

BARN

som snakker med kroppen

– bruk av et registreringsskjema

AV HANS PETTER FUNDINGSRUD



Hans Petter Fundingsrud

Avd. leder/avd overlege
Barne og ungdomsklinikken,
Universitetssykehuset
i Nord-Norge

Legens deltakelse i arbeid med barn og deres foreldre

Barn er ikke som voksne. De har ikke levd et langt liv med sine kroppslige plager. De har enda ikke tilegnet seg hvordan voksne tenker om sykdom og årsakssammenhenger. Barns språk er også under stadig utvikling. Foreldrene blir derfor ofte overlatt til å tolke hva barnet forsøker å uttrykke når noe plager dem. I større grad enn voksne lever barn stadig i og er avhengige av sine relasjoner til foreldre, søsken, besteforeldre og andre. Når de oppsøker helsevesenet, er det som regel med mor, far eller andre omsorgspersoner. De snakker nesten alltid med kroppen til legen. Avhengig av alder, personlighet og legens evne til å kommunisere med barnet, mor og far, – kan de også snakke til legen med munnen. Mor og far er viktige samtalepartnere med legen. De forteller og beskriver hvordan de opplever barnets plager. På denne måten blir mor og far ikke bare pårørende og ledsagere i tradisjonell forstand, men de kan av og til også være en del av problemet.

Å være lege i en slik sammenheng kan være en utfordring. Diffuse og vage symptomer hos barn som residiverende magesmerter, hodepine, enuresis og enkoprese har lav status i barnemedisinen. I en *teknologisk tid* hvor den medisinske dialogen er i ferd med å gå i glemmeboken, forsterkes slike symptomers problematiske posisjon. *Mangel på arbeidsmåter* overfor denne typen plager, kan være et hinder. I all bio-medisinsk tenkning står somatisk utredning og forsikring («reassurance») om at det ikke er noe alvorlig sentralt. At legen ikke gjør objektive funn betyr ikke at plagene forsvinner. Foreldre vil derfor stadig søke lege for slike plager.

Arbeidsmodell

Det er mange måter å arbeide med psykosomatiske plager hos barn. Noen viktige i prinsipper i *min* arbeidsmodell er et *både-og perspektiv*, dvs. at både kropp og sjel betraktes sam-

tidig, i motsetning til et «enten – eller»-perspektiv (den tradisjonelle biomedisinske tilnærmingen) der man først utreder/utforsker kroppen. Hvis legen så ikke finner noen forklaring på barnets plager, vil det bli spørsmål om ikke plagene har en psykisk bakgrunn. Min erfaring er at denne tilnærmingen «lukker til» snarere enn «åpner opp» for alternative forklaringsmodeller. Hvis det somatiske perspektivet forfølges alene, vil muligheten for å søke emosjonelle forklaringer være mindre når man er kommet til veis ende i den somatiske utredningen. Mitt andre prinsipp er at jeg holder fast ved et *relasjonelt perspektiv* mellom foreldre og barn; mellom foreldre, barn og symptom og mellom foreldre, barn, symptom og legen. Symptomer og sykdomsutfordring spiller ofte en rolle mellom mennesker innen familier og i relasjon til behandlingsapparatet. Jeg har funnet det nyttig å betrakte kroppslige plager i den sammenhengen som de spiller en rolle. Et tredje perspektiv for meg er at jeg *som lege ikke må bli for forskjellig* fra hva pasienten og deres foreldre er vant til å møte. Ved å være *passe forskjellig* skapes det tilstrekkelig dynamikk i behandlingsrelasjonen. Bl.a. er jeg svært opptatt av å finne fram til de spørsmålene som denne familien aldri har blitt stillet før. I tillegg må konsultasjonen balanseres mellom samtalen med barnet, med foreldrene og den kliniske undersøkelsen. Leger arbeider ofte under tidspress og det er viktig å lære seg å strukturere konsultasjonen på en slik måte at det blir balanse mellom de ulike elementene.

Et fjerde viktig prinsipp til slutt er at jeg har funnet det hensiktsmessig å bevege meg tankemessig mellom tre ulike nivåer når jeg arbeider med psykosomatiske tilstander eller kroppslige plager uten kroppslige funn hos barn. På det første nivået betrakter jeg barnet med en *predisponerende «sårbarhet»*. Denne sårbarheten kan enten være genetisk, psykologisk eller sosialt betinget. Den er et resultat av

mange generasjoners erfaringer. For det andre kan barnet utsettes for et *utløsende traume eller begivenhet* som gitt den predisponerende «sårbarheten» kan føre til symptomer. I tillegg vil *faktorer som holder slike prosesser ved like* ha betydning for sykdomsforløpet (1).

«Psykosomatiske håndgrep».

Siden foreldre erfaringsvis er svært opptatt av den somatiske siden av utredningen, har jeg utviklet noen spørsmål som jeg har kalt «psykosomatiske håndgrep». Metaforen er lånt fra Bo Hejl, dansk gynekolog med fordypning i sexologi, som har arbeidet med kroniske underlivsplager hos kvinner (2). Slike spørsmål har to hensikter: den ene er å samle informasjon for den diagnostiske prosessen, den andre er å åpne opp for en psykosomatisk tankegang ved å introduserer ideer som kan hjelpe barn og foreldre med å utvide sin forståelse om mulige sammenhenger i tillegg til de som er kjente fra før.

Slike spørsmål kan være: «Hvordan synes du ditt barn uttrykker seg følelsesmessig?» Alternativt: «Hvordan vil du beskrive barnet ditt?» Jeg lytter til hvilke ord foreldrene benytter i deres beskrivelse. Det er viktig at spørsmål ikke blir for forskjellige fra andre spørsmål de ellers er vant til å bli stillet.

Med *for forskjellig* i denne sammenheng mener jeg spørsmål som tydelig utforsker det emosjonelle der hvor foreldre vil snakke om det kroppslige (3).

Andre slike spørsmål kan være: «Hvis du/dere skulle tenke etter, er det samsvar mellom hvor vondt hun sier at hun har og det som du/dere observerer fra utsiden?» Spørsmålene må være passe uvanlige slik at de skaper en forskjell som ikke er for stor. Et annet spørsmål langs den samme dimensjonen er: «Er hun/han et barn hvor det er lett å forstå hva som foregår på innsiden?»

Noen spørsmål gjøres relasjonelle: «Er hun en pike som lett uttrykker med ord hva hun tenker og føler? Eller må du se det på henne? Hvem av foreldrene ligner hun i så fall mest på, sånn sett?»

«Overfor nye situasjoner og mennesker, er han en som går rett på eller er han litt avventende?»

Jeg har funnet disse spørsmålene nyttige for å åpne opp for en psykosomatisk tankegang der hvor foreldre er svært opptatt av det kroppslige. På den annen side, der hvor foreldrene kan være *for opptatt av det emosjonelle*, er det viktig at jeg passer på det kroppslige.

Bruk av registreringsskjema

Over en periode på 20 år har jeg benyttet meg av ulike registreringsskjemaer for kroppslige plager. En tidlig utgave av metoden ble beskrevet i 1987 (4). Slike skjemaer er velkjent i barnemedisinen, bl.a. for registrering av tørre og våte netter hos enuretikere eller ved registrering av kroppslige plager fra hodet og magen. Da jeg startet med å utvikle skjemaene, var imidlertid mitt inntrykk at foreldrene i stor grad var involvert i registreringene og at kartleggingsaspektet var hovedmotivasjonen. Barnets perspektiv ble derfor viktig å få frem. Når foreldrene registrerte, spesielt smerter, ble det mer en fortolkning av barnets uttrykk.

Jeg ønsket dermed å finne metoder som ville bringe barnet selv fram. To forutsetninger var viktig:



barnet måtte kunne være gammelt nok til å skrive og ikke ha lese-/skrivevansker. Jeg endte opp med å utvikle skjemaer sammen med barn som hadde begynt på skolen.

Den første tiden utviklet jeg skjemaer for barn med magesmerter hvor spørsmålene ble notert ned sammen med barnet. Spørsmålene var lite «diagnostiske» i den forstand at de var rettet mot de somatiske aspektene. Det diagnostiske fokus ble ivaretatt på andre måter ved anamnesen fra foreldrene og den kliniske undersøkelsen samt eventuelle tilleggsundersøkelser. Jeg var mer opptatt av *selvrapporteringen*, at barnet lærte å stille spørsmål til seg selv om egne plager. På denne måten tenkte jeg at det var mulig å få et mer direkte uttrykk for barnets opplevelse og ikke foreldrenes fortolkning av det samme.

Etter at skjemaer og spørsmål var gjennomgått med barnet, ble det invitert til å ha en mening om hvor mange skjemaer hun trodde det ville være behov for i en gitt periode framover for å registrere hver gang hun hadde plager. På hvert skjema kan det fylles ut fem tilfeller. Idéen var at barnet skulle ha et slikt skjema med seg hjemme, på skolen og på fritiden. På den måten ville det kunne være mulig for meg å «bli bedre kjent med» plagene til barnet. De fleste barn hadde problemer med å svare på spørsmålet: «Hvis du skulle komme tilbake til meg om tre måneder, hvor mange skjemaer tror du at du ville komme til å trenge?» Når jeg stilte dette spørsmålet, ville de fleste barna forsøke å rekruttere mor eller far som fulgte ved konsultasjonen, til å være med å svar for dem på dette spørsmålet. Det jeg så var at mange foreldre lot barna klare seg selv. Jeg begynte da etter hvert å skifte fra «å vite» til «å gjette». Jeg kunne si: «*Jeg vet at det er vanskelig å vite helt sikkert, men hvis du skulle gjette hvor mange skjemaer du ville trenge, hvor mange ville du tippe da?*» Jeg opplevde at denne formuleringen skapte en forskjell for barnet. Det ble på en måte mindre forpliktende å komme fram til «et korrekt svar». Et slikt «korrekt svar» finnes jo ikke. Imidlertid opplevde jeg at det å skifte fra «å vite» til «å gjette» gjorde den forskjellen for barnet at det fikk en frihet til å reflektere over spørsmålet.

I den første fasen av utviklingen av behandlingsmodellen, benyttet jeg meg også av *paradoksal intervensjon*. Jeg kunne si til barnet: «Siden du har hatt disse plagene i mange år og ingen har klart å hjelpe deg med å bli kvitt dem, vil jeg gjerne at du beholder dem så lenge at jeg også får tid til å bli kjent med dem».

Idéen var at jeg som lege ved «å foreskrive symptomer», snakke om problemet i positive vendinger, eller aktivt fraråde forandring, ville skape en paradoksal situasjon som

gjorde at barnet ville kunne oppgi symptomet. Jeg opplevde i økende grad at jeg var ukomfortabel med denne formuleringen. Det ble for mye strategi og teknikk og for lite empati. Selv om foreldre ikke direkte ble fornærmet på meg og uttrykte dette, har jeg ofte i ettertid lurt på hvordan de opplevde at barnet deres ble møtt av meg på denne måten. Jeg sluttet derfor etter noen år med dette.

Gjennom selvrapporteringen som barnet foretok, oppdaget jeg snart at frekvensen av plagene i mange tilfeller gikk dramatisk ned. Av og til ble plagene helt borte allerede fra første til andre konsultasjon. Dette gjorde noe dramatisk med foreldrene. Bekymringen de hadde hatt over lengre tid forsvant. Behovet for ytterligere undersøkelser i form av røntgenundersøkelser, blodprøver o.a. hadde de ikke lenger behov for å formulere. Isteden ble mange nysgjerrige i forhold til å snakke om hva som hadde skapt forandring til det bedre. Jeg brukte derfor mye tid til å diskutere de ulike forklaringsmodellene som foreldrene vurderte. Det jeg da opplevde var at foreldrenes tilskrev reduksjonen i plager endringer de selv hadde foretatt i familien i forhold til matvaner, søvn, stress, og lignende. Jeg ble da veldig opptatt av å ikke utfordre familiens virkelighetsforståelse.

Selv antok jeg at frekvensreduksjon var et godt mål på at barnets plager ikke var uttrykk for alvorlig sykdom. Slik er det ellers i livet. At barnet blir bedre, gjør foreldre, pasienter og lege mindre bekymret for at det feiler ham noe alvorlig. Andre forhold bidro selvsagt til at jeg følte meg trygg på at dette var tilfelle. I forbindelse med residiverende mageplager var dette barn som hadde vokst og utviklet seg normalt, de hadde fravær av ikterus, feber, kvalme, oppkast og andre ledsagersymptomer. Jeg hadde også utelukket urinveisinfeksjon. I tillegg fantes det psykososiale stressfaktorer. Når det gjaldt barn med hodepine i ulike varianter som vanlig og klassisk migrene og tensjonshodepine, så hadde jeg utredet dem godt nevrologisk og av og til gjort CT/MR uten å finne noe patologisk. CT/MR er stort sett kun nødvendig å gjøre der hvor det ved siden av hodepinen foreligger nevrologiske symptomer som problemer med balansen, synsforstyrrelser, svimmelhet, o.l. i tillegg til hodepinen.

Jeg var imidlertid ikke helt fornøyd med skjemaet. Jeg ville gjerne forsøke å kombinere spørsmål som førte til frekvensreduksjon med spørsmål som var diagnostiske i forhold til den somatiske delen av anamnesen. Jeg startet med skjemaet for hodepine. Jeg tok for meg et anamneseskjema for hodepine for voksne (5). Jeg gjennomgikk alle spørsmålene og utviklet så spørsmål til barna som jeg mente dekket alle vesentlige anamnesticke forhold. Jeg innhentet synspunkter fra et lite utvalg nevrologer til å vurdere skjemaets egnethet. Skjemaet ble justert deretter. Slik ble det seende ut:

Spørsmål om plagene					Hvor vondt fikk du? 1 2 3 4 5 Var smerten jevn eller bankende?	Fikk du noen andre plager når du fikk hodepine?	Hvor var du da du fikk hodepine? Hva holdt du på med?	Hva gjorde hodepinen bedre? Hva gjorde den verre?
Tidspunkt	Hvordan begynte hodepinen?	Hvor i hodet begynte hodepinen?	Hvor lenge varte hodepinen?	Hvor satt hodepinen på det verste?				
Dato: Klokkeslett: Ukedag:								
Dato: Klokkeslett: Ukedag:								
Dato: Klokkeslett: Ukedag:								
Dato: Klokkeslett: Ukedag:								

Kasuistikk

«Anders» ble henvist pga. hodepine ni år gammel. Det var mye hodepine i slekten, bl.a. hadde mormor og mor hodepineplager. Det var også noe hodepine på farssiden i form av migræne. Mor hadde plager som var oppfattet som tensjonshodepine. Anders var plaget med begge deler. Han kunne relativt greit skille mellom når han hadde den ene typen og når han hadde den andre. *Jeg spurte ham om hvilken type han hadde oftest?* Han sa han mente dette var hva jeg tolket som symptomer på tensjonshodepine. Dette var en hodepine som han nesten hadde kontinuerlig. Jeg merket meg at det var umulig for meg å se det på ham. *Jeg spurte ham derfor om han hadde vondt nå da vi satt og snakket sammen.* Han svarte at det hadde han. *Jeg spurte ham derfor om det var ganger han hadde så vondt at han ikke klarte å skjule det?* Han så litt spørrende på meg så jeg spurte *far om han kunne se på sin sønn om han hadde vondt i hodet eller ikke.* Han sa at det kunne han ikke og at det samtidig var litt forvirrende for hvordan de som foreldre skulle forholde seg til Anders. Selv var far relativt mye plaget med migræne rundt tidspunktet for konsultasjonene med Anders. Far var en person som lette etter ordene i samtalen. Han uttrykte at han var skeptisk til å sitte å snakke med oss. Vi brukte mye tid på far i samtalen, så mye tid at vi syntes vi fikk lite tid til Anders. Anders ble undersøkt klinisk og det ble utført en nevrologisk undersøkelse. Han hadde helt normal status. Jeg kunne heller ikke påvise stram nakkemusklatur. Jeg tenkte at det *ikke* er uvanlig at barn har et blandingsbilde med både tensjonshodepine og migræne. På den annen side ble jeg også svært opptatt av om han kunne ha «arvet» både farens og morens sykdomsbilde i form av både *symptomopplevelse* og *sykdomsferd*. Jeg spurte Anders om han trodde registreringsskjemaer for kroppslige plager hvor han nøye skulle registrere en rekke forhold rundt sine hodepine – plager, kunne være en god idé? Han svarte bekreftende på dette. Han kom til kontroll to måneder senere.

Han kom sammen med sin far. Vi gikk først gjennom skjemaene som han hadde fylt ut. Han hadde bedt om å få med seg 14 skjemaer. Han hadde fylt ut fem stykker. Det som var den dramatiske forandringen var at han nå ikke hadde vondt daglig. Han hadde tidligere beskrevet for meg at hans tensjonshodepine var mest fremtredende, nesten kontinuerlig. Så her var det skjedd en forandring. En annen forandring var at *far hadde vært anfallsfri i perioden*. Han hadde tidligere aldri hatt en så lang og god anfallsfri periode. Far virket tryggere, gladere og mer åpen. På mitt spørsmål om hva han trodde denne endringen i sønnens anfallsfrekvens skyldtes, hadde han ingen forklaring. *Jeg spurte ham da om han så på denne forandringen som varig?* Han trakk litt på det og sa at det fikk tiden vise.

Vi avtalte en ny poliklinisk kontroll om fire måneder for å forlenge intervallene mellom kontrollene. Siden forandring er noe som foregår ute i livet skal endringer ha tid til å skje. Det er derfor viktig at det mellom hver konsultasjon gis rom for dette. Anders fortsatte å registrere sine plager. *Jeg sa at det av og til var slik at det kan komme tilbakefall etter en periode med rask bedring slik som i Anders og fars sitt tilfelle fordi man blir så glad over den markerte bedringen at det er lett å endre sin livsførsel ved å bli mer aktiv og utadvendt og kanskje foreta seg ting som kan utløse hodepinene igjen. Jeg ba Anders om å «skynde seg langsomt».*

Når de kom tilbake til kontroll, var far fortsatt smertefri, mens Anders kun hadde hatt vondt ved en anledning. De var fornøyde og syntes ikke lenger at de trengte å komme til kontroll ved vår avdeling.

Bruk av skjemaer setter barnets perspektiv i fokus. Slike skjemaer kan også være nyttig for arbeid med mange ulike

symptomer i likhet med notater og hjemmeregistreringer som er i bruk hos voksne (6).

Arbeidsmetoden med dette skjemaet er ikke i nevneverdig grad blitt endret ved at spørsmålene er laget på forhånd. Jeg bruker tid på å gjennomgå skjemaet sammen med barnet. Mens dette pågår, sitter foreldrene i en lytte- eller observatørposisjon på avstand i rommet. Jeg kjenner en større trygghet i å være i stand til å skille mellom de ulike typene av hodepine hos barn. I tillegg har jeg beholdt virkningen av selvregistrering. Min erfaring er at barn med stor grad av nøyaktighet kan beskrive sine plager når de får tillit til dette. Svært få foreldre har så lenge jeg har anvendt slike registreringsskjemaer, overtatt registreringen for sine barn. Jeg føler meg derfor relativ trygg på at det som er nedtegnet på skjemaet er barnets perspektiv.

Oppsummering

Nytten av slike skjemaer kan sammenfattes på følgende måter: a) sykehistorien kartlegges, b) når barnet bruker skjemaet lærer det seg å stille spørsmål til seg selv om indre begivenheter, c) behandlingsprosessen starter allerede mens den diagnostiske prosessen pågår, d) skjemaet skaper stor nok avstand mellom barn og foreldre slik at foreldrene kan innta en observatørposisjon i forhold til barnets plager, e) skjemaet gjør det mulig å stille barn og foreldre ulike spørsmål innen samme kontekst, f) bruk av skjemaet muliggjør også ulike måter å stille spørsmål på til barn og foreldre innen samme kontekst og g) det øker barnets evne til å mestre sin egen situasjon.

Litteratur

1. Wood, B; et al. The «Psychosomatic Family» Model: An Empirical and Theoretical Analysis. Family Process, Vol. 28, 1989.
2. Hejl, B. En psykosomatisk behandlingsmodell – Psykosomatisk gynekologi. Nordisk Sexologi, vol. 1, s. 96–103, 1983
3. Andersen, T. The reflecting Team. Dialogue and metadialogue in clinical work. Fam Process 1987; 26: 415–28.
4. Fundingsrud, HP. A Consultation Model in a Pediatric Out-patient Clinic: Conversations with Psychosomatic Children and Their Parents. Family Systems Medicine, Vol. 6, No 2, 1988.
5. Nytt om legemidler. Terapinabefaling: Behandling av migræne. Statens Legemiddelkontroll, Volum 22, oktober 1999
6. Stensland, P. Approaching the locked dialogues of the body – Communicating symptoms through illness diaries. Dissertation. Division for General Practice, Department of Public Health and Primary Health Care, University of Bergen, Bergen, Norway, 2003.

Takk til Per Stensland, kommunelege, Sogndal og førsteamanuensis, Seksjon for allmennmedisin, Universitetet i Bergen for gjennomlesning av manus med verdifulle kommentarer.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Ingvild Menes Sørensen. Kontakt henne på ingmenes@online.no

Ebixa® – Verdt å huske på!

C

Ebixa "Lundbeck"

Middel mot demens

ATC-nr.: N06D X01

Dråper, oppløsning 10 mg/g: 1 g inneh.: Memantinhydroklorid 10 mg, tilsv. memantin 8,31 mg, kaliumsorbat (E 202), sorbitol, renset vann.

Tabletter, filmdrasjerte 10 mg: Hver tablett inneh.: Memantinhydroklorid 10 mg tilsv. memantin 8,31 mg, laktose, hjelpestoffer. Med delestrek.

Indikasjoner: Behandling av pasienter med moderat alvorlig til alvorlig grad av Alzheimers sykdom.

Dosering: Behandlingen bør initieres og veiledes av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers demens. Behandlingen skal bare igangsettes hvis en omsorgsperson er tilgjengelig og jevnlig kan monitorere pasientens legemiddelinntak. Diagnostisering bør gjøres i tråd med gjeldende retningslinjer.

Voksne/eldre: Maks. daglig dose er 20 mg. Risikoen for bivirkninger reduseres ved å gradvis øke dosen med 5 mg pr. uke i de første 3 ukene opp til vedlikeholdsdose på følgende måte: Behandlingen bør begynne med 5 mg daglig (en 1/2 tablett/10 dråper om morgenen) i den første uken. 10 mg daglig i den andre uken (en 1/2 tablett/10 dråper 2 ganger om dagen) og 15 mg daglig i den tredje uken (1 tablett/20 dråper om morgenen og en 1/2 tablett/10 dråper på ettermiddagen) anbefales. Fra den fjerde uken fortsettes behandlingen med en anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg daglig (1 tablett/ 20 dråper 2 ganger om dagen). Kan tas uavhengig av måltider. Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 40–60 ml/minutt/1,73m²) anbefales maks. 10 mg.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet for memantin eller et eller flere av hjelpestoffene.

Forsiktighetsregler: Forsiktighet utvises hos pasienter med epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat(NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller deksstrometorfan bør unngås pga. økt risiko for bivirkninger. Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske endringer i kostholdet, f.eks. fra kosthold med kjøtt til vegetarkost, eller stort inntak av syrenøytraliserende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinveisinfeksjoner med *Proteus bacteria*) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt (NYHA III-

IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. Moderat alvorlig til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsette evnen til å kjøre motorkjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin endre reaksjonsevnen, slik at dagpasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorkjøretøy eller betjener maskiner.

Interaksjoner: Memantin har potensiale til å interagere med medikamenter med antikolinerg effekt. Effektene av barbiturater og neuroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmolytiske stoffer som dantrolen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og deksstrometorfan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin innebærer en mulig risiko for økte plasmanivåer. Redusert ekskresjon av hydroklortiazid eller kombinasjonspreparater med hydroklortiazid er mulig.

Graviditet/Amning: Overgang i placenta: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Preparatet bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko.

Overgang i morsmelk: Risiko ved bruk under amming er ikke klarlagt. Det er ikke kjent om memantin skilles ut i morsmelk hos mennesker, men med tanke på hvor lipofilt stoffet er, antas dette å forekomme. Kvinner som tar memantin, bør ikke amme.

Bivirkninger: Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. **Hyppige (>1/100):** Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner, forvirring, svimmelhet, hodepine og tretthet. **Mindre hyppige:** Gastrointestinale: Oppkast. Psykiske: Angst. Sirkulatoriske: Hypertoni. Urogenitale: Cystitt, økt libido. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: I ett tilfelle av suicidal overdose overlevde pasienten inntaket av opptil 400 mg memantin (oralt) med virkning på sentralnervesystemet (f.eks. rastløshet, psykose, visuelle hallusinasjoner, krampes, sømnlens, stupor og tap av bevissthet) som gikk tilbake uten varige mén. **Behandling:** Bør være symptomatisk.

Oppbevaring og holdbarhet: Dråper: Åpnet flaske bør brukes innen 3 måneder.

Pakninger og priser pr. 1. mars 2005: Dråper: 50 g kr 795,70, 100 g kr 1557,10. Tabletter: 30 stk. kr 556,00, 50 stk. kr 811,90, 100 stk kr 1589,40.

Basert på godkjent SPC, SLV juni 2002

Referanser:

1. Wimo A, Winblad B, Stöfller A, et al. Resource utilisation and cost analysis of memantine in patients with moderate to severe Alzheimer's disease. Pharmacoeconomics 2003; 21 (5): 1–14.
2. Reisberg B, Doody R, Stöfller A, et al. Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease. New Engl J Med 2003; 348: 1333–1341.

H. Lundbeck A/S

Lysaker Torg 12
Postboks 361
N-1312 Lysaker
Tel +47 6752 9070
Fax +47 6753 7707
www.lundbeck.no



www.ebixa.com

Ebixa® – medisinen som dine Alzheimer-pasienter stoler på at du skal huske.