

# Selektiva serotoninantagonister (SSRI) - behandling

---

## Hitta i dokumentet

[Indikation](#)[Tillgängliga preparat](#)[Biverkningar](#)[Interaktioner](#)[Försiktighet](#)[Förberedelser](#)[Insättning](#)[Kontroller](#)[Utvärdering](#)[Utsättning](#)[Uppdaterat från föregående version](#)

---

## Indikation

Tvångssyndrom, ångestsyndrom, depression och bulimi.

Vid **tvångssyndrom** är kognitiv beteendeterapi (KBT) med exponering förstahandsvalet. Detta kan ibland behöva kompletteras med SSRI för att stödja KBTn. Vid svåra tvångssyndrom är dokumentation av effekt god men ska kombineras med beteendeträning.

Vid **ångestsyndrom** är dokumentationen för SSRI god. För lindrig till medelsvårt ångestsyndrom är KBT förstahandsval. Vid medelsvårt till svårt ångestsyndrom bör kombinationsbehandling KBT med SSRI övervägas som förstahandsval. Detta gäller särskilt vid social fobi och vid samsjuklighet med depression.

Vid **depression** finns bra dokumentation för fluoxetin, hygglig för sertralin, escitalopram och duloxetin. Många med lindrig till medelsvår depression blir bra på placebo varför behandling med SSRI aldrig ska inledas vid första besöket och helst föregås av psykoedukativt stöd under 6-8 veckor. SSRI kan sättas in i tidigare skede vid djup depression, självmordsproblematik, återinsjuknande i depression eller vid depressiv psykos.

## Tillgängliga preparat

Fluoxetin (Fluoxetin®), sertralin (Zoloft®), escitalopram (Cipralax®) och för depression som 2a-3e handsmedel även duloxetin (Cymbalta®) där fluoxetin har mycket lång halveringstid på 7 dagar medan sertralin och escitalopram ligger på ca 1 dygn och duloxetin på 12 timmar. Duloxetin är ett s.k. SNRI (serotonin-noradrenalin återupptagshämmare)

## Biverkningar

Agitation, aggressivitet, mani, sömnstörning, ökad ångest, huvudvärk, yrsel, nedsatt sexualitet, svettningar, illamående, muntorrhet, trötthet, viktökning, amotivationssyndrom, tremor, akatisi, hyperprolaktinemi (med flera hypodopaminerga symptom) och lätt ökad blödningsrisk. SSRI vid depression, men inte vid ångestsyndrom eller OCD, har visats öka risken för tankar att skada sig eller självskadebeteende hos 1/50 behandlade. Misstankar finns om hämmad längdtillväxt, i synnerhet under tillväxtpurt i 13–15 års ålder, och försenad sexuell mognad. Utsättningsbesvär liknar

biverkningar och kan besvära under veckor efter behandlingen avslutats. Fluoxetin kan oftast avslutas tvärt utan utsättningsbesvär. Sertralin ger mer magbesvär och bör därför tas med mat, åtminstone initialt. Sertralin, men ibland även escitalopram, kan ge viktökning på sikt. Duloxetin kan ge mer illamående, kräkning och huvudvärk. Duloxetin kan vara ett bättre alternativ om behandling med SSRI medfört besvärande agitation, sexuella biverkningar eller påverkan på längdtillväxten.

## Interaktioner

Främst fluoxetin hämmar kraftigt CYP2D6. Därigenom ökas nivåer av de flesta neuroleptika, atomoxetin men även SSRI-preparat. Obs fluoxetin kvarstår i veckor-månad. Metylfenidat minskar nedbrytning av SSRI det vill säga nivåerna av SSRI stiger och dos SSRI behöver eventuellt nedjusteras. Duloxetin hämmar något CYP2D6 och samtidiga nivåer av risperidon eller atomoxetin kan då stiga.

## Försiktighet

SSRI kan leda till ökad agitation, ångest, risk för självmordshandlingar samt till hypomant överslag om depressionen visar sig vara bipolär. Det krävs därför tydlig information om dessa risker och tät kontakt med patient och närstående under inledningsfasen av behandlingen. Citalopram/cipralext max 40/20 mg pga QT förlängning och ska ej ges med annat läkemedel som riskerar att öka QT-tiden.

## Förberedelser

Vikt, längd (inandning+huvud lätt bakåtböjt och anges också som åldersnormerat z-värde) och tremor. Information till patient och närstående om biverkningsmönstret. Vid depression bör en skattningsskala (QIDS-A<sub>17</sub> –SR eller MADRS-S) användas som komplement till klinisk värdering av depressionsgrad i utgångsläget. Skattningsskala kan även underlätta utvärdering vid OCD och ångestsyndrom.

## Insättning

Börja lågt: Ex barn fluoxetin 5 mg under 1a veckan, tonåring fluoxetin 10 mg under 1a veckan. För tonåring sedan 20 mg i 3 v. Om ej effekt resp biverkningar ökas sedan med 10 mg var 2-3 v. tills effekt/biverkning. Om man ska gå över dos motsvarande fluoxetin 40 mg bör biverkningar ha uteslutits och diagnos/samsjuklighet omvärderats. För escitalopram är startdos för tonåring 5 mg i en vecka sedan 10 mg dagligen och för sertralin 25 respektive 50 mg. För yngre barn är startdos escitalopram 2,5 mg och sertralin 12,5 mg. Escitalopram och sertralin kan behöva ges två gånger dagligen för unga med snabb metabolism av läkemedlet för att minska biverkningar. Detta kan bli aktuellt vid dygnsdoser av 20 mg escitalopram eller 150 mg sertralin men även från start för yngre barn. För duloxetin är startdos 20 mg x 2 eller 30 mg x 1 och måldos 60 mg initialt uppdelat på två dostillfällen pga den kortare halveringstiden. Övergång till engångsdosering kan ske efter att tolerabilitet visats. Tobaksrökning halverar serumnivåer av duloxetin och doser kan därvid behöva anpassas.

## Kontroller

Varje vecka under första månaden ska patient eller närstående tillfrågas per telefon/besök/blå appen om symptom på tydligt besvärande agitation, ångest, suicidalitet, hypomani, svår sömnstörning eller annan allvarlig försämring. Detta ska upprepas ca 2-3 veckor efter varje dosökning och då inklusive symptomnivå. Längden (z-värde) ska kontrolleras var 6 månad och jämföras med åldersnormerad tillväxt enligt kurva. När sjuksköterska med delegation ska ta över uppföljning och dositering av SSRI medicinering så bör första besöket ske personligt och sedan får omständigheterna avgöra i vilken mån det sker per telefon eller vid besök. OBS att biverkningar ska gås igenom FÖRE medicinering då många har liknande besvär redan i utgångsläget. Sjuksköterska kan själv hålla i dositering upp till fluoxetin 40 mg (sertralin till 150, escitalopram till 20 mg och duloxetin 60 mg), därefter i samråd med läkare.

## Utvärdering

Behandling med SSRI bör utvärderas efter en månad och sedan senast efter två månaders behandling från insättning av preparatet. Större delen av effekten ses inom fyra veckor men dositering i flera steg kan innebära att två månader krävs för att nå optimal dos under fyra veckor. Vid utvärdering bör klinisk värdering av effekt kombineras med utvärdering med skattningsskala (exempelvis MADRS-S eller QIDS-A<sub>17</sub>-S) där man jämför med symtomen före start av medicineringen. Biverkningar av medicinering ska också värderas och ställas mot nyttan. Förskrivande läkare är ansvarig för beslutet om att avsluta eller fortsätta behandlingen med SSRI.

## Utsättning

Utsättning av sertralin escitalopram och duloxetin bör ske successivt och inledas med en halvering under två veckor och sedan ytterligare en halvering om dosen varit hög alternativt avbrytande medan fluoxetin kan avbrytas abrupt pga den långa halveringstiden.

### Uppdaterat från föregående version

Kontroller veckovis i samband med insättning av SSRI är förtydligade att avse allvarliga biverkningar eller försämring och skiljs tydligare från övergripande utvärdering av läkemedlets effekt och biverkningar efter 4 veckor samt efter att bästa dos ställts in. Duloxetin är tillagt som ett 2a-3e handsmedel vid depression och även som alternativ ifall agitation, sexuella biverkningar eller hämmad längdtillväxt komplicerar behandlingen med ett SSRI.

Setralinets ökade benägenhet att ge magbiverkningar är beskrivet samt även risken för viktökning på sikt, vilket även kan ske vid behandling med escitalopram.