

# **DEN ÄLDREPSYKIATRISKA PATIENTEN- VAD ÄR VAD?**

**LINDA FURUÄNG, NORRA STOCKHOLMS PSYKIATRI  
AMANDA ALDERVALL, ERSTA KOGNITIV MOTTAGNING**

# ÄLDREPSYKIATRI?

- ”Specialiteten arbetar med hela skalan av psykiska sjukdomar och deras följder, speciellt **affektiva tillstånd** och **ångest**, **demenser**, de äldres **psykoser och missbruk**. Dessutom måste specialiteten ta hand om äldre patienter som utvecklat **psykisk sjukdom tidigare i livet**. Under alla omständigheter så förekommer psykiatrisk sjuklighet vid högre ålder ofta samtidigt med **fysisk sjukdom** och kompliceras sannolikt av **sociala problem**. Äldre personer kan dessutom ha fler än en psykiatrisk diagnos.”

(Lausanne konsensusuttalande 1996-1999)

- Sedan 2015 tilläggspecialitet till psykiatri och geriatrik i Sverige

# PSYKISK SJUKDOM HOS ÄLDRE

- Depression ca 5-15 % förekomst
- Men "lindrigare" depressionstillstånd vanligare och associerade med ökad sjuklighet och dödlighet
- Ångestsyndrom 6-12 %
- Psykossjukdom ovanligt
- Men psykotiska symtom vanligare med stigande ålder
- 20 % av personer över 65 har någon form av psykisk sjukdom

Källa: Socialstyrelsen. Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre. 2018.

# UTMANINGAR

## Diagnostiska utmaningar:

- Atypiska symtom
- Samsjuklighet
- Kognitiv sjukdom

## Behandlingsutmaningar:

- Polyfarmaci i åldrandet – interaktioner, biverkningar, njurfunktion
- Sociala faktorer – ensamhet, livskriser

# **FALL 1.**

# **LISA 68 ÅR**

- Pensionerad förskollärare. Ensamboende. God kontakt med vuxen son. Bra socialt nätverk med släktingar och vänner.
- Tablettbehandlad hypertoni, hyperlipidemi, prediabetes.
- Tilltagande passivisering i hemmet. Slutat betala räkningar. Elen stängts av. Sonen larmar och mobila teamet följer med patienten in till akuten.

# ÄLDREPSYKIATRISK SLUTENVÅRD

- Ingen tidigare psykisk sjukdom
- MADRS 32 poäng (medelsvår depression)
- Bedöms kliniskt som depression
- Sätts in på Sertralin och Mirtazapin (för sömn)
- Ct hjärna: lite vitsubstansförändringar Fazekas 2, liten infarkt i thalamus f ö åldersadekvat.
- Blodprover u.a.

# ÄLDREPSYKIATRISK ÖPPENVÅRD

- Patienten mår betydligt bättre.
- Tar mediciner – inga biverkningar.
- MADRS 3 p
- Skulder efter period då patienten ej betalade räkningar – kontakt med kurator
- Uppger stresskänslighet och återkommande svårigheter att hitta ord.
- MMSE 24 p: - 4 p uppmärksamhet, - 1 p visuospatialt, - 1 p orientering
- Remiss till kognitiv mottagning för minnesutredning

# UTVIDGAD MINNESUTREDNING

- Större neuropsykologisk testning: Nedsättningar noteras framförallt i uppmärksamhetsfunktion och i exekutiva deltest. (sämre förmåga att planera, organisera uppgifter). Uppfyller inte kriterier för kognitiv sjukdom, men däremot för lindrig kognitiv svikt.
- Långsamt tempo i alla uppgifter ( t.ex. Trail Making Test A och B tar betydligt längre tid). Svårt att hålla fokus och tar många pauser.
- Episodiskt minne: inlärning kan vara relativt bevarad, men återgivning är långsam och kräver ledtrådar.
- Depression kan ge låg motivation – ser ut som ”bristande ansträngning”

# LIKVOR

(Lumbalpunktion)

**Amyloid-beta 42 (A $\beta$ 42):** 780 ng/L (normalt >550 ng/L)

**Amyloidbeta kvot 42/40:** 0,071 (>0,060)

→ Normalt, ingen sänkning som vid Alzheimers.

**p-tau181:** 41 ng/L (referens <50 ng/L)

→ Inom referens

**t-tau:** 360 ng/L (referens <400 ng/L)

→ Normalt, ingen tecken på neurodegeneration av Alzheimer-typ.

**Neurofilament light (NfL):** 1800\* ng/L (referens <1200 ng/L)

→ Lätt förhöjt, vilket kan bero på tidigare stroke/skada i thalamus.

# BIOMARKÖRER

- Amyloidbeta är ett proteinfragment som bildas när ett större protein (APP amyloid prekursor) bryts ner i hjärnan. Det finns flera längder av proteinfragmentet men det som vanligen mäts är amyloidbeta 40 och 42. Amyloid 42 är mer klabbigt än 40 och bildar amyloidinlagringar i hjärnan, vilket är typiskt vid Alzheimers sjukdom. Om man har lägre nivåer än referensintervallet vid likvorundersökning innebär det sannolik betamyloidinlagring/plackbildning, då nivån av fritt Ab42 sjunker i likvor. Plackbildning sker runt nervcellerna.
- Tau och fosforylerat tau är den ”andra halvan” av Alzheimer biomarkörer i likvor. Tau finns inne i nervceller och stabiliserar mikrotubuli. T-tau speglar nivån av nervcellsskada/neurodegeneration. Det kan vara förhöjt vid flera tillstånd (stroke, Alzheimer, inflammation). Fosforylerat tau spelar med i Alzheimerpatologi, då man sett att vid AD sker en sjuklig process av fosforylering där tau klumbar ihop sig och bildar nystan.
- NFL – Neurofilament Light är ett strukturprotein i axoner - förhöjt NFL tyder på någon form av axonal skada. Ospezifikt. (Stroke, vaskulär demenssjukdom, MS, ALS, frontotemporallobsdemens, infektioner, trauma)
- T-tau kan stiga efter stroke i akutfas (veckor) men normaliseras efter en tid. NFL är förhöjt under en längre period.

Källa: [Markörer i likvor och blod vid minnessjukdomar – Läkartidningen](#)

# FALL 1. SAMMANFATTNING

Depression efter stroke. (Post-stroke depression, ca 30% drabbas)

- Påverkan på områden som reglerar känslor, motivation och stressrespons
- Thalamus, frontallober och limbiska strukturer är viktiga för känslor och drivkraft. Skada här kan ge apati och nedstämdhet.
- Minskade nivåer av serotonin, dopamin och noradrenalin i hjärnan
- Psykologiska faktorer såsom förlust av funktioner kan ge känsla av sorg och frustration
- Inflammatoriska mekanismer i samband med skada/stroke
- Många lakunära infarkter är tysta – syns först när DT/CT görs

Källor: Robinson et al. Poststroke Depression: An Update. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2024 Winter;36(1):22-35.

Ayerbe L et al. Natural history, predictors and outcomes of depression after stroke: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry. 2013 Jan;202(1):14-21.

# FALL 1. SAMMANFATTNING 2

## Depressiva symtom hos äldre

- Kroppsliga symtom – smärta, mag-tarm problem
- Mindre skuldkänslor (dock vid djup depression)
- Mer ångest, sömnstörning, trötthet och psykomotorisk hämning
- Mer nedsatt intresse och hopplöshetskänslor snarare än nedstämdhet
- Subjektiva minnes- och koncentrationsbesvär
- Nedsatt exekutiv funktion

(Fiske et al. 2009, Läkemedelsboken)

# DIAGNOS FALL 1

- F06.7 Lindrig kognitiv funktionsnedsättning, sannolikt vaskulär orsak men går ej helt utesluta depressivitet.
- F32.1 Medelsvår depressiv episod, i remission
- Preventiva åtgärder (kardiella riskfaktorer)
- Ingen uppföljning via kognitiv mottagning planerad då ingen misstanke om neurodegenerativ sjukdomsprocess
- Äldrepsykiatrien planerar följa upp med förnyat MMSE om 1 år

# **FALL 2.**

## **BARBRO 81 ÅR**

- Ensamboende. Make gick bort för ett par år sedan. Har två vuxna barn. Tidigare arbetat som advokat.
- Väsentligen frisk. Tar inga mediciner.
- Sedan ett år tillbaks tilltagande paranoida tankar om grannarna i trappuppgången.
- Otrygg hemma och söker akuten och blir inlagd på äldrepsykiatrisk avdelning.

# ANAMNES

- Grannarna verkar kunna avlyssna Barbro genom ventilationsgallren.
- Vid ett tillfälle har Barbro sett att grannarna bar ut en ihoprullad matta och hon är övertygad om att det var ett lik inrullat i denna.
- Vill inte gärna tala i telefon i hemmet så hon brukar gå ut och ringa samtal.
- Barnen kommer regelbundet på besök till sin mor och har aldrig noterat något avvikande när det gäller grannar.
- Barbro klarar sig själv och har ingen hemtjänst eller larm. Barnen tycker att hon klarar det mesta.

# UTREDNING

- Ct hjärna är åldersadekvat. Ingen patologi f ö.
- Blodprover u.a.
- Ter sig ej deprimerad
- Socialiserar och klarar sig bra på avdelningen.
- Aptit och sömn u.a.
- Insättes på T. Risperidon 0.5 mg x 2
- Blir mindre orolig för hemsituationen och skrivs ut med uppföljning vid äldrepsykiatrisk mottagning.

# FÖREKOMST SCHIZOFRENILIKNANDE SYMTOM

- 2,4-2,9% hos icke dementa patienter över 65 år (Östling S, Waern M, 2013)
- Ca 10% av icke dementa 85-åringar (Östling S, Skoog I, 2002)
- Ca 7.4 % av icke dementa 95 åringar (Östling et al 2007)

*Under 3 års uppföljningstid utvecklade **1/3** av 85 åringarna med psykotiska symtom (hallucinationer och vanföreställningar), demenssjukdom.*

H70 studien. Östling S, Skoog I. Psychotic symptoms and paranoid ideation in a nondemented population-based sample of the very old. Arch Gen Psychiatry. 2002;59:53-9.

# PSYKOS HOS ÄLDRE

## Primära (ca 40%)

- Schizofreniliknande tillstånd (schizofreni (LOS, VLOSP), vanföreställningssyndrom, schizoaffektivt syndrom, kortvarig psykos, ospecificerad icke-organisk psykos)
- Psykos p g a affektiva tillstånd (depression, bipolär sjukdom)

## Sekundära (ca 60%)

- Neurodegenerativ sjukdom
- Delirium/konfusion
- Substansrelaterat (droger, mediciner)
- Medicinsk /neurologisk sjukdom

Källa: Psychotic disorders in late life: a narrative review. Tampi RR et al. Therapeutic Advances in Psychopharmacology, 2019, Vol 9:1-13.

# ÄLDREPSYKIATRISK MOTTAGNING

- Patienten är följsam till behandlingen
- Börjar glömma av ffa avtalade möten med barnen
- Blivit lite svårare att laga mat och nöjer sig med frysta färdigrätter
- Bytt lägenheten och ska flytta till en ny då hon fortsatt inte tycker att det är riktigt tryggt hemma (nu känsla av att det är någon gas /luft som sprids från ventilationen ibland)

- Patienten flyttar och trivs bra i den nya lägenheten
- Efter några månader upplever patienten att det sker konstiga saker i lägenheten (upplever sin sedan länge avlidna syster i lägenheten, känner sig övervakad)
- Enl. barnen tilltagande minnesbesvär ( glömmer nycklar och låser sig ute)
- MMSE 23 poäng ( - 4 p på orientering och -3 p fördröjd återgivning)
- Remiss skickas till kognitiv mottagning för minnesutredning.

# UTVIDGAD MINNESUTREDNING

- Bedömning med MoCA och aktivitetsbedömning av arbetsterapeut: **Under den kognitiva testningen** påvisar patient svårigheter kopplat till Minne, dels att lära in samt vid fördröjd återgivning där patient hamnar betydande under medel. Tappar också poäng på Omdöme samt Språk.
- Totalpoäng MoCA 15/30.
- **Under aktivitetsbedömningen** ses svårigheter kopplat till Uppmärksamhet samt Minne (både att minnas steg samt att minnas fakta).
- MR hjärna med cNeuro/Combinostics: Atrofiering av hippocampus med tydlig volymminskning, viss sidoassymetri med övervikt vänster. (språk/minne) MTA uppskattas till 4 på vänster, 3 på höger. (MTA Scheltens skala mäter Hippocampusvolym, bredd på choroid fissure, bredd på temporala hornet)

# LIKVOR

**Amyloid-beta 42 (A $\beta$ 42):** 420 ng/L (*lågt, normalt >550 ng/L*)

→ Tyder på inlagring av amyloid i hjärnan.

Amyloidbetakvot: 0,032\* sänkt.

**p-tau181:** 78 ng/L (*förhöjt, normalt <50 ng/L*)

→ Markerar tau-patologi, typiskt vid Alzheimer.

**t-tau:** 620 ng/L (*förhöjt, normalt <400 ng/L*)

→ Tecken på neurodegeneration.

**Neurofilament light (NfL):** 1500 ng/L (*lätt förhöjt, normalt <1200 ng/L*)

→ Kan spegla generell axonal skada, vanligt vid ålder och neurodegenerativa processer.

# NEUROLOGISKT STATUS

Något ökad muskeltonus (rigiditet i armar och ben)

Lätt hypokinesi, långsamma rörelser. Ingen synlig vilotremor, men viss stelhet vid passiv rörelse.

Hur kan man tänka med Risperidon vid konstaterad bakomliggande neurodegenerativ sjukdom till psykotiska symtom? Behandlingen påverkar också kognition.

-> Försök långsamt sänka och sätta ut, sätt in patienten på kolinesterashämmare och NMDA-receptorantagonist Memantin istället. Utvärdera. Om kvarstående besvärliga psykotiska symtom kan låg dos antipsykotika vara fortsatt nödvändigt.

# DIAGNOS FALL 2

- F00I G308 Demens vid Alzheimers sjukdom, sen debut
- Från psykiatrin hade patienten initialt diagnos vanföreställningssyndrom men denna togs bort i samband med demensdiagnos.

# FALL 2. SAMMANFATTNING

- Psykotiska symtom som debuterar i hög ålder – vanligaste orsaker är affektiv sjukdom och neurodegenerativ sjukdom.
- Obs! Synhallucinationer – organiskt, tänk på Lewy body demens och CAVE neuroleptika
- Kom ihåg och tänka på kognition och eventuella nedsättningar även vid psykiatrisk anamnes / diagnos
- Kanske var patientens psykotiska symtom BPSD – Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens

Table 1 | Main characteristics of cognitive impairment in psychiatric disorders, and a comparison with PD and AD\*

	Attention and/or vigilance	Working memory	Executive function	Episodic memory	Semantic memory	Visual memory	Verbal memory	Fear extinction	Processing speed	Procedural memory	Social cognition (theory of mind)	Language	References
Major depression	+(+)	++	++	++	+	+	+(+)	0/+?	++(+)	+	+(+)	+	2,16,19,25,26,36
Bipolar disorder	++(+)	++	++	++	+	+	++	??	++	0	++	++	19,23,24,37
Schizophrenia	+++ <sup>M</sup>	+++ <sup>M</sup>	+++ <sup>M</sup>	+++	++	+(+) <sup>M</sup>	+++ <sup>M</sup>	++	++ <sup>M</sup>	+	+++ <sup>M</sup>	+++	6,9,19–22
ASD	+++	+	+++	++	+	+	+(+)	+(+)	+++	0/+	+++	+++	8,31,32
ADHD	+++	++	+++	0/+	+	++	++	+	++	+	+	0/+	28,29
OCD	+++ (↑)	+(+)	++	+	0/+	+	0/+	++	++	++	+	0/+	12,30
PTSD	+++ (↑)	+(+)	+(+)	++	+	+	++(+)	+++	+	0	0/+	0	14,16
Panic disorder	+++ (↑)	+	0/+	+	0/+	0/+	+	++	++	0	0	0	16,18
GAD	+	+	0	0	+	+	+	+	0	0	0/+	0	16,17
Parkinson's disease	++	++(+)	++	+	0/+	+	+	0?	+++	+++	+(+)	+(+)	-
Alzheimer's disease	+(+)	+(+)	+(+)	+++	+++	+++	++(+)	0?	+	+	+	++	-

0, essentially absent; 0/+, poorly documented, ambiguous, mild and/or variable; +, consistently present but not pronounced; ++, a common, marked characteristic; +++, a core, severe and virtually universal characteristic of the disorder; ?, not clearly evaluated; ↑, increase; AD, Alzheimer's disease; ADHD, attention deficit hyperactivity disorder; ASD, autism spectrum disorder; GAD, generalized anxiety disorder; OCD, obsessive compulsive disorder; PD, Parkinson's disease; PTSD, post-traumatic stress disorder; \*Cognitive deficits in the absence of treatment are depicted. 'M' indicates a cognitive domain specified in the MATRICS (Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia) programme (BOX 2), in which episodic and semantic memories are subserved under 'visual or verbal learning and memory'. Social cognition encompasses theory of mind. In rare cases (such as Savant syndrome), autistic individuals display a remarkable increase in declarative memory and processing speed for selected domains of interest. ADHD observations refer to the young; similar symptoms usually persist into adulthood. Individuals with OCD, PTSD and panic disorders show hypervigilance to threatening (intrusive) stimuli, which can disrupt performance of goal-directed tasks. For AD, observations are for a modest degree of progression. Brackets around '+' symbols indicate an intermediate magnitude of deficit: for example, '+(+)' indicates between '+' and '++'.

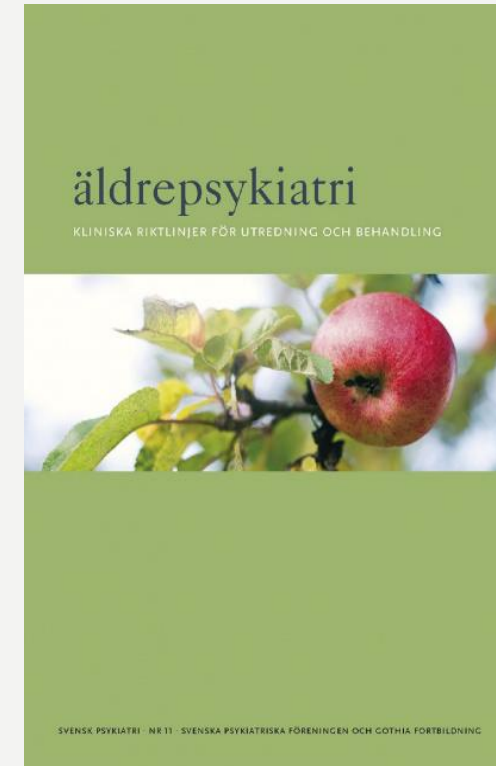
# VIDARE LÄSNING...

- Äldrepsykiatri- Kliniska riktlinjer, **uppdatering pågår!**

<http://www.svenskpsykiatri.se/spfs-kliniska-riktlinjer/>

- Svensk förening för äldrepsykiatri –SFÄP

<https://aldrepsykiatri.se/>



**TACK FÖR  
UPPMÄRKSAMHETEN!**

