
Psykofarmaka - potente legemidler med potensielle bivirkninger

REDAKSJONELT

LØVDAHL H

Etter at selektive serotoninreopptakshemmere er blitt tilgjengelige som antidepressive medikamenter, har forskrivningsvolumet av antidepressiver i allmennpraksis økt betydelig. Det er flere mulige årsaker til denne utviklingen. Generelt har de nye midlene mildere og færre bivirkninger enn de trisykliske antidepressivene. De hardessuten lavere toksisitet, slik at suicid ved overdose av antidepressiver er mindre sannsynlig enn før. Samtidig er markedsføringen av antidepressiver for en stor del blitt dreid over mot leger som ikke er spesialister i psykiatri. Ikke alle markedsførere har viet faren for interaksjoner og alvorlige bivirkninger tilstrekkelig oppmerksomhet. Dette kan ha ført til den allmenne misoppfatning at psykofarmaka, og da særlig de selektive serotoninreopptakshemmerne, er helt ufarlige medikamenter, som kan anvendes liberalt på svært vide indikasjoner.

I dette nummer av Tidsskriftet beskriver Apelland, Gedde-Dahl & Dietrichson (1) et mulig tilfelle av serotonergtsyndrom med dødelig utgang. Tilfellet er interessant bl.a. fordi det ikke kommer etter noen ekstrem dosering av serotoninreopptakshemmer eller kombinasjon med MAO-hemmer, men sannsynligvis heller av at pasienten brått stanset sitt overforbruk av alkohol, ev. kombinert med en genetisk betinget lav metaboliseringsrate for legemidlet hos pasienten. Artikkelen minner om at psykofarmaka er potente agenser med virkning på livsviktige prosesser i hjernen.

Desentraliseringen av norsk psykiatri innebærer at allmennlegene får i oppgave å behandle et betydelig antall pasienter med psykofarmaka. En slik oppgave forutsetter økt kunnskap innen psykofarmakologi. Planlagt turnustjeneste i psykiatri og nye psykiatriske behandlingsveiledninger er tiltak som vil bidra til å øke kunnskapen.

Indikasjonene ved forskrivning av psykofarmaka bør være spesifikke. Antidepressiver bør eksempelvis ikke brukes mot "dårlige dager" hos pasienter med ustabil personlighetsforstyrrelse. Det er lett å feildiagnostisere slike pasienter, fordi man kun foretar en øyeblikksvurdering av stemningsleiet.

Montgomery-Åsbergs depresjonsskala (MADRS) (2) bør benyttes for å unngå slike feiltakelser. Skalaen vektlegger også andre depressive symptomer enn lavt stemningsleie. Foruten kritisk å vurdere indikasjon og interaksjonsfare er det viktig at legen informerer pasienten om å være observant overfor tidlige symptomer på serotonerg overaktivitet. De vanligst forekommende av disse er kraftnattesvette, muskelstivhet, tendens til skjelving og uro.

Det er samtidig grunn til å advare mot diverse kombinasjonsregimer i allmennpraksis. Ved eksempelvis å blokkere 5-HT₁-autoreseptorene med pindolol, inaktiverer man en negativ feedbackregulering innen serotoninfunksjonen. Risikoen for utvikling av serotonergt syndrom må da antas å øke (3). Riktignok kan enkelte pasienter som ikke responderer på monoterapi ha behov for kombinasjonsregimer hvor man presser serotonin systemet maksimalt. Men dette er spesialistbehandling.

Foruten at medikamenter som øker serotonerg neurotransmisjon kan føre til det serotonerge syndrom, kan også defleste antipsykotiske medikamenter føre til det maligne neuroleptikas syndrom. Selv om disse alvorlige bivirkningene er svært sjeldne, er det likevel grunn til å presisere at psykofarmaka skal brukes på spesifikk indikasjon og ikke anvendes for lettere plager.

Løsningen er ikke å unnlate å behandle alvorlige depresjoner med antidepressiver. Depresjoner er et av vår tids største helseproblemer (4), og innleggelsesraten for alvorlige depresjoner har vist en foruroligende stor økning i Norge de siste årene (5). Ifølge nye psykiatriske behandlingsveiledninger skal alvorlige depresjoner behandles med et antidepressiv. Men psykofarmaka er, som alle potente agenser, å likne med tveeggede sverd. De er viktige og nødvendige, men må anvendes med kyndighet for å minimere alvorlige bivirkninger.

Etter hvert som forskrivningsvolumet øker, vil også antall alvorlige bivirkninger øke. Det er i første rekke demedisinske avdelingene som får oppgaven med å behandle pasienter med disse bivirkningene. Manglende kjennskap til de beskrevne bivirkningene gjør det sannsynlig at forekomsten er underrapportert. Der hvor tilstandene er blitt diagnostisert, har det hittil vært vanlig med seponering av kausale agenser og passiv ekspektering, ev. supplert med symptomatisk behandling. Dette er adekvat for den langsomme variant av syndromene, men for de subakutte og akutte typene går den internasjonale utviklingen i retning av en mer aktiv holdning, med spesifikk antagonisering på neuroreseptornivå. For serotonergt syndrom er det mest aktuelt å anvende propranolol som spesifikk antagonist (6), mens man ved malignt neuroleptikas syndrom oftest anvender bromokriptin (7). I begge tilfeller titreres tilstanden ved å dosere med korte intervaller. De langsomt utviklede syndromene har en relativt god prognose dersom det reageres på tidlige symptomer. De subakutte tilfellene kan ofte reddes med aktiv behandling straks symptomene melder seg. For de helt akutte tilfellene uten prodromalsymptomer er prognosen dessverre meget dårlig, til tross for intensivbehandling.

Tidsskriftet har nylig advart mot bivirkninger av antipsykotika (8). Oppmerksomheten må også rettes mot bruken av antidepressiver. De som forskriver psykofarmaka, må ikke ta for lett på oppgaven, og de som behandler

bivirkningene, måvære observante på disse fryktede syndromene og innta en aktiv holdning i behandlingen av dem.

Hans Løvdahl

LITTERATUR

1. Apelland T, Gedde-Dahl T, Dietrichson T. Serotonergt syndrom med dødelig utgang utløst av selektiv serotoninreopptakshemmer. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 647-50.
2. Montgomery SA, Åsberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry 1979; 134: 382-9.
3. LoCurto MJ. The serotonin syndrome. Emerg Med Clin North Am 1997; 15: 665-75.
4. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1994; 51: 8-19.
5. Halsteinli V, red. Psykiatritjenesten på 90-tallet. Samdata psykiatrirapport 5/98. Trondheim: Sintef Unimed Norsk institutt for sykehusforskning, 1998.
6. Lane R, Baldwin D. Selective serotonin reuptake inhibitor-induced serotonin syndrome: review. J Clin Psychopharmacol 1997; 17: 208-21.
7. Becker BN, Ismail N. The neuroleptic malignant syndrome and acute renal failure. J Am Soc Nephrol 1994; 4: 1406-12.
8. Jørgensen HA. Antipsykotika og bivirkninger. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 4337.

Publisert: 20. februar 1999. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.