

Session 6 og 7: Medicin – viden og refleksion

Antipsykotika – midler mod psykoser



Antipsykotika – midler mod psykoser



Dette materiale er baggrund for facilitators oplæg om antipsykotika. Det skal ikke bruges direkte, men er udgangspunkt for oplægget, som gennemføres som en del af rundbordssamtalen i sessionen. Sproget er ikke tilpasset ikke-lægemedelkyn- dige, hvilket der skal tages højde for.

Materialet er disponeret efter spørgsmålene i oplægget til sessionen. Spørgsmålene går igen i deltagerarkene. Der er et deltagerark til antipsyko- tika og et generelt deltagerark. Grunden til, at der er udarbejdet et generelt ark er, at svarene på disse spørgsmål generelt er de samme for alle lægemid- delgrupper. De generelle spørgsmål kan tages som opsamling på en eller flere lægemiddelgrupper, eller de kan tages undervejs i sessionen, afhængig af deltagerens interesser og konkrete spørgsmål.

Deltagerarkene er bygget op, så deltagerne kan notere på dem undervejs.

Bagest i dette materiale et en oversigt over læge- midler og henvisning til relevante kilder.

Disposition

- Hvad bruges medicinen til?
- Hvilken virkning skal jeg forvente?
- Bivirkninger
- Hvad sker der, hvis jeg tager mere medicin end ordineret?
- Brug af anden medicin samtidig
- Praktiske råd
- Generelle forhold

Hvad bruges medicinen til?

Dette afsnit kan - ud over at fungere som baggrund - sammen med oversigten over lægemidler til sidst i dokumentet bl.a. bruges til at strukturere opde- ling af deltagerens medicin, hvis man vælger at spørge til, hvilke slags medicin, de tager.

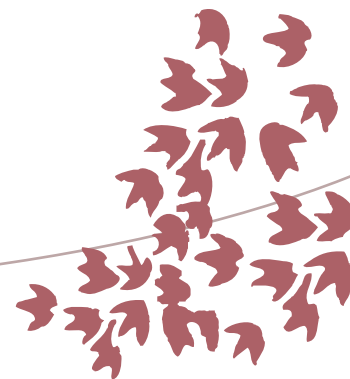
Antipsykotika anvendes især i behandlingen af psykotiske tilstande, fx skizofreni, som er kende- tegnet ved symptomer som vrangforestillinger, hallucinationer og tankeforstyrrelser.

Tidligere anvendtes udtrykket neuroleptika, da alle tidligere anvendte antipsykotika (1. generation) fremkaldte neurologiske bivirkninger. Antipsyko- tika af 2. generation har relativt få neurologiske bivirkninger. Neurologiske bivirkninger kaldes nu ekstrapyramidale bivirkninger (EPS) og dækker bevægestyrrelser som fx parkinsonisme (lang- somme bevægelser, stivhed, rysten) og ufrivillige bevægelser (uddybes under bivirkninger). EPS kan også blot betegnes bivirkninger på bevægeappa- ratet.

Antipsykotika inddeles i 1. generations og 2. generations antipsykotika (tidligere blev de kaldt typiske og atypiske antipsykotika). Inddelingen er baseret på graden af ekstrapyramidale bivirknin- ger (EPS).

2. generations antipsykotika fremkalder færre ekstrapyramidale bivirkninger (EPS) end 1. genera- tions. Ud over færre EPS har 2. generations antipsy- kotika endvidere en lidt bedre effekt på negative symptomer ved skizofreni som fx indadvendthed, tendens til isolation, fåmælted og depression. Flere af præparaterne kan til gengæld fremkalde det metaboliske syndrom (type 2 diabetes), især vægtøgning. Til 2. generations antipsykotika hører ud over de nævnte her også lægemiddelstofferne sertindol (Serdolect) og ziprasidon (fx Zeldox).

Antipsykotika – midler mod psykoser



Al antipsykotisk behandling er symptomatisk, dvs. symptomer ophæves/dæmpes, men årsagerne til sygdommene helbredes ikke. Ved kroniske psykoser betyder dette, at symptomerne i reglen vender tilbage efter behandlingens ophør, evt. først efter flere måneder. Antipsykotisk behandling er ikke i stand til at helbrede en kronisk sindslidelse, men kan forkorte en skizofren episode, reducere symptomerne ved egentlig skizofreni, afbryde et manisk forløb mv. samt bedre muligheden for anden behandling som psykoterapi og social rehabilitering samt forhindre psykotiske tilbagefald.

Psykotiske lidelser

Antipsykotika anvendes primært ved behandling af psykotiske tilstande (fx skizofreni), som er kendetegnet ved symptomer som vrangforestillinger, hallucinationer og usammenhængende tankegang. Ved svær mani vil det ofte indledningsvis være indiceret at behandle med antipsykotika, hvis der er særlig risiko ved manglende samarbejdsvilje fra patienten.

Demens

Anvendelse af antipsykotika til demente ældre med psykotiske symptomer udgør en særlig problemstilling. Her er det specielt vigtigt, at mulige udløsende somatiske årsager, fx smerter og infektioner, er behandlet. Desuden er det vigtigt, at patienterne ikke er dehydrerede og er i rolige og trygge rammer. Antipsykotika har ingen sikker effekt på adfærdsforstyrrelser ved demens og skal derfor reserveres egentlige psykotiske tilstande, svær aggression og agitation hos demente patienter, og generelt kun bruges i kortere perioder. Mere end halv dosis eller mindre i forhold til voksenområdet er sjældent indiceret. Ældre tåler kun mindre doser.

Nervøse og stressrelaterede tilstande

Antipsykotika har en alment beroligende virkning, som indtræder umiddelbart efter, at behandlingen påbegyndes. I modsætning til ved behandling

med beroligende midler som benzodiazepiner, fx Stesolid®, Lexotan®, udvikler patienten sjældent tilvænning og afhængighed af antipsykotika. Antipsykotika i lave doser anvendes derfor ved nervøse og stressrelaterede tilstande, hvor der foreligger risiko for misbrug af benzodiazepiner.

Smertebehandling - supplement

Antipsykotika kan i lav dosering anvendes til behandling af kvalme udløst af opioider.

Hvilken virkning skal jeg forvente?

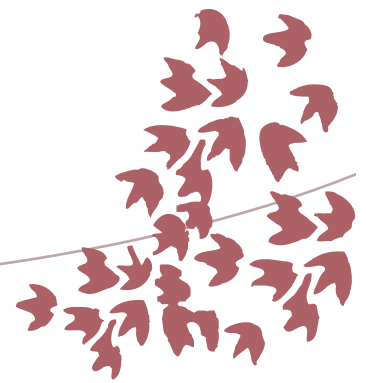
Antipsykotika

- dæmper psykotiske symptomer
- dæmper følelser og sanser
- dæmper angst, uro og agitation
- sederer, sløver (i meget varierende grad)
- dæmper ufrivillige bevægelser (dyskinesier)
- modvirker kvalme og opkastninger

Antipsykotika fremkalder en specifik dæmpning, som først og fremmest dæmper psykotiske symptomer som hallucinationer, vrangforestillinger og tankeforstyrrelser. Desuden betyder den specifikke dæmpning, at patienten bliver mindre følsom for ydre stresspåvirkninger og indre ubehagelige impulser uden nødvendigvis at blive sløvet. Det vil sige, at det også dæmper angst, uro og agitation (heftig uro, rastløshed). Det bedrer evnen til at omgås andre, evnen til at kommunikere, være aktiv og fungere i social sammenhæng. Samtidig vil der ofte indtræde en dæmpning af følelser, initiativ og spontan aktivitet.

Graden af antipsykotisk effekt er meget varierende fra patient til patient, fra total fjernelse af ”positive” symptomer som hallucinationer og vrangforestillinger til minimal eller ingen terapeutisk effekt. Ca. 20 % af de skizofrene patienter har ingen eller næsten ingen effekt af behandling med 1. gene-

Antipsykotika – midler mod psykoser



rations antipsykotika. Clozapin, et 2. generations antipsykotikum, kan i mange tilfælde (mindst 30 %) have effekt hos denne patientgruppe.

Den antipsykotiske effekt indtræder i reglen meget hurtigt i løbet af de første dage, men undertiden først efter adskillige uger til måneder. Maksimal antipsykotisk effekt indtræder først efter uger til måneder.

Antipsykotika har også en større eller mindre sløvende effekt (uspecifik), som indtræder med det samme, men aftager i løbet af de første 4 ugers behandling (tolerans) og ophører straks ved seponering. Antipsykotika virker desuden dæmpende på ufrivillige bevægelser (dyskinesier).

Antipsykotika har også en kvalmestillende effekt (antiemetisk effekt), da dopamins virkning på brækcentret i den forlængede marv også blokeres.

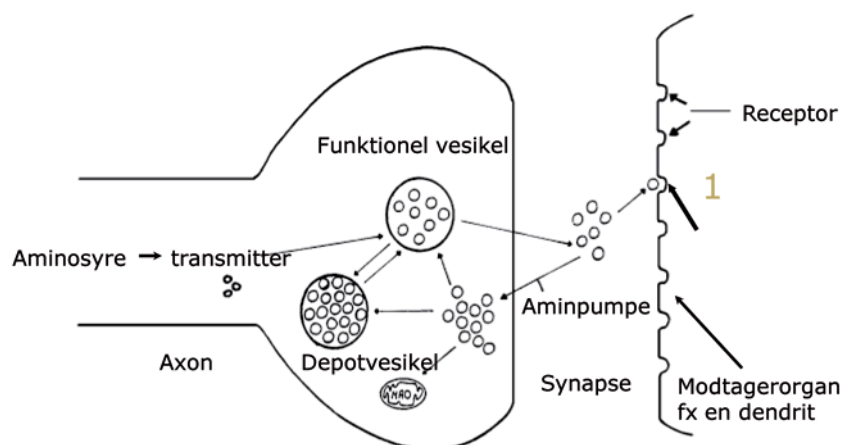
En overvejende del af de skizofrene patienter har brug for livslang antipsykotisk behandling. Ved udtrapning af antipsykotisk medicinering efter længerevarende behandling, bør dette ske langsomt (fx 20 % dosisreduktion hvert halve år), samtidig med at patienten observeres for begyndende tegn på forværring af tilstanden (fx angst og søvnproblemer).

Her er det valgt at medtage en illustration. Afsnittet er ment som baggrund, men figuren kan tages frem og vises ved behov.

Pharmakon

Apotek og Primær Sundhedssektor

Synapse impulsoverføring



© Pharmakon

Antipsykotika – midler mod psykoser



Figuren viser den spalte, der er mellem to nerveceller, kaldet en synapse eller synapsespalte. De små elektriske strømme, der skal fragtes fra den ene nervecelle til den næste nervecelle, skal over synapsespalten. Dette gøres ved hjælp af neurotransmittere. Transmitterstoffet, som især er interessant ved behandling med antipsykotika, er dopamin, men serotonin, acetylcholin, noradrenalin og histamin har også betydning. Dopamin er dét transmitterstof, som ved lidelsen skizofreni findes i for stor koncentration i hjernen.

Man kan på figuren følge dannelsen af transmitterstof ud fra aminosyrer, og hvad der efterfølgende sker med transmitterstoffet. Den mængde transmitterstof, der skal frigives ved en impulsoverførsel, indbygges i en vesikel. Idet en impuls når enden af en nervecelle, frigøres transmitterstoffet fra vesiklen og har herefter mulighed for at sætte sig på modtagerorganets receptorer (markeret med 1-tal på tegningen). Dette udløser en fysiologisk effekt.

En betingelse for at et stof kan fungere som transmitter er, at det hurtigt fjernes fra receptorerne, når det har udøvet sin virkning. Fjernelsen af transmitteren sker hovedsagligt ved tilbagetransport ind i den nervecelle, som transmitteren kom fra. Dette sker ved hjælp af en aminpumpe. Herefter kan transmitteren genbruges.

Ved brug af antipsykotika er det netop modtagerorganets receptorer, der er interessante. Antipsykotika blokerer modtagerorganets receptorer, så transmitterstoffet dopamin ikke kan komme til at overføre impulser.

Det er især blokeringen af dopamin, som har betydning for den terapeutiske effekt. Blokeringen af de øvrige transmitterstoffer som serotonin, acetylcholin, noradrenalin og histamin har betydning for bivirkninger. Desuden giver blokeringen af dopamin også bivirkninger.

Bivirkninger

- Ekstrapyramidale bivirkninger (EPS) – bivirkninger på bevægeapparatet
- Psykiske bivirkninger
- Autonome bivirkninger
- Hormonforandringer
- Appetit- og vægtøgning
- Hud- og øjenreaktioner
- Leverpåvirkning

Antipsykotika kan give mange forskellige bivirkninger alt efter, hvilke receptorer i nervesystemet præparatet blokerer. Det er i flere undersøgelser vist, at antipsykotika, både ved korttids- og langtidsbehandling, medfører en øget dødelighed.

Ekstrapyramidale bivirkninger (EPS) skyldes en blokering af dopaminreceptorer, mens de autonome bivirkninger skyldes blokering af acetylcholin- og noradrenalin-receptorer.

EPS – bivirkninger på bevægeapparatet

- Parkinsonisme
- Ufrivillige muskelbevægelser
- Ejendommelige bevægelser

Ekstrapyramidale bivirkninger (EPS) fremkaldes især af 1. generations lavdosis-antipsykotika. Det er motoriske bivirkninger, der kan ses i form af parkinsonisme, ufrivillige muskelbevægelser (tardiv dyskinesi) og ejendommelige bevægelser (akut dystoni).

De ekstrapyramidale bivirkninger skal helst undgås, da de kan blive permanente (irreversible) og svært invaliderende. Den bedste forebyggelse opnås ved at være tilbageholdende med brug af disse midler, og hvis de anvendes, da undgå store doser og lang behandlingsvarighed.

Antipsykotika – midler mod psykoser



Parkinsonisme

Symptomerne er langsomme bevægelser, stivnede ansigtstræk, nedsat armsving, små skridt, rysten, muskelstivhed og savlen.

Parkinsonisme opstår som regel i løbet af behandlingens første 14 dage. Den kan spontant aftage i løbet af 3-6 måneder. Symptomerne kan nedsættes ved dosisreduktion, seponering, overgang til 2. generations antipsykotika eller behandling med antikolinerge midler (fx Lysantin®). Ældre er særligt følsomme over for at udvikle parkinsonisme. Efter seponering af antipsykotika aftager parkinsonismen som regel hurtigt, men hos særligt følsomme personer (især ældre), og ved behandling med langtidsvirkende præparater (især depotpræparater), kan tilstanden bestå i flere måneder.

Ufrivillige muskelbevægelser – tardiv dyskinesi

Tardiv dyskinesi beskrives som ufrivillige, abnorme bevægelser, ofte i kæbe- og mundregionen. Det viser sig som smasken, gumlen og besynderlige tungebevægelser. Tardiv dyskinesi udvikles under eller efter en længerevarende antipsykotisk behandling især med 1. generations antipsykotika. Ældre er mest udsatte for denne type bivirkninger. Hos ældre kan tardiv dyskinesi være livslang på trods af ophør med antipsykotikabehandling. Tardiv dyskinesi forebygges ved brug af antipsykotika (2. generations antipsykotika med få EPS) i så lav dosering og i så kort tid som muligt.

Ejendommelige bevægelser – akut dystoni

Akut dystoni er ret sjælden og opstår hyppigst ved for stor begyndelsesdosis, ved dosisøgning og ofte hos yngre mænd. Akut dystoni beskrives som ukoordinerede, længerevarende muskelkontraktioner, ofte med krampeagtig åbning af munden og bagoverbøjning af hovedet. Akut dystoni behandles hurtigt og effektivt med antikolinerg medicin parenteralt. I meget sjældne tilfælde kan akut dystoni udvikles til en permanent form fx som en vedvarende, ofte smertefuld skæv holdning (kaldes Pisa-syndrom).

Psykiske bivirkninger

- Sløvhed
- Apati – dæmpning af følelser og sanser
- Depression
- Agiterende, evt. forværring af psykose

De psykiske bivirkninger ved antipsykotika er ikke så velkendte og synlige som fx de ekstrapyramidale bivirkninger. Ofte minder de psykiske bivirkninger om de symptomer, som sygdommen i sig selv giver. De psykiske bivirkninger kan være afgørende for patienters compliance.

Sløvhed - sedation

Patienten kan blive sløv af behandlingen med antipsykotika. Hvis bivirkningen ikke kan accepteres, fx hvor bilkørsel er nødvendig for patienten, kan sedation næsten undgås ved at vælge et relevant antipsykotika, som ikke har bivirkningen (fx kan 1. generations lavdosis eller visse 2. generations være en mulighed).

Apati, dæmpning af følelser og sanser

Apati beskrives som sygelig sløvhed eller ligegyldighed, som ofte fører til social isolation. Samtidig ses en dæmpning af følelser og sanser. Den specifikke dæmpning kan begrænses ved brug af små doser og 2. generations antipsykotika.

Depression

Forbigående, eventuelt behandlingskrævende depression kan undertiden forekomme. Nogle patienter, som har været i langtidsbehandling med 1. generations antipsykotika, kan opleve et depressivt syndrom præget af træthed og uoverkommelighedsfølelse. Det kan være en mulighed at anvende SSRI til behandlingen, hvis ikke man ønsker at skifte til et andet antipsykotika.

Agiterende, evt. psykoseforværende bivirkning

Akatisi viser sig ved rastløshed og trang til bevægelse. Akatisi har både en psykisk og en motorisk komponent. Den psykiske komponent er ofte den dominerende. Den motoriske akatisi viser sig ved

Antipsykotika – midler mod psykoser



trang til hele tiden at være i bevægelse, trippen og traven frem og tilbage. Altså en usystematisk bevægetrang, der er forbundet med ubehag. Hos nogle kan dosisreduktion være nok til, at bivirkningen forsvinder, mens det hos andre er nødvendigt at seponere behandlingen. Syndromet kan dæmpes med antikolinerge lægemidler (fx Lysantin®), benzodiazepiner og betablokkere (fx propranolol).

I sjældne tilfælde ses paradoksale reaktioner i form af forværring af psykotiske symptomer eller konfusion.

Autonome bivirkninger

- Træthed og sløvhed og blodtryksfald
- Mundtørhed
- Forstoppelse
- Vandladningsbesvær
- Synsforstyrrelser
- Hjertebanken
- Konfusion hos ældre

En del antipsykotika kan i terapeutiske doser give autonome bivirkninger. Det skyldes, at antipsykotika blokerer noradrenalin- og acetylcholinreceptorer. Bivirkningerne er mest udtalte i begyndelsen af behandlingen. 2. generations antipsykotika har færre autonome bivirkninger end de typiske antipsykotika, men clozapin, fx Leponex, som også blokerer både noradrenalin- og acetylcholinreceptorer, har også mange autonome bivirkninger.

Alle autonome bivirkninger kan medføre gener, men nedennævnte bivirkninger kan især være et problem for ældre.

Træthed, sløvhed og blodtryksfald

Sedation og blodtryksfald kan medføre gangbesvær og faldtendens med risiko for hoftebensbrud og efterfølgende sengeleje. Ortostatisk hypotension (blodtryksfald, især hvis man rejser sig pludseligt), evt. med besvimelse kan ses i starten af behandlingen.

Mundtørhed

Mundtørhed kan især være et problem for protesebærere. Kan også øge risikoen for huller i tænderne.

Forstoppelse

Forstoppelse kan forekomme, da tarmens bevægelser mindskes.

Vandladningsbesvær

Vandladningsbesvær ses især hos ældre mænd (pga. samtidig forstørret prostata)

Synsforstyrrelser

Synsforstyrrelser ses som øget lysfølsomhed pga. store pupiller, akkomodationsvanskeligheder giver uklart syn pga. problemer med at stille linsen skarpt. Synsforstyrrelserne kan især give problemer hos ældre med samtidigt nedsat syn (bl.a. grøn stær og grå stær).

Hjertebanken

Hjertebanken kan især være uhensigtsmæssigt ved nedsat hjertefunktion. Patienter med svagt hjerte bør behandles med de antipsykotika, der overvejende blokerer dopaminreceptorer.

Konfusion hos ældre

Kan opstå pga. den antikolinerge effekt.

Hormonforandringer

De hormonelle ændringer, der ses, er især brystspænding, mælkeflåd (galaktoré) og menstruationsforstyrrelser (amenoré), men der kan også ses dæmpning af seksuallysten, herunder dæmpet libido, erektion/lubrikation og orgasme. Disse bivirkninger tilskrives primært øgning af prolaktin pga. blokade af dopamin i hypothalamus og hypofyse. Specielt hos kvinder vil der være risiko for udvikling af osteoporoserelateret til østrogenpåvirkning.

Antipsykotika – midler mod psykoser



Appetit- og vægtøgning

Mennesker med skizofreni har større risiko for overvægt/fedme end normalbefolkningen. Kombineret med livsstilsfaktorer som nedsat fysisk aktivitet og rygning er risikoen for hjerte-kar sygdom øget. Antipsykotika (specielt clozapin og olanzapin) kan medføre stor vægtøgning, og derfor bør patienter i antipsykotisk behandling vejes, taljeomkreds måles, og BMI beregnes. Bivirkningen kan relateres til blokade af histaminreceptoren samt evt. serotoninreceptorer.

Vægtøgning kan være årsag til øget forekomst af diabetes hos patienter i behandling med de nævnte præparater, og derfor bør fastebloodsukker og fastelipider altid måles, før behandling startes og efterfølgende kontrolleres jævnligt.

Hud- og øjenreaktioner

Antipsykotika kan - ligesom mange andre lægemidler - fremkalde allergiske reaktioner i form af udslæt, overfølsomhed for sol og kontaktdermatitis.

Leverpåvirkning

Undertiden ses en moderat forhøjelse af visse leverenzzymer. Dette er almindeligvis harmløst og forbigående.

Hvad sker der, hvis jeg tager mere medicin end ordineret?

De fleste bivirkninger er forudsigelige og dosisrelaterede. De kan derfor mindskes ved anvendelse af lave doser. Ved opslag på fx www.min.medicin.dk, kan man for hvert enkelt lægemiddel læse om hyppigheden af den enkelte bivirkning.

En øget dosis giver sjældent en bedre effekt, men til gengæld oftest øget forekomst af bivirkninger.

For mange af lægemidlerne gælder det, at der startes forsigtigt med lave doser, som så optrappes efterhånden til den ønskede effekt. På samme måde trappes der tit langsomt ud af behandlingen. Både optrapning og nedtrapning kan tage lang tid. Den maksimale virkning kommer først efter flere uger til måneder.

Det er forskellige fra person til person, hvilken dosis, der virker bedst, så man kan på den måde ikke sammenligne sig med andre.

Brug af anden medicin samtidig

Alkohol og andre sløvende midler

Antipsykotika – særligt dem, som virker sløvende – forstærker virkningen af alkohol, smertestillende midler, sovemidler, beroligende midler og antihistaminer.

Ingen advarselstrekant, men kan sløve

Ingen antipsykotika er mærket med advarselstrekant. Alle præparater kan dog – i varierende grad – give dosisafhængig sedation, specielt i starten af behandlingen og ved øgning af dosis.

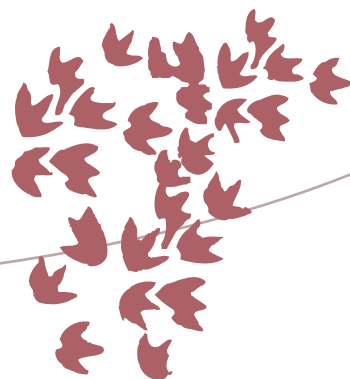
Nedenstående liste stammer fra www.interaktionsdatabasen.dk. Den findes i en mere tilgængelig udgave på www.medicinkombination.dk.

Interaktioner med specifikke lægemidler

Ifølge den nationale interaktionsdatabase kan følgende interaktioner med antipsykotika give alvorlige problemer:

Orap (pimozid) skal undgås i kombination med Clarithromycin, da Clarithromycin hæmmer omdannelsen af pimozid i leveren med hjertepåvirkninger til følge. Interaktionen har udtalt klinisk betydning og er dokumenteret.

Antipsykotika – midler mod psykoser



Orap (pimozid) skal undgås i kombination med paroxetin, da paroxetin øger virkningen/biotilgængeligheden af pimozid. Mekanismen er ukendt. Interaktionen har udtalt klinisk betydning og er dokumenteret.

Trilafon (perphenazin) skal undgås i kombination med paroxetin, da paroxetin øger plasmakoncentrationen af perphenazin med en faktor 7. Interaktionen har udtalt klinisk betydning og er dokumenteret.

Clozapin skal undgås i kombination med fluvoxamin, da fluvoxamin øger plasmakoncentrationen af Clozapin med en faktor 2-5. Interaktionen har udtalt klinisk betydning og er veldokumenteret.

Quetiapin (Alzen, Seroquel) skal undgås i kombination med ketokonazol, da ketokonazol hæmmer quetiapins omsætning i leveren. Interaktionen har moderat klinisk betydning og er veldokumenteret.

Quetiapin (Alzen, Seroquel) skal undgås i kombination med clarithromycin, da koncentrationen af quetiapin øges og medfører alvorlige bivirkninger. Interaktionen har udtalt klinisk betydning, men er ringe dokumenteret.

Quetiapin (Alzen, Seroquel) skal undgås i kombination med carbamazepin og phenytoin, da begge stoffer øger quetiapins omsætning i leveren ved induktion. Begge interaktioner har udtalt klinisk betydning og er dokumenteret.

Stemetil skal undgås i kombination med Desferal, da der i behandling hos 2 rheumatoide patienter med prochlorperazin blev observeret bevidsthedstab i 48-72 timer efter samtidig indgift af deferoxamin. Mekanismen er ukendt. Interaktionen har moderat klinisk betydning, men er ringe dokumenteret.

Sundhedsstyrelsen indskærper alle landets læger at udvise stor forsigtighed ved behandling med

antipsykotiske lægemidler i kombination med sove- og nervemedicin, fordi Sundhedsstyrelsen sammen med Lægemiddelstyrelsen har afsluttet data-bearbejdning på en undersøgelse, hvor der indgik medicinering af knap 15.000 psykotiske patienter.

Praktiske råd

- Lave doser til start – forsigtig øgning af dosis til optimal effekt
- Hvis medicinen kun skal tages en gang i døgnet kan det med fordel være ved sengetid
- Depotmedicin skal tages færre gange i døgnet
- Ved vægtstigning og tendens til diabetes skal blodsukker følges af lægen. Det er også relevant at følge udviklingen af taljemål og BMI
- Hvis bivirkninger ikke er acceptable, kan der måske skiftes til et andet præparat
- Længden af behandlingsforløbet afhænger af den psykiske lidelse
- Behandlingen må kun afbrydes efter aftale med lægen
- Brugere af præparater med clozapin skal tale med deres læge, hvis de får feber.

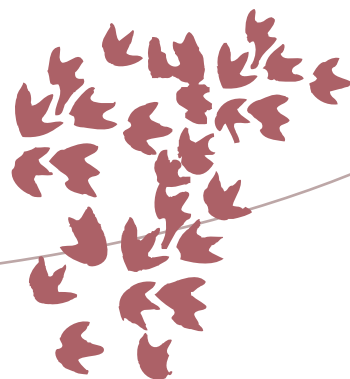
Lave doser i starten

Som hovedregel bør lave doser anvendes i starten af behandlingen, specielt hos ikke tidligere medicinerede patienter. Hvis det er praktisk muligt bør dosis efterfølgende øges forsigtigt - helst med ugers mellemrum - indtil den optimale dosering er fundet.

1 dosis i døgnet kan tages til natten

Ved dosering 1 gang i døgnet, kan det med fordel være før sovetid, så kan man sove de trættende bivirkninger væk.

Antipsykotika – midler mod psykoser



Mange er generet af træthed pga. medicinen. Når man holder op med at tage medicinen, er det første, der forsvinder ”trætheden” og sidst den antipsykotiske virkning. Mange kan derfor føle sig fejlagtig bekræftet i, at de ikke skulle tage medicinen, fordi den kun gav træthed. Fakta er, at man i de første mange uger fortsat er i en antipsykotisk behandling, selvom man ikke tager medicin. Har man taget depotmedicin holder den antipsykotiske virkning sig endnu længere.

Depotmedicin

Depotmedicin skal tages færre gang i døgnet end almindelige tabletter. Depottabletter er teknisk udformet, så de virker i længere tid.

Vægtstigning og diabetes

Vægtøgning er vigtigt at være opmærksom på, hvis man er diabetiker, eller er disponeret for diabetes, fx hvis der er type 2-diabetes i familien. Blodsukkeret kan følges hos lægen. Det er også vigtigt at holde øje med taljemål og BMI.

Bivirkninger

Lægemidlerne kan have mange bivirkninger, som det er vigtigt at være opmærksom på. Hvis bivirkningerne ikke er acceptable og kan betyde, at man fx ikke ønsker at tage medicinen, skal man tale med lægen om, hvorvidt der kan skiftes til et andet præparat.

Behandlingsforløb

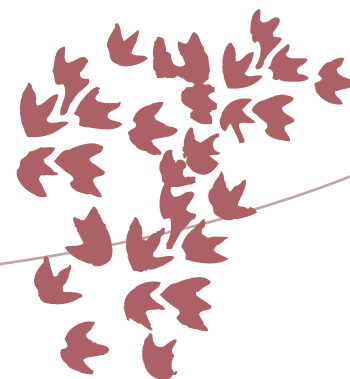
Længden af behandlingsforløbet afhænger af den psykiske lidelse. Ved forbigående psykotiske tilstande vil man kunne nøjes med få uger, evt. måneders behandling. Ved skizofreni kan livslang behandling være påkrævet.

Behandlingen må kun afbrydes efter aftale med lægen.

Clozapin og feber

På grund af risikoen for alvorlige hjertebivirkninger og påvirkning af knoglemarven (specielt hos børn) skal man regelmæssigt gå til kontrol hos lægen. Hvis man under behandlingen får feber eller andre tegn på infektion (især ondt i halsen) skal man kontakte lægen.

Antipsykotika – midler mod psykoser



Oversigt over lægemidlerne

Opdateret fra pro.medicin.dk 27/10. 2011

Antipsykotika – 1. Generation

Lavdosis:	Fluanxol (flupentixol), Serenase (haloperidol), Orap (pimozid)
Middeldosis:	Neulactil (periciazin), Trilafon (perphenazin), Stemetil (prochlorperazin), Cisordinol og Clopixol (zuclopenthixol)
Højddosis:	Truxal (chlorprothixen), Nozinan (levomepromazin), Buronil (melperon), Dipiperon (pipamperon), Dogmatil (sulpirid)

Antipsykotika – 2. Generation

Generisk navn	Præparatnavne
Amisulpirid	Amisulprid, Solian
Aripiprazol	Abilify
Asenapin	Sycrest
Clozapin	Clozapin,, Clozapine, Leponex
Olanzapin	Olanzapin, Olanzapine, Zalasta, Zypadhera, Zyprexa
Paliperidon	Invega, Xeplion
Quetiapin	Alzen, Seroquel
Risperidon	Risperanne, Risperdal, Risperidon, Rispolept Consta
Sertindol	Serdolect
Ziprasidon	Geodon, Zeldox

Kilder

Medicin.dk, www.medicin.dk

Forbruget af antipsykotika blandt 18-64 årige patienter med skizofreni, mani og bipolar sindslidelse. Sundhedsstyrelsen, 2006.

Antipsykotiske lægemidler. Sundhedsstyrelsen, 2006.

Vejledning om behandling med antipsykotika. Sundhedsstyrelsen, juli 2007.

IRF: Ny vejledning for behandling med antipsykotika. Dorte Glintborg, august 2007. www.irf.dk, juni 2010.

Glenthøj, Birthe og Rasmus W. Licht: Behandling med antipsykotika. Rationel Farmakoterapi, nr. 2, 2001.

Kampmann, Jens P. og Steffen Thirstrup: Nyere antipsykotika og nye bivirkninger. Rationel Farmakoterapi, nr. 6, 2004.

www.interaktionsdatabasen.dk, juni 2010.

IRF: Markant øget dødelighed ved brug af antipsykotika til demente. Januar 2009, www.irf.dk, juni 2010.

Gerlach, Jes og Per Vestergaard: Psykofarmaka, PsykiatriFonden 2010.