

# PSYKOMOTORISK FYSIOTERAPI

## – tenkning og tilnærming

### DEL I: KJENNETEGN, PRINSIPPER, FRAMGANGSMÅTER

#### Innledning

Psykomotorisk fysioterapi skiller den fra tradisjonelle tilnærmingsmåter til sykdom, plager og lidelser. I to påfølgende artikler vil jeg omtale tradisjonen både som forståelsesform og konkret metode. I den første artikkelen skisseres noen grunnleggende tanker og prinsipper, sammen med en kort redegjørelse for framgangsmåter. I den andre artikkelen presenteres en kasuistikk. Den følges av noen sammenfattende refleksjoner der jeg også berører aktuelle utfordringer i dagens samfunn.

Psykomotorisk fysioterapi må henvises spesielt fra lege. Legers kjennskap til denne tilnærmingen er derfor avgjørende for hvem som henvises til en psykomotoriker. Det er hovedgrunnen til at jeg vil forsøke å få fram sammenhengen mellom tenkning og praksis.

#### Starten – grunnlaget – kjennetegn

Grunnlaget for den psykomotoriske tradisjonen ble lagt gjennom et nært samarbeid mellom psykiater Trygve Braatøy og fysioterapeut Aadel Bülow-Hansen i perioden 1947–1953.

Braatøy var både kliniker og teoretiker. Han orienterte seg bredt i litteraturen, ikke minst i psykoanalytiske og psykodynamiske teorier, og han systematiserte sine kliniske erfaringer og tanker i mange publikasjoner. Mest kjent er «De nervøse sinn», utgitt som to bøker i 1947 (1). De har fungert som en viktig inspirasjonskilde i det psykomotoriske miljøet.

Bülow-Hansen var først og fremst kliniker, og hennes form var muntlig og kasuistisk. Unntaksvis skrev hun ned sine erfaringer. Hun formidlet sin kompetanse gjennom demonstrasjon og veiledning i konkrete praksissituasjoner og ved å fortelle om pasienteksempler. «Bülow» som vi kalte henne, ble hyppig benyttet i den videreutdanning som etter hvert ble bygget opp, og hun var aktiv lenge etter at hun gikk av med pensjon.



**Eline Thornquist**

Fysioterapeut, spesialist i psykiatrisk og psykosomatisk fysioterapi, professor II Universitetet i Tromsø, Avdeling for sykepleie og helsefag

Det kan nevnes at etter Braatøys død i 1953, samarbeidet Bülow-Hansen videre med psykiater Nils Houge og allmennpraktiker Thoralf Hødahl. Dette var et samarbeid hun selv fremholdt som viktig for at arven fra tiden med Braatøy skulle bevares og videreføres.\*

Siden Braatøys tanker og tekster har hatt stor innflytelse på den psykomotoriske tradisjon, vil jeg knytte en kommentar til dem før jeg går videre.

#### Braatøys bidrag

Braatøys bøker er rike på detaljerte beskrivelser og praksisnære betraktninger (se spesielt 1–3). Gjennom en rekke pasienthistorier formidler Braatøy sin innsikt i samspillet mellom kroppslige og psykiske prosesser. Han poengterer hvor viktig det er fange opp pasienters meddelelser – de kroppslige som de verbale, og han gjør seg til talsmann for kliniske og kroppslige tilnærmingsmåter til ulike former for somatiske og psykiske problemer. Gang på gang under-

\* I de første tiårene foregikk opplæringen i stor grad i og gjennom praksis, kombinert med kortvarige kurs. Videreutdanningen ble gradvis utvidet, og mer strukturert og formalisert. Først foregikk den i regi av Norske fysioterapeuters forbund, fra 1990-årene ble den overført til det offentlige høyskolesystemet. Dagens videreutdanningsopplegg er preget av en integrering av teori og praksis, og foregår ved flere av landets høyskoler (Oslo, Tromsø og Trondheim). Veiledning i praksis og egenbehandling utgjør fortsatt en sentral del av utdanningen. I dag er det i underkant av 400 psykomotorikere i Norge. Flertallet arbeider i østlandregionen, men det er en viss spredning over hele landet. De fleste arbeider på private institutter, men stadig flere ansettes i offentlige institusjoner.



streker han betydningen av individualisering, av å forstå og møte den enkelte pasient – ikke kun som et eksemplar av arten x, y eller z. Bøkene kan leses som en oppfordring til å skjerpe sansene – «kunne se med ørene og lytte med øynene» (1), og videre til å hente kunnskap og perspektiver fra ulike fagområder.

Tankegrunnlaget i Braatøys bøker er omtalt og drøftet i en del publikasjoner (se for eksempel 4–6). Med dagens blikk er det lett å se svakheter ved denne litteraturen, som for eksempel at Braatøy skriver seg inn i en tradisjonell psykoanalytisk referanseramme som i dag er forlatt, og at han til dels opererer med (nevro)fysiologiske forklaringsmodeller som ikke lenger er holdbare. Videre berører han mange grunnlagsspørsmål på til dels uavklarte måter. Jeg går ikke inn i de mange og omfattende spørsmål som reiser seg i forlengelsen av Braatøys teorigrunnlag. Det viktigste i denne sammenheng er å få fram at Braatøy har bidratt til å utvide betydningen av kroppens rolle i menneskelig liv. Hans bøker fortjener derfor å bli lest også i dag.

### Navnet

På et tidlig tidspunkt ble behandlingen omtalt som «Avspenning ad modum Aadel Bülow-Hansen», men Bülow-Hansen ville ikke at den skulle knyttes til person. Den viktigste innvendingen faglig sett, er at ordet «avspenning» ikke dekker det behandlingen går ut på. Behandlingen dreier seg om en kroppslig *omstillingsprosess* der endringer av muskulære spenningsforhold inngår som en integrert del av en mer omfattende forandringsprosess. Psykomotorisk fysioterapi er altså noe annet og mer enn en avspenningsmetode.

Det første leddet *psykomotorisk* har vært gjenstand for mye diskusjon. Mange mener det er uheldig ved å antyde at det psykiske kommer først. Dessuten gir *motorisk* snevre assosiasjoner. En har imidlertid ikke funnet fram til et godt alternativ. Som i fysioterapi generelt, er det kroppen som er utgangspunkt og innfallsvinkel. Det spesielle med den psykomotoriske tilnærmingen er hvordan kroppen forstås, og hvordan kroppssynet gjenspeiler seg i praksis – i konkrete framgangsmåter og i tolkning av kroppslige forhold.

Betegnelsen psykomotorisk *behandling* ble brukt i flere tiår. For å tydeliggjøre at det var fysioterapeuter som benyttet denne form for tilnærming ble betegnelsen psykomotorisk *fysioterapi* introdusert på 80-tallet. Denne betegnelsen er også mer dekkende siden en behandling aldri settes i gang uten en forutgående undersøkelse.

I det følgende baserer jeg meg på skriftlige kilder og egne erfaringer fra ulike sammenhenger. Jeg legger vekt på fel-

lestrekkene i tenkning og praksis, og oppgir noen kilder som – til tross for ulikheter i form og innhold – kan sies å formidle kjernen i den psykomotoriske tradisjon (7–10).

### Vurderingsgrunnlag og indikasjonsområde

Psykomotorisk fysioterapi er basert på en forståelse av kroppen som en funksjonell og samspillende enhet. Det betyr i praksis at enhver undersøkelse og behandling omfatter hele kroppen uansett hva slags symptomer og plager pasienten har. Lokale problemer sees i sammenheng med kroppen som helhet, og en er opptatt av hvordan endringer ett sted skaper ringvirkninger i andre kroppsdelar og funksjoner.

Videre tas utgangspunkt i at kropp og følelser står i et gjensidighetsforhold til hverandre. De kliniske implikasjonene av dette er at kroppen betraktes som bærer av liv og historie, og at en i behandlingen spiller bevisst på at kroppen både uttrykker og regulerer følelser.

Alle faglige valg og vurderinger tas på grunnlag av det dynamiske vekselspillet internt i kroppen og mellom kropp og følelser. Her tillegges pasientens respirasjon spesielt stor betydning.

Behandlingen sikter som nevnt mot en kroppslig omstillingsprosess. Respirasjonsomstillingen er det viktigste momentet i behandlingen. Den settes igang på indirekte vis, ikke via aktive respirasjonsøvelser og dirigering av pusten.

Indikasjonsområdet for psykomotorisk fysioterapi er først og fremst alle former for belastningslidelser og funksjonsproblemer i muskelskjelett-systemet, såkalte psykosomatiske sykdommer og mindre alvorlige former for psykiske lidelser. I løpet av de omtrent 60 årene denne spesielle behandlingsformen har vært praktisert, har det vist seg at den har hatt god virkning for mennesker med andre plager også. I dag arbeider psykomotorikere med et bredt spekter av funksjonsproblemer: kroniske smertetilstander, revmatiske lidelser, astma og andre former for pustebesvær, psykiske lidelser med ulik alvorlighetsgrad som spiseforstyrrelser, tabuiserte traumer, angst og depresjon.

Psykomotorikere er imidlertid lite opptatt av pasientenes diagnoser i og for seg. Det er først på grunnlag av en undersøkelse det er mulig å svare på om den enkelte pasient vil ha nytte av den omstilling en behandling innebærer.

### Mer om vurderingsgrunnlag og blikk

Sentrale spørsmål i all form for behandling er dette: Hva er det fagutøvere ser etter og med hvilket blikk? Hva er det viktig å tilpasse seg, og utfra hva slags forståelse?



Som det skulle fremgå over, betraktes kroppen som et sammensatt fenomen og som uttrykksfelt. Mange har forståelse for at kroppen uttrykker følelser; vi viser glede og sinne, sorg og fortvilelse.

Færre synes å ha erkjent at vi mennesker også kan bremse og regulere følelser og følelsesuttrykk med kroppen – med pust og muskulatur, bevegelser og stillinger. Det som ikke blir en protest og et skrik kan bli spenninger i legger, i strupe og kjeve, det vil si at følelsesuttrykket – utbruddet – bremses. Men det kan også dreie seg om en dypere og mer omfattende bremsing: Redselen som nesten tar overhånd kan bremses med pust og bevegelse, det vil si selve følelsen dempes før impulsen til skrik og protest melder seg. Slike tilpasninger skjer som regel ubevisst – og utenfor vår kontroll. Som Braatøy skriver, har vår kropp «lagt seg til vaner som vi ikke selv kan huske opprinnelsen til» (1938:30).

Muskelspenninger og tilbakeholdt respirasjon, bremsing av følelser og kroppslige uttrykk generelt, inngår i vanlig emosjonell og sosial tilpasning til egne og omgivelsenes forventninger og krav. Poenget er dette: Kroppslige vaner og væremåter har en funksjon i psykologisk og sosial forstand. Enhver spenning skal derfor ikke «fjernes» og oppstramete eller oppgitte kroppsholdninger, forsiktige eller anstrengte bevegelser heller ikke «korrigeres».

I blant kan vi alle trenge å bite tennene sammen, lukke oss for verden, holde protesten, skriket eller gråten tilbake, mens vi i andre situasjoner, sammen med andre mennesker, kan uttrykke oss fritt. På denne bakgrunn er det altså ikke et mål å være avspenst til enhver tid. Det som er viktig er å kunne veksle – kunne stå på, kunne beherske seg, men også å kunne gi etter, slippe seg til – avhengig av situasjon og sammenheng. Det er her nøkkelbegrepene i den psykomotoriske tradisjon – *fleksibilitet og omstillingsevne* – kommer inn i bildet. De viser til kroppslig frihet og ledighet, og det er kroppens/personens evne til variasjon og tilpasning en ser etter og orienterer seg ut fra i praksis.

Mangel på slik variasjon og tilpasning sees i sammenheng med kroppens rolle i *reguleringen* av vårt følelsesliv. Det er *gjensidigheten* mellom kropp og følelser som er så avgjørende å forstå: Kropp og følelser betraktes som gjensidig bindende og gjensidig frigjørende. Grovt og forenklet sagt: – Å slippe seg til kroppslig, er å slippe til følelser og følelsesuttrykk.

– Å bremse seg kroppslig, er å bremse og holde følelser og følelsesuttrykk tilbake.

Her vil jeg understreke at det ikke bare dreier seg om de sterke følelser og de dramatiske uttrykk, men også om

hverdagslivets små og store påkjenninger. Og jeg vil understreke tidsaspektet: Det er det *vedvarende* ved kroppslig bremsing og holdthet som er uheldig, og som kan føre til at kroppen mister fjæring, spenst og ledighet. Det kan i neste omgang bidra til utvikling av slitasjeforandringer i ledd, sener og muskulatur, og til forskjellige former for problemer – lokale som generelle, funksjonelle som strukturelle.

Dette bringer oss over til en viktig erkjennelse: Det som er funksjonelt i ett perspektiv, kan være ufunksjonelt i et annet perspektiv. Kroppslig bremsing og beredskap kan fortolkes som en form for funksjonell tilpasning og emosjonell beskyttelse, som en mer eller mindre hensiktsmessig tilpasning til påkjenninger i livet – til en vanskelig aktuell livssituasjon og/eller til tidligere traumatiske livserfaringer. Men kroppslig bremsing og kontroll vil over tid bidra til at kroppen belastes uhensiktsmessig. En ledig kropp i balanse gir seg selv gunstige impulser, og det ligger til rette for god kroppsbruk. Dersom kroppen derimot er holdt og i ubalanse, er det en tendens til at ubalanser forsterkes. Kroppen har hva som kan kalles en form for logikk, vi har å gjøre med henholdsvis positive og negative selvforsterkende prosesser. Å snu uheldige selvforsterkende prosesser er derfor viktig, men det er avgjørende hvordan dette skjer.

### Framgangsmåter

Ofte fremstilles behandlingen som en omstilling av kroppsholdning, muskulatur og pust, men en slik fremstilling er ufullstendig. Det er via kroppsholdning, muskulatur, pust og bevegelser en omstillingsprosess settes i gang, og i tråd med tenkningen som er skissert over, omfatter selve omstillingsprosessen mer enn forandringer i muskelskjelett-system og respirasjon. Som en integrert del av den kroppslige omstillingsprosessen skjer også følelsesmessige forandringer, og ofte endrer andre kroppslige funksjoner seg, ikke minst autonomt innerverte funksjoner, som temperaturregulering og fordøyelse.

Siden behandlingen er av inngripende karakter, legges det som nevnt vekt på en grundig undersøkelse før en eventuell behandling starter opp. Hensikten er få et inntrykk av kroppens/pasientens omstillingsevne. Undersøkelsen innebærer derfor samtidig en form for prøvebehandling ved at en forsøker å forandre og omstille kroppen. Forsøket er imidlertid moderat og forsiktig. Selve omstillingsprosessen ønsker en ikke å få i gang før en har vurdert om behandling er aktuelt.

Hvis undersøkelsen viser at pasienten er i en uttalt og lite omstillbar beredskapstilstand, blir en klassisk form for psykomotorisk behandling betraktet som kontraindisert. En regner i slike tilfeller med at forsøk på omstilling kan



aktivisere følelser og minner som kan være overveldende og vanskelig for pasienten å håndtere, og/eller at det fører til forsterkning av den kroppslige beredskapen, noe som i neste omgang kan gi ytterligere plager. Alternativet kan være andre former for fysioterapi, og/eller en kan bruke psykomotoriske prinsipper og legge vekt på forankring og stabilitet, ikke på omstilling.

I den klassiske formen for behandling går en langsomt fram, og behandlingsforløpet strekker seg gjerne over lengre tid. Vanligvis foregår behandling en gang i uken eller sjeldnere. Mellom hver behandling arbeider pasienten med øvelser og bevegelser for å understøtte og stabilisere den omstillingsprosessen som er satt i gang. Å endre kroppslige og følelsesmessige vane- og reaksjonsmønstre krever pasientens aktive deltakelse, og det er helt avgjørende å gi slike omstillingsprosesser tid.

### Virkemidler – prinsipper – spillet i behandlingen

Virkemidlene som brukes er bevegelser og øvelser, samt ulike former for massasje og sansestimulering. Massasjen omfatter forskjellige former for manuelle grep og passive tøy- og strekkebevegelser. Det som i første rekke skiller massasjen i psykomotorisk fysioterapi fra annen form for massasje, er grepenes forhold til pusten. Løsgjørende massasjegrep tilpasset pasientens respirasjon virker frigjørende, men massasje kan anvendes på mange måter, eksempelvis på tvers av pasientens respirasjonsrytme og med store utstrykningsgrep slik at den hovedsaklig virker beroligende og dempende, eller i et raskt tempo og med mer kraft for å stimulere kroppskontakt mm.

Øvelser er aktive og ledet aktive. Ikke minst benyttes lirkende rotasjons- og strekkbevegelser for å hjelpe og «modellere» pasienten inn i nye og mer hensiktsmessige stillinger og bevegelsesmønstre. Det legges vekt på å arbeide med pasientens forhold til tyngdekraft og underlag, og på å stimulere fri og uanstrengt strekk i kroppen. Å tilpasse innsats, og samspille med tyngdekraftens virkning på kroppen – å *la seg* bevege, slippe seg til uten å bremse bevegelsene – inngår i all behandling. Sjelden utøves bevegelser mot motstand.

Ensidig trening frarådes. Tanken er at dette kan bidra til å fastlåse uheldige spennings- og bevegelsesmønstre og vanskeliggjøre omstillingsprosessen. Pasientene oppfordres derimot til variert aktivitet – gå, sykle, svømme.

To behandlingsprinsipper fremholdes ofte:

- Enhver behandling inkluderer hele kroppen. Det følger av tenkningen om kroppen som en funksjonell og sam-

spillende enhet. Gode spennings-, belastnings- og balanseforhold kan ikke etableres ett sted uavhengig av forhold i kroppen forøvrig. En veksler derfor mellom direkte og indirekte påvirkning av lokale og generelle forhold i den hensikt å fremme gunstige samvirkende prosesser.

- Det andre hovedprinsippet er at enhver behandling starter med bena – med fundamentet. Å etablere god forankring – å stå godt på egne ben – i bokstavelig og opplevelsesmessig forstand, anses som forutsetninger for fri funksjon.

Hvordan pasienten reagerer, bestemmer omstillingens omfang og tempo. Alle slags kroppslige og verbale reaksjoner betraktes som potensielt viktige. Størst vekt tillegges som nevnt pasientens måte å puste på. Det er frihet og spontanitet i pusten terapeuten hele tiden ser etter og tilpasser seg.

Spillet i behandlingen kan antydes: Reagerer pasienten for eksempel på løsgjøring av mimikk med fleksjonstendens i bena og tilbakeholdt pust, tolkes det som uttrykk for at han/hun trenger sin kroppslige beskyttelse. Terapeuten følger opp med å gå tilbake til bena og arbeider med stabilitet og forankring. Svarer pasienten derimot med frigjørende sukk og frie strekkbevegelser, går en videre med frigjørende behandling, løsgjøring og strekkstimulering. Blir pasienten urolig og sover dårlig etter behandlingen, og/eller lukker seg kroppslig med pust, muskulatur og bevegelser eller reagerer med autonome reaksjoner, reguleres behandlingen ved å legge mer vekt på virkemidler som fremmer forankring og stabilitet, det vil si det legges vekt på vekt bærende stillinger og aktive øvelser med vekslende muskelarbeid og holdefunksjoner, og lite på benkebehandling med massasje, strekkstimulering og øvelser med passive avspenningsmomenter.

Det en tilstreber i behandlingen er en kropp i bevegelig balanse, det vil si en kropp som er stabil og stødig, samtidig som den er ledig – en kropp som samspiller med, og hverken bremser eller siger sammen av tyngdekraftens virkning på kroppen. Kontrasten er såvel en oppstrammet og stiv kropp, som en aktivt lukket og sammenkrøket kropp, og en mer oppgitt og sammensunket kropp.

Å opprettholde stående og sittende stilling krever relativt liten muskulær innsats hvis ledd er i mellomstilling og kroppssegmentene i god balanse i forhold til hverandre. En rank og ledig kroppsholdning gir ledd og muskulatur, sirkulasjon og respirasjon gunstige betingelser, og representerer skånsom belastning av ulike vevsstrukturer samtidig som den gir adekvat stimulering av proprioepsjon. En kropp i bevegelig balanse innebærer store frihetsgrader



for postural tilpasning og kontroll, i motsetning til både oppstrammende og oppgitte kroppsholdninger.

Gode – det vil si stabile og dynamiske – utgangstiltinger er bestemmende for kvaliteten av alle bevegelser, for kroppens innstilthet overfor en oppgave, for koordinert arbeid i ulike kroppsdelar (tenk for eksempel på skulder/arm bevegelser i forhold til kroppens posisjon og justeringsevne).

Begrunnelser for en del av det kroppslige samspillet som her er antydning, kan en finne i forskjellige naturvitenskapelige fagområder, spesielt i biomekanikk, (nevro)fysiologi og nevrobiologi. Vi berører kunnskap som står sentralt i fysioterapi generelt, og referansene som kunne oppgis er utallige. Det jeg vil fremheve i denne sammenheng er at den psykomotoriske tradisjonen ikke ser bort fra slik kunnskap, men setter den inn i en spesiell sammenheng. Å være i kroppslig balanse kan i et psykomotorisk perspektiv ikke forstås uavhengig av personens aktuelle livssituasjon og tidligere erfaringer. Vi er tilbake til grunnlaget i tradisjonen.

Litteraturliste fåes ved henvendelse til forfatteren:  
Eline.Thornquist@fagmed.uit.no

Norsk arbeidsmedisinsk forening i samarbeid med Norsk lungemedisinsk forening inviterer til kurs om

## Arbeidsbetingete obstruktive lungesykdommer

Svalbard 18.–22. april 2007

Henrik Nordman fra Helsinki vil forelese om astma og Kjell Torén fra Göteborg om KOLS. Dessuten blir det noen norske innslag og anledning til gruvebesøk for den som vil.

Kurset søkes godkjent for arbeidsmedisin, lungemedisin og allmennmedisin.

KURSKOMITE: Malcolm Sue-Chu, Bjørn Hilt, Knut Erik Andersen og Håkon Lasse Leira.

Det vil bli rikelig tid til å oppleve Svalbard under kurset.

NÆRMERE OPPLYSNINGER:  
Kontakt Håkon Lasse Leira 91847971

FORELØPIG PÅMELDING TIL:  
Eli Berg Hansen  
Den norske lægeforening  
eli.berg.hansen@legeforeningen.no

## Cipralax® "Lundbeck"

Antidepressivum

ATC-nr.: N06A B10

Tabletter, filmdrasjerte 5 mg og 10 mg: Hver tablett inneholder: Escitalopramsalat tilsv. escitalopram 5 mg, resp. 10 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: Titandioksid (E 171). Tabletter 10 mg med delestrek.

Dråper, oppløsning 10 mg/ml: 1 ml (20 dråper) inneholder: Escitalopramsalat tilsv. escitalopram 10 mg, natriumhydroksid, renset vann.

Indikasjoner: Behandling av depressive episoder. Behandling av panikklidelse med eller uten agorafobi. Behandling av sosial fobi. Behandling av generalisert angstlidelse.

Dosering: Sikkerheten av doser på over 20 mg daglig er ikke undersøkt. Administreses som 1 enkelt dose daglig og kan tas med eller uten mat. Dråper kan blandes med vann, appelsinjuice eller eplejuice. Depressive episoder: Normal dosering er 10 mg 1 gang daglig. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til maks. 20 mg daglig. Vanligvis er 2-4 ukers behandling nødvendig for å oppnå antidepressiv respons. Etter bedring av symptomene bør behandlingen fortsette i minst 6 måneder for å vedlikeholde effekten. Panikklidelse med eller uten agorafobi: Anbefalt startdose er 5 mg daglig den første uken, før dosen økes til 10 mg daglig. Dosen kan økes til maks. 20 mg daglig avhengig av individuell respons. Maks. effekt nås etter ca. 3 måneder. Behandlingen varer i flere måneder. Sosial fobi: Anbefalt dose er 10 mg daglig. Symptomlindring oppnås vanligvis først etter 2-4 ukers behandling. Avhengig av individuell respons, kan dosen deretter reduseres til 5 mg eller økes til maks. 20 mg daglig. Sosial fobi er en sykdom med et kronisk forløp og 12 ukers behandling anbefales for å vedlikeholde respons. Langtidsbehandling av respondere er undersøkt i 6 måneder, og har vist seg på individuell basis å hindre tilbakefall. Effektiv av behandlingen bør vurderes regelmessig. Generalisert angstlidelse: Startdose er 10 mg 1 gang daglig. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til maks. 20 mg daglig. Langtidsbehandling av respondere er undersøkt hos pasienter som fikk 20 mg daglig i minst 6 måneder. Behandlingseffekt og dosering bør vurderes med jevne mellomrom. Eldre >65 år: Halvparten av normalt anbefalt startdose og en lavere maksimal dose bør vurderes. Barn og ungdom <18 år: Bør ikke brukes. For pasienter med mild eller moderat nedsatt leverfunksjon anbefales en startdose på 5 mg daglig de første 2 behandlingsukene. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til 10 mg daglig. Forsiktighet og ekstra omhyggelig dosetitrering anbefales til pasienter med alvorlig nedsatt leverfunksjon. En startdose på 5 mg daglig de første 2 behandlingsukene anbefales for pasienter som er kjent som sakte metaboliserere av CYP 2C19. Avhengig av individuell respons kan dosen økes til 10 mg daglig. Når behandlingen avsluttes bør dosen gradvis reduseres over 1-2 uker for å unngå mulige seponeringsreaksjoner.

Kontraindikasjoner: Overfølsomhet overfor escitalopram eller et eller flere av hjelpestoffene. Samtidig bruk av ikke-selektive MAO-hemmere.

Forsiktighetsregler: Bruk hos barn og ungdom under 18 år: Bør ikke brukes. Suicidrelatert oppførsel (suicidforsøk og suicidale tanker), og fiendtlighet (særlig aggresjon, opposisjonell adferd og sinne), er sett oftere hos barn og ungdom behandlet med antidepressiva. Dersom en ut fra et klinisk behov likevel bestemmer seg for å behandle, bør pasienten overvåkes nøye med hensyn til suicidale symptomer. Tillegg foreligger det ikke langtids sikkerhetsdata hos barn og unge med hensyn til vekst, modning samt kognitiv- og adferdsutvikling. En økning i angstsymptomer avtar vanligvis innen de 2 første behandlingsukene. Lav startdose kan redusere symptomene. Escitalopram bør unngås hos pasienter med ustabil epilepsi. Preparatet bør brukes med forsiktighet hos pasienter med mani/hypomani i anamnese, og bør seponeres dersom en pasient går inn i en manisk fase. Escitalopram kan påvirke glukosekontrollen hos diabetikere. Det kan være nødvendig å justere dosen med insulin og/eller perorale antidiabetika. Depresjon assosieres med en økt risiko for selvmordstanker, selvskadning og selvmord. Risikoen vedvarer etter avsluttet behandling. Siden bedring kanskje ikke inntreffer de første ukene med behandling, bør pasienten følges opp nøye i denne perioden. Det er en generell klinisk erfaring ved behandling med alle antidepressiva at risikoen for selvmord kan øke i tidlig behandlingsfase. Det kan også være en økt risiko for selvmordsadferd ved avsluttet behandling hos escitalopram brukes. Disse tilstandene kan være komorbide med depressiv lidelse. De samme fysiske reglene som følges ved behandling av pasienter med depressive lidelser bør derfor følges når en behandler pasienter med andre psykiske sykdommer. Pasienter som tidligere har hatt selvmordsadferd eller selvmordstanker, eller som uttrykker sterk grad av selvmordsadferd før behandlingsstart, har en høyere risiko for selvmordstanker eller selvmordsforsøk, og bør følges opp nøye under behandlingen. Det er utilstrekkelige data angående risiko for selvmordsrelatert adferd ved behandling av tidligere ubehandlede pasienter, men nøye oppfølging bør sikres. Pasienter (og pårørende) bør informeres om at det er viktig å observere om det oppstår selvmordstanker/adferd eller tanker om selvskadning, og at de må søke medisinsk hjelp øyeblikkelig hvis slike symptomer oppstår. Forsiktighet anbefales hos pasienter med risiko for hyponatremi, som eldre, cirrhotiske pasienter eller pasienter som samtidig behandles med legemidler som kan gi hyponatremi. Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av orale antikoagulantia og legemidler kjent for å påvirke blodplatefunksjonen (f.eks. atypiske antipsykotika og fenotiaziner, de fleste trykkliske antidepressiva, acetylsalisylsyre og ikke-steroid antiinflammatoriske midler (NSAIDs), tiklopidin og dipyridamol), og hos pasienter med kjent blødningsyndes. Pga. begrenset klinisk erfaring anbefales forsiktighet ved samtidig bruk av escitalopram og ECT. Kombinasjonen av escitalopram med MAO-A-hemmere anbefales generelt ikke pga. risikoen for serotonergt syndrom. Forsiktighet anbefales hvis escitalopram brukes samtidig med legemidler med serotonerge effekter slik som sumatriptan eller andre triptaner, tramadol og tryptofan. Samtidig bruk av escitalopram og urtepreparater som inneholder johannesurt (Hypericum perforatum) kan gi økt risikoen for uønskede effekter. Forsiktighet anbefales hos pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (CLCR <30 ml/minutt). Escitalopram påvirker ikke intellektuelle funksjoner og psykomotoriske evner. Pasienten bør likevel informeres om den mulige risikoen for at evnen til å kjøre bil og bruke maskiner kan påvirkes.

Interaksjoner: Tilfeller av alvorlige reaksjoner er rapportert hos pasienter behandlet med SSRI i kombinasjon med en ikke-selektiv monaminoksidasehemmer (MAOH), og hos pasienter som nylig har avsluttet SSRI-behandling og påbegynt MAOH-behandling. I noen tilfeller utviklet pasienten serotonergt syndrom. Behandling med escitalopram kan starte 14 dager etter avsluttet behandling med irreversibel MAOH (selegilin) og minst 1 dag etter avsluttet behandling med den reversible MAOH (RIMA) moklobemid. Det bør gå minst 7 dager etter avsluttet escitaloprambehandling før behandling med ikke-selektiv MAOH påbegynnes. Pga. risiko for serotonergt syndrom er kombinasjonen med MAO-A-hemmer ikke anbefalt, og kombinasjon med selegilin (irreversibel MAO-B-hemmer) krever forsiktighet. Samtidig administrering med serotonerge legemidler (f.eks. tramadol, sumatriptan og andre triptaner) kan føre til serotonergt syndrom. Forsiktighet anbefales ved samtidig bruk av andre legemidler som kan senke krampetterskelen (f.eks. andre antidepressiva (trykkliske, SSRI), neuroleptika (fentiaziner, tioxantener og butyrofenoner), meflokin og bupropion. Det foreligger rapporter på forsterkede effekter når SSRI har vært gitt samtidig med litium eller tryptofan. Forsiktighet bør derfor utvises når escitalopram kombineres med disse legemidlene. Kombinasjon med alkohol anbefales ikke. Forsiktighet anbefales ved samtidig administrering av legemidler som metaboliseres via CYP 2C19. Samtidig administrering med omeprazol 30 mg daglig (CYP-2C19 hemmer) ga moderat (ca. 50%) økning i plasmakonsentrasjonen av escitalopram. Samtidig administrering av escitalopram med cimetidin 400 mg 2 ganger daglig (moderat potent generell enzymhemmer) ga en moderat (ca. 70%) økning i plasmakonsentrasjonen av escitalopram. Forsiktighet bør derfor utvises når escitalopram tas samtidig med CYP 2C19-hemmere (f.eks. omeprazol, esomeprazol, fluvoksamin, lansoprazol, tiklopidin) eller cimetidin. Det kan bli nødvendig å redusere dosen av escitalopram basert på klinisk monitoring av bivirkninger ved samtidig behandling. Escitalopram er en hemmer av CYP 2D6. Forsiktighet anbefales når escitalopram gis samtidig med legemidler som i hovedsak metaboliseres via dette enzymet, og som har smal terapeutisk indeks, som f.eks. flekainid, propafenon og metoprolol (ved hjertesvikt) eller enkelte CNS-sekresjoner. I hovedsak metaboliseres via CYP 2D6, f.eks. antidepressiva som desipramin, klomipramin og nortriptylin, eller antipsykotika som risperidon, tioridazin og haloperidol. Justering av dosen kan være nødvendig. Samtidig administrering med CYP 2D6-substratene desipramin eller metoprolol ga en dobling av plasmakonsentrasjonen av disse to.

Graviditet/Amming: Overgang i placenta: Det foreligger bare begrensede kliniske data for escitalopram brukt under graviditet. I reproduksjonstoksikologiske studier hos rotter viste escitalopram embryo-føtotoksiske effekter, men ingen økt risikoen for misdannelser. Bør derfor ikke brukes under graviditet uten at det er helt nødvendig og etter nøye vurdering av nytte/risiko. Bruk av SSRI i tredje trimester kan føre til seponeringssymptomer, inkludert organisk betingede adferdsforstyrrelser hos den nyfødte. Følgende var rapportert hos nyfødte når gravide brukte SSRI helt fram til fødselen: Irritabilitet, tremor, hypertoni, økt muskeltonus, vedvarende gråt, di- og søvnvansker. Dette kan enten være tegn på serotonerge effekter eller seponerings-syndrom. Den nyfødte bør observeres hvis moren har brukt escitalopram sent i svangerskapet. Behandlingen må aldri avsluttes brått hvis SSRI brukes under svangerskapet. Overgang i morsmelk: Det forventes at escitalopram går over i morsmelk. Amming anbefales derfor ikke under behandling.

Bivirkninger: Bivirkninger er vanligst i første eller andre uke av behandlingen og avtar vanligvis i intensitet og frekvens ved fortsatt behandling. Svimmelhet, hodepine og kvalme er observert hos noen pasienter etter brå seponering av escitalopram. De fleste symptomene var milde og forbigående. For å unngå seponeringsproblemer anbefales en gradvis nedtrapping over 1-2 uker. Hyppige (>1/100): Gastrointestinale: Kvalme forekommer svært hyppig. Diaré, forstoppelse. Hud: Økt svette. Luftveier: Sinusitt, gjesping. Metabolske: Redusert appetitt. Psykiske: Nedsatt libido hos kvinner og menn, anorgasme hos kvinner. Sentralnervesystemet: Søvnløshet, sømnlens, svimmelhet. Urogenitale: Ejakulasjonsforstyrrelser, impotens. Øvrige: Trethet, feber. Mindre hyppige: Gastrointestinale: Oppkast, munntørhet, anoreksi. Hud: Utslett, ekkymer, kløe, angioedem, svette. Lever: Avvikende leverfunksjonsprøver. Metabolske: Hyponatremi, utilstrekkelig ADH-sekresjon. Muskel-skjelett-systemet: Leddmerter, muskelsmerter. Neurologiske: Krampor, tremor, koordinasjonsproblemer, serotonergt syndrom. Psykiske: Hallusinasjoner, mani, forvirring, agitasjon, angst, depersonalisering, panikkanfall, nervøsitet. Sentralnervesystemet: Smaksforandringer, søvnforstyrrelser. Sirkulatoriske: Postural hypotensjon. Syn: Synsforstyrrelser. Urogenitale: Urinretensjon. Galaktoré, seksuelle bivirkninger inkl. impotens, ejakulasjonsproblemer, anorgasmi. Øvrige: Insomnia, svimmelhet, utmattelse, tretthet, anafylaktisk reaksjon.

Overdosering/Forgiftning: Doser på 190 mg escitalopram er tatt uten at alvorlige symptomer er rapportert. Symptomer: Symptomer på overdose med racemisk citalopram (>600 mg): Svimmelhet, tremor, agitasjon, sømnlens, bevisstløshet, krampor, takykardi, EKG-enderinger med ST-T-enderinger, utvidet QRS-kompleks, forlenget QT-intervall, arytmi, respirasjonsdepresjon, oppkast, rabdomyolyse, metabolsk acidose, hypokalemi. Det antas at overdose med escitalopram vil gi lignende symptomer. Behandling: Ingen spesifikk motgift. Etabler og oppretthold frie luftveier, adekvat oksygenering og ventilering. Maveskylling bør utføres så raskt som mulig etter tablettinntak. Bruk av medisinsk kull bør vurderes. Overvåkning av hjertefunksjonen og vitale funksjoner sammen med generell symptomatisk behandling anbefales. Oppbevaring og holdbarhet: Flasken oppbevares ved høyst 25 °C etter at den er åpnet. Oppbevares i ytteremballasje for å beskytte mot lys. Dråpene brukes innen 16 uker etter at flasken er åpnet.

Pakninger og priser: Tabletter 5 mg: Enpac: 28 stk. kr. 133,10, 10 mg: Enpac: 28 stk. kr. 201,00, 98 stk. kr. 626,80, 200 stk. kr. 1243,40, Endose: 49 stk. kr. 330,60, Dråper: 28 ml kr. 283,60, T: 18b).

Refusjon: Behandlingen bør være instituert i psykiatrisk sykehusavdeling eller poliklinikk eller av spesialist i psykiatri, og for den videre forskrivning bør det foreligge erklæring fra slik instans om at det er indisert å fortsette behandlingen ambulant. For fortsatt forskrivning utover 1 år bør det foreligge årlig fornyet erklæring fra instans som nevnt.

Sist endret: Januar 2006