myöhemmässä vaiheessa

Monet somaattiset tilat, lääkkeet ja päihteen voivat aiheuttaa psykoosioireita tai niihin sekoittuvia oireita. Hauras vanhus on altis myös sekavuusoireyhtymälle.

Anamneesi ja somaattinen status ohjaavat jatkotutkimuksia (KUVA). Päivystyksellisesti suljetaan pois akuutit somaattiset ja neurologiset syyt kliinisellä tutkimuksella ja laboratoriotutkimuksilla. Aivot tulee kuvata sekä ensipsykoosin että uudentyypin psykoosioireiston yhteydessä, kuvantamisen kiireellisyys riippuu oirekuvasta.

Yleinen toimintakyky, ulkopuolisen avun tarve, ajankohtainen lääkitys sekä siinä viime aikoina tehdyt muutokset on hyvä selvittää. Monet lääkkeet voivat aiheuttaa psykoosioireita. Päihteen käytöstä tulee kysyä ja tarvittaessa selvittää epäily käyttö laboratoriotutkimuksin.

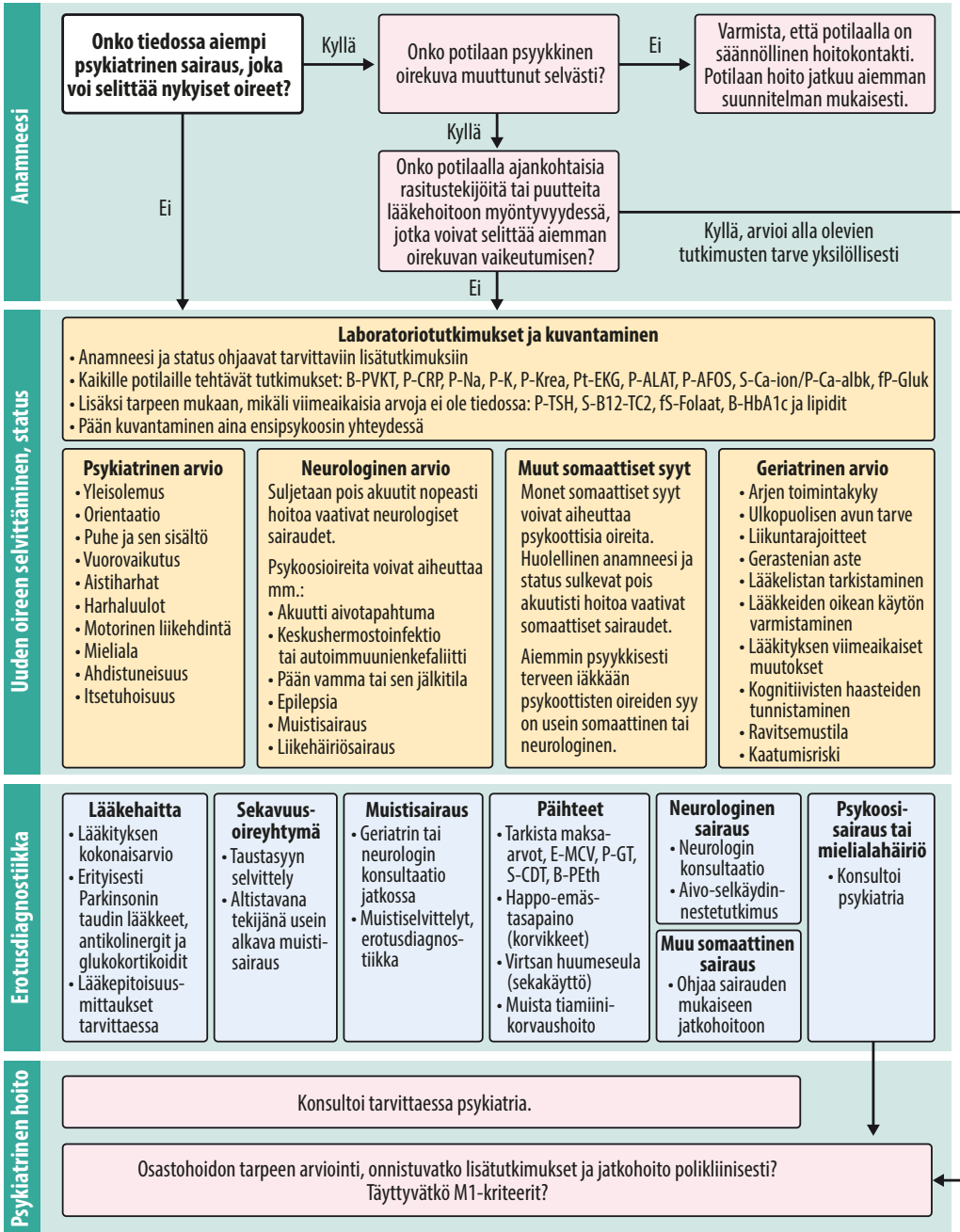
Jos epäily psykiatrisesta sairaudesta vahvistuu ja selvät somaattiset syyt on suljettu pois, on suositeltavaa konsultoida psykiatria. Myös sekundaarisen psykoosin hoidossa psykiatri voi tarjota asiantuntemustaan. Psykoottisen potilaan sairaalahoidon tarvetta on arvioitava etenkin, jos toimintakyky on romahtanut, ja M1-kriteerien täyttymistä, jos potilas on vaaraksi itselleen tai muille.

Epäiltäessä muistisairautta potilas ohjataan tarkempaan tutkimukseen alueellisten ohjeiden mukaisesti.

## Iäkkäiden psykiatristen potilaiden psykoosioireiden erityispiirteet

**Skitsofreniaa** varhain sairastuneen iäkkään tunnereaktiot saattavat latistua ja puheen tuottaminen vähentyä (niin sanotut negatiiviset oireet). Potilaan käsitys todellisuudesta voi kuulostaa oudolta, ja hänen ajatuksenkulkuaan voi olla vaikeaa seurata. Positiiviset oireet eli harhaluulot, aistiharhat ja hajanaisuus vähenevät iän myötä, mutta negatiivisen oireilun lisääntymistä on havaittu laitoksessa asuvilla. Avun tarve lisääntyy muun muassa toiminnanohjauksellisten vaikeuksien vuoksi, mutta kognitio heikkenee selvästi hitaammin kuin muistisairauksissa.

Hyvin myöhään alkavaan skitsofreniaan liittyy monimuotoisia aistiharhoja ja vaikeita harhaluuloja, eritoten vainoharhaisuutta, mutta näiden potilaiden kognitiiviset kyvyt ovat paremmat kuin pitkään sairastaneiden skitsofreniapotilaiden. Ajatushäiriöt ja negatiiviset oireet ovat harvinaisia. Tyypillisenä oireena esiintyy läpäisyharhoja, jolloin potilas kokee



**KUVA.** Psykoosioireisen iäkkään tutkiminen.

seinien tai kattojen läpi tulevan ihmisiä, eläimiä tai myrkkyyjä.

**Harhaluuloisuushäiriöstä** kärsivä ei yleensä koe olevansa sairas, vaan hän tulkitsee ympäristön olosuhteita ja muiden ihmisten käytöstä uhkaavaksi. Harhaluulot voivat olla mustasukkaisuusharjoja, eroottisia, hypokondrisia tai

vainoamis-rangaistussisältöisiä taikka ilmetä vaikeana somatisaationa. Erotuksena skitsofreniaan harhaluuloisuushäiriön yhteydessä harhojen sisältö ei yleensä ole outo. Harhaluuloisuushäiriössä toimintakyky ja kognitiiviset taidot säilyvät suhteellisen hyvinä. Merkittävän osan potilaista on todettu hyötynvän toisen pol-

ven psykoosilääkkeiden käytöstä (7). Sairaudentunnettomuuden vuoksi he kuitenkin jättävät lääkkeet usein käyttämättä, mikä voi johtaa arjen romahtamiseen, vaikeaan eristäytymiseen tai toistuviin sairaalahoitoihin.

**Psykoottinen masennustila.** Mielialaoireista psykooseista psykoottiselle masennustilalle tunnusomaista ovat harhaluulot, jotka liittyvät syyllisyydentunteisiin, perusteettomaan huoleen taloudellisesta tilanteesta ja oman kehon toimimattomuuteen, oli kyseessä sitten yksisuuntainen masennustila tai kaksisuuntaisen mielialahäiriön masennusvaihe (Koponen ja Leinonen tässä numerossa). Psykoottiseen masennustilaan liittyy itsemurhavaara, mikä on tärkeää huomioida hoidossa.

**Kaksisuuntaisen mielialahäiriön** oirekirjo muuttuu masennuspainotteiseksi iän myötä, mutta masennuksen ja manian tiivistahtinen vaihtelu on ikääntyneillä tavallisempaa kuin nuoremmilla (8,9). Ikääntynyt maniapotilas kärsii usein ärtyneisyydestä euforian sijaan, ja psykoosioireet ovat harvinaisempia kuin nuoremmilla. Kaksisuuntaisessa mielialahäiriössä kognitiivista taantumista tapahtuu ikääntymisen myötä kaikilla kognition osa-alueilla, erityisesti verbaalisen oppimisen ja viivästyneen muistin osalta, vähiten kielellisten ja visuo-konstruktivisten toimintojen alueella (10). Kognition puutteet voivat johtaa poikkeaviin havaintoihin ympäristöstä ja muokata näin psykoottisia ajatussisältöjä.

## Psykoosioireet muistisairauksissa

Aistiharhat ja harhaluulot voivat olla ensimmäinen oire muistisairaudesta (TAULUKKO 2). Niitä voi esiintyä jopa vuosia ennen kognitiivisia oireita, jolloin potilas saattaa saada ensin psykiatrisen diagnoosin. Psykoosioireet heikentävät muistipotilaan toimintakykyä, lisäävät avun tarvetta sekä aiheuttavat ahdistusta ja huolta potilaan läheisissä. Lisäksi muistipotilaiden psykoosioireiden hoito on vaativaa.

Näköharhat ovat tyyppillisesti kotona olevia tuttuja tai tuntemattomia henkilöitä tai eläimiä, pihalla näkyviä lapsia tai eläimiä. Näihin voi liittyä kuuloharjoja, mutta muistisairauksien yhteydessä kuuloharjoja ovat selvästi harvinais-

## Ydinasiat

- ▶ Iäkkään potilaan psykoosioireet voivat johtua psykoosisairauksien tai mielialahäiriöiden lisäksi monista muista syistä, usein taustalla on esimerkiksi muistisairaus.
- ▶ Psykoosioireiden syy täytyy selvittää, jotta hoito voidaan kohdentaa oikein.
- ▶ Psykososiaalisten hoitojen lisäksi iäkkäiden psykoosipotilaiden hoidossa käytetään ensisijaisesti toisen polven psykoosilääkkeitä.
- ▶ Muistisairaiden psykoosilääkitys tulee aloittaa varovasti mahdollisia haittoja seuraten ja pyrkiä lyhytaikaiseen käyttöön.
- ▶ Psykoosilääkkeitä käyttävien iäkkäiden potilaiden somaattista terveydentilaa tulee seurata säännöllisesti.

sempia kuin psykoosisairauksien. Harhaluulot liittyvät yleensä puolison oletettuun uskottomuuteen, kotoa vietyyn omaisuuteen tai siihen, että tuttu henkilö ei ole se, joka väittää olevansa. Lewyn kappale -taudin ja Parkinsonin taudin muistisairauden yhteydessä sairaudentunto on yleensä oireiden ensi kertaa ilmetessä tallella (TAULUKKO 2). Potilaat ovat usein hämmennyneitä eivätkä uskalla kertoa harhoista läheisilleen tai lääkärille. Toisinaan taas aistiharhat ja harhaluulot muodostavat harhamaailman, jossa sairaudentunnoton potilas elää ja toimii harhonsa mukaisesti. Tällaisesta käyttäytymisestä saattaa aiheutua vaaraa potilaille itselleen tai muille henkilöille.

## Iäkkäiden psykiatristen potilaiden psykoosioireiden hoito

Iäkkäiden lääkehoidossa etusijalla ovat toisen polven psykoosilääkkeet, jotka aiheuttavat vähemmän neurologisia haittoja kuin vanhemmat psykoosilääkkeet. Iäkkäimpien potilaiden annokset ovat ainakin kolmanneksen pienempiä kuin työikäisten, tosin yksilölliset erot ovat suuria (TAULUKKO 3). Psykoosisairauksien hoidossa käytetään taulukossa mainittujen lisäksi muun muassa asenapiinia, karipratsiinia ja breks-

**TAULUKKO 3.** Tavallisimmat psykoosilääkkeet ikääntyneiden psykoosioireisten potilaiden hoidossa. EKG:n tarkistamista suositellaan kaikkien lääkkeiden käytön yhteydessä mahdollisen QT-ajan pidentymisen vuoksi.

Psykoosilääke	Aloitusannos 1 x/vrk		Ylläpitoannos / 24 t			Annoksen pienennys, jos GFR
	Psy	Ms	Psy	Ms	Huom.	
Risperidoni	0,25–0,5 mg	0,25–0,5 mg	1–4 mg	0,5–2 mg	Jaettuna 2 annokseen	< 90
Olantsapiini	2,5–5 mg	2,5–5 mg <sup>1</sup>	5–20 mg	2,5–10 mg <sup>1</sup>	1 x/vrk	–
Ketiapiini	25 mg tai 50 mg depot	12,5 mg <sup>1</sup>	50–400 mg	25–150 mg <sup>1</sup>	Entero 1–3 x/vrk, depot iltaisin	< 15
Aripipratsoli	2,5–5 mg	2,5–5 mg <sup>1</sup>	5–15 mg	2,5–10 mg <sup>1</sup>	1 x/vrk	–
Haloperidoli	0,5 mg	0,5 mg	2–6 mg	0,5–2 mg	Jaettuna 2 annokseen, vain lyhytaikaiseen käyttöön sekavuustiloissa	< 30
Klotsapiini	12,5 mg	12,5 mg <sup>2</sup>	50–200 mg (–400 mg)	12,5–50 mg (100 mg) <sup>2</sup>	Jaettuna 2 annokseen, pakollinen PVKT-seuranta!	< 30

GFR = glomerulusten suodatusnopeus (ml/min/1,73 m<sup>2</sup>); Ms = muistisairaus; Psy = psykiatrinen sairaus, PVKT = perusverenkuva ja trombosyyttimäärä

<sup>1</sup>Ei virallista käyttöaihetta muistisairauksien hoidossa

<sup>2</sup>Vain Parkinsonin taudin yhteydessä esiintyvän psykoosin hoitoon

pipratsolia. Psykoosilääkkeiden käyttöön liittyy iäkkäillä nuorempia potilaita enemmän haittoja: antikolinergiset haitat, liiallinen sedaatio, kaatumisriski, verenpaineen lasku, ortostatismi tai pitkä korjattu QT-aika (QTc). Mikäli potilas saa herkästi haittavaikutuksia tai lääkeväste jää vaillinaiseksi, lääkepitoisuuden mittaamisen lisäksi farmakogeneettisen paneelin ottamisesta voi olla hyötyä sopivan lääkkeen ja annoksen löytämiseksi (11).

Lisälääkkeinä voidaan tarvittaessa käyttää mielialantasaajia tai masennuslääkkeitä. Akuuttitilanteissa hoitoa saatetaan tehostaa lyhytaikaisesti keskipitkävaikutteisilla bentsodiatsepiineilla tai aivojen sähköhoidolla. Iäkkäiden mielialaoireisissa psykooseissa psykoosilääkkeitä puolestaan käytetään masennuslääkkeiden tai mielialaa tasaavien lääkkeiden lisänä. Pitkävaikutteisia psykoosilääkeruiskuita voidaan käyttää iäkkäidenkin potilaiden psykoosisairauksien hoidossa, mutta annoksia saatetaan joutua pienentämään aiemmin käytetyistä annoksista.

Psykoosilääkettä käyttävän yleisterveyden tilaa pitää seurata säännöllisesti. Psykoosisairauksiin liittyy ylikuolleisuutta somaattisiin sairauksiin vielä vanhuusiässäkin (12). Potilailta mitataan paino, vyötärön ympäryys, verenpaine ja syke sekä tehdään laboratoriotutkimuksia (EKG, verenkuva, maksa-arvot, verenglukoosi- ja lipidiarvot) lääkityksen alkuvaiheessa ja myöhemmin vähintään vuosittain (11). Poti-

laita kannustetaan terveellisiin elintapoihin, muun muassa tupakoinnin lopettamiseen.

Ikääntyvät psykoosipotilaat hyötyvät psykososiaalisista hoitomenetelmistä. Kognitiivisia kuntoutusmenetelmiä ja koulutuksellista terapiaa (psykoedukaatio) sisältävät yksilö- ja ryhmähoidot parantavat oireiden hallinnan lisäksi potilaan arkista selviytymistä ja elämänlaatua.

### Psykoosioireiden hoidon erityispiirteet muistisairauksissa

Muistisairaiden psykoosioireita tulisi ensin pyrkiä hoitamaan lääkkeettömin keinoin. Ensimmäisiä lääkkeitä aistiharhojen ja harhaluulojen hoidossa Alzheimerin taudin ja Parkinsonin taudin muistisairauden yhteydessä ovat koliniesteraasin estäjät, niin sanotut AKE-lääkkeet (13). Myös memantiinista saattaa olla hyötyä.

Äskettäinen meta-analyysi osoitti, että donepetsiilista on hyötyä Lewyn kappale -tautia sairastavien potilaiden aistiharhojen hoidossa (14). Suomessa lääkkeellä ei kuitenkaan ole virallista käyttöaihetta tämän taudin hoidossa. Otsa-ohimolohkorapeumapotilaille AKE-lääkkeitä ja memantiinia ei suositella. AKE-lääkkeet saattavat pahentaa psykoosioireita sekä aiheuttaa vauhdikkuutta ja kiihtymystä, jolloin annosta tulee pienentää tai lopettaa lääke. Parkinsonin taudin hoitoon käytetyt lääkkeet aiheuttavat herkästi psykoosioireita, ja muistisai-

raan lääkitystä joudutaan yksinkertaistamaan jopa niin, että käyttöön jää vain levodopa.

Muistipotilaiden psykoosioireiden hoidossa käytetään laajalti psykoosilääkkeitä, joilla ei ole tähän käyttöön virallista käyttöaihetta (**TAULUKKO 3**). Psykoosilääkkeiden on todettu lisäävän muistipotilaiden kuolleisuutta, sillä niihin liittyy suurentunut riski sairastua muun muassa aivoverenkiertohäiriöön, keuhkokuumeeseen ja laskimotukoksiin (15). Psykoosilääkkeitä tulisi käyttää muistipotilaiden hoitoon vasta kun psykoottiset oireet aiheuttavat potilaalle tai muille henkilöille vakavaa vaaraa tai mikään muu hoitokeino ei auta.

Psykoosilääkkeiden käyttö tulee aloittaa varovasti pienillä annoksilla haittavaikutuksia tarkkaan seuraten (**TAULUKKO 3**). Etenkin Parkinsonin tautia ja Lewyn kappale -tautia sairastavat potilaat ovat herkkiä psykoosilääkkeiden haittoille. Nämä potilaat saavat vähiten liikehäiriöhaittoja klotsapiinista, mutta sitä tulisi käyttää vain erikoislääkärin ohjauksessa. Myös ketiapiinin neurologiset haitat ovat vähäisiä, mutta sen teho psykoosioireisiin on usein heikko ja se aiheuttaa herkästi ortostatismia. Osa potilaista sietää olantsapiinia, mutta aripipratsoli ja risperidoni aiheuttavat herkästi neurologisia haittoja. Pimavanseriini on uudentyyppinen lääke, joka on osoittautunut tälle potilasryhmälle varsin käyttökelpoiseksi ilman psykoosilääkkeiden haittoja. Valitettavasti lääkettä ei ole vielä saatavilla Suomessa.

Alzheimerin taudin osalta SSRI-lääke sitolopraamista on näyttöä myös harhaluulojen ja aistiharhojen hoidossa (16). Pieninä annoksina käytettynä risperidonista, olantsapiinista ja aripipratsolista saattaa olla hyötyä psykoosioireiden hoidossa.

Otsa-ohimolohkorappeumien yhteydessä psykoosioireita voidaan hoitaa toisen polven psykoosilääkkeillä, mutta usein näiden teho on heikko. Mikäli oirekuva on runsaasti mielialaoireita, voi mielialantasaajista kuten valproiinipostona olla hyötyä. Myös otsa-ohimolohkorappeumapotilaat saavat lääkkeitä herkästi neurologisia haittoja.

Muistisairauksissa psykoosilääkkeen vaste arvioidaan kuukauden kuluttua aloituksesta, ja lääkehoidon jatkamiseen otetaan kantaa

3–4 kuukauden välein (17). Kun tilanne on rauhoittunut, kannattaa kokeilla lääkkeen varovaista purkua. Tehoton lääke tulee lopettaa. Pitkävaikutteisia ruiskeita ei tule käyttää muistisairauden aiheuttamien psykoosioireiden hoitoon.

## Lopuksi

Etiologiasta riippumatta harhaluulot ja aistiharhat tekevät iäkkään arjesta haastavaa. Psykoottiset oireet voivat uuvuttaa sekä potilaan että rinnalla kuljijat. Kotikäynti tarjoaa arvokasta tietoa potilaan arjen sujumisesta ja saattaa sitouttaa potilaan paremmin hoitoon. Oireenmukaisen hoidon lisäksi psykososiaalisen tuen tarjoaminen tälle potilasryhmälle on erityisen tärkeää. Pitkäaikainen hoitosuhde ja hyvä hoitosuunnitelma parantavat iäkkään potilaan ennustetta ja hyvän elämän edellytyksiä. Iäkkäiden henkilöiden psykoosien hoito on palkitsevaa ja hoitotulokset keskimäärin hyviä. Rajallisten resurssien vuoksi ikääntyvät psykoosioireiset potilaat hoidetaan tulevaisuudessa aiempaa useammin perustasolla. Olisi silti toivottavaa, että etiologiasta riippumatta vaikeaoireiset ja -hoitoiset iäkkäät psykoosipotilaat saisivat tarvittaessa erikoissairaanhoidon palveluita. ■

**TERHI RANTAMÄKI-HÄKKINEN, LT, neurologian erikoislääkäri, muistisairauksien erityispätevyys**  
Erikoislääkäri, HUS Psykiatria, keskitetyt palvelut, neuro- ja geropsykiatria

**MIRJA RENVALL, LL, geriatrian erikoislääkäri**  
Osastonlääkäri, HUS Psykiatria, keskitetyt palvelut, geropsykiatria

**TIINA TALASLAHTI, LT, psykiatrian erikoislääkäri, vanhuspsykiatrian lisäkoulutus**  
Ylilääkäri, HUS Psykiatria, keskitetyt palvelut, geropsykiatria  
Vanhuspsykiatrian kliininen opettaja, Helsingin yliopisto

**TEEMAN TOIMITTAJAT**  
Esa Jämsen, Tiina Talaslahti ja Jaana Suvisaari

**SIDONNAISUUDET**  
**Terhi Rantamäki-Häkkinen:** Luottamustoimet (Suomen Psykogeriatrinen yhdistys, Lääkäriliiton muistisairauksien erityispätevyysoimikunta)

**Mirja Renvall:** Ei sidonnaisuuksia

**Tiina Talaslahti:** Korvaukset koulutus- ja kongressikuluista (Orion), luottamustoimet (Suomen Psykogeriatrinen yhdistys ry, Suomen Psykiatriyhdistys ry, Gerontologia-lehti), hankkeet (GeroMetro, ikäihmisten palvelujen kehittämisverkosto), muut sidonnaisuudet (Kustannus Oy Duodecim)

**KIRJALLISUUTTA**

1. Suvisaari J, Perälä J, Viertiö S, ym. Psykoosien esiintyvyyttä ja alueellinen vaihtelu Suomessa. *Suom Lääkäril* 2012;67:677–83.
2. Östling S, Skoog I. Psychotic symptoms and paranoid ideation in a nondemented population-based sample of the very old. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:53.
3. Reinhardt MM, Cohen CI. Late-life psychosis: diagnosis and treatment. *Curr Psychiatry Rep* 2015;17:1.
4. Howard R, Rabins PV, Seeman MV, ym. 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.
5. Dols A, Beekman A. Older age bipolar disorder. *Curr Opin Psychiatry* 2023;36:397–404.
6. Ismail Z, Creese B, Aarsland D, ym. Psychosis in Alzheimer disease — mechanisms, genetics and therapeutic opportunities. *Nat Rev Neurol* 2022;18:131–44.
7. Nagendra J, Snowden J. An Australian study of delusional disorder in late life. *Int Psychogeriatr* 2020;32:453–62.
8. Koponen H, Leinonen E, Isohanni M. Vanhusten psykoosit ja niiden hoito. *Suom Lääkäril* 2015;70:883–8.
9. Shobassy A. Elderly Bipolar Disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2021;23:5.
10. Montejo L, Torrent C, Jiménez E, ym. Cognition in older adults with bipolar disorder: an ISBD task force systematic review and meta-analysis based on a comprehensive neuropsychological assessment. *Bipolar Disord* 2022;24:115–36.
11. Eskelinen S, Talaslahti T, Koponen H. Psykoosilääkkeiden metabolisia haittoja voidaan vähentää. *Lääkärilehti* 22.12.2022. <https://laakarilehti.fi/tieteessa/psykoosilääkkeiden-metabolisia-haittoja-voidaan-vahentaa/?public=d2f35eaeecb624ab72aade1288b9a4fc>.
12. Talaslahti T, Alanen H, Hakko H, ym. Mortality and causes of death in older patients with schizophrenia. *Int J Geriatr Psychiatry* 2012;27:1131–7.
13. d'Angremont E, Begemann MJH, Van Laar T, ym. Cholinesterase inhibitors for treatment of psychotic symptoms in Alzheimer disease and Parkinson disease: a meta-analysis. *JAMA Neurol* 2023;80:813.
14. Watts KE, Storr NJ, Barr PG, ym. Systematic review of pharmacological interventions for people with Lewy body dementia. *Ag-ing Ment Health* 2023;27:203–16.
15. Rogowska M, Thornton M, Creese B, ym. Implications of adverse outcomes associated with antipsychotics in older patients with dementia: a 2011–2022 update. *Drugs Aging* 2023;40:21–32.
16. Porsteinsson AP, Drye LT, Pollock BG, ym. Effect of citalopram on agitation in Alzheimer disease: the CitAD randomized clinical trial. *JAMA* 2014;311:682.
17. Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Geriatri -yhdistyksen, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykiatrian Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2023. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
18. Talaslahti T, Alanen HM, Leinonen E. Vanhusten vaikeat psykoosit – skitsofrenia ja harhaluuloisuushäiriö. *Duodecim* 2011;127:375–82.
19. Cummings J, Pinto LC, Cruz M, ym. Criteria for psychosis in major and mild neurocognitive disorders: International Psychogeriatric Association (IPA) consensus clinical and research definition. *Am J Geriatr Psychiatry* 2020;28:1256–69.
20. Ffytche DH, Creese B, Politis M, ym. The psychosis spectrum in Parkinson disease. *Nat Rev Neurol* 2017;13:81–95.
21. Ducharme S, Bajestan S, Dickerson BC, ym. Psychiatric presentations of C9orf72 mutation: what are the diagnostic implications for clinicians? *JNP* 2017;29:195–205.