



**AALBORG UNIVERSITY**  
DENMARK

**Aalborg Universitet**

## **Selvskade - hvad er det og hvordan behandles det?**

Møhl, Bo; Møhl Schack, Malthe

*Published in:*  
Best Practice

*Publication date:*  
2012

*Document Version*  
Tidlig version også kaldet pre-print

[Link to publication from Aalborg University](#)

*Citation for published version (APA):*  
Møhl, B., & Møhl Schack, M. (2012). Selvskade - hvad er det og hvordan behandles det? *Best Practice*, 5, 14-22.

### **General rights**

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal -

### **Take down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us at [vbn@aub.aau.dk](mailto:vbn@aub.aau.dk) providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

# Selvskade

## – hvad er det, og hvordan behandles det?



### Af Bo Møhl,

adjungeret professor i klinisk psykologi,  
cand.mag., cand.psych.,  
specialpsykolog i psykiatri,  
specialist og supervisor i psykoterapi,  
Psykiatrisk Center København



### Malthe M. Schack,

B.Sc.pharm., scholarstipendiat,  
Institut for Farmaci og Analytisk Kemi,  
Københavns Universitet

**Videnskabelige undersøgelser**, erfaringer fra klinikere og medierne kan alle bekræfte en stigning i forekomsten af selvskade specielt blandt yngre.<sup>1,2</sup> Specielt cutting og det at slå eller brænde sig selv forekommer langt hyppigere i dag end for blot få år siden selv blandt helt almindelige velfungerende unge.

Fænomenet har påkaldt sig meget medieopmærksomhed, og flere kendte musikere og skuespillere har fortalt om deres erfaring med cutting, hvilket kan være medvirkende til, at cutting er blevet trendy i visse dele af ungdomskulturen. Selvskade er derfor ikke længere udelukkende et symptom på psykisk sygdom eller en kaotisk opvækst med omsorgssvigt eller seksuelt misbrug, som det fremgår af ældre undersøgelser.<sup>3</sup>

### Hvad er selvskade?

Man kan skelne mellem direkte og indirekte selvskade.

- Direkte selvskade kan defineres som en bevidst, socialt uacceptabel adfærd, der umiddelbart medfører fysisk skade og/eller smerte, udført uden hensigt om at tage sit eget liv (selvmord), men med det be-

vidste eller ubevidste formål at opnå intrapsyke og/eller interpersonel forandring. Med denne definition udelukkes alle de mange former for selvskade, som er udført af for eksempel religiøse grunde eller som en del af en kulturel iscenesættelse (for eksempel overgangsriter), der er socialt acceptabelt. Definitionen udelukker også for eksempel piercing og tatoveringer, som efterhånden er blevet almindeligt blandt danske unge.

- Indirekte selvskade kan defineres som en adfærd, hvor skaden ikke optræder her-og-nu, men er forsinket eller er et resultat af akkumulering (eksempelvis misbrug eller spiseforstyrrelser). Selv om funktionen og motivationen kan være den samme,<sup>4</sup> er forskellene blandt andet, at den, der udfører indirekte selvskadende handlinger sjældent har intention om at skade sig selv.<sup>5</sup> Den unge pige, der holder en streng diæt og motionerer flere timer om dagen, opfatter ikke dette som en skadelig handling – tværtimod gør hun det, fordi hun vil være sund eller leve op til kulturens skønhedsideal. Den unge mand, der drikker sig fra sans og samling, kommer i slagsmål og har usikker sex, opfatter hel-



ler ikke sig selv som selvskadende – han gør det for at have det sjovt, og måske fordi hans kammerater også gør det, og han har ingen intentioner om at skade sig selv.

I det følgende vil vi primært fokusere på direkte selvskade. Den hyppigste form for direkte selvskade er den impulsive overfladiske type som eksempelvis cutting, brænding og at slå sig selv, som kan give en hurtig, men kortvarig lettelse af en indre spænding (affektregulering). Selvskaden kan udløses af forskellige følelser som selvhad, vrede mod andre, forladthedsangst, tomhedsfølelser eller håbløshed og bunder ofte i et ønske om at opnå en følelse af kontrol.

En 19-årig kvinde har skåret sig gennem godt et år for at regulere sine følelser (affektregulering). Når hun føler sig anspændt eller tom, skærer hun sig, og umiddelbart efter føler hun lettelse. I perioder sker dette flere gange dagligt, og hun giver udtryk for at være afhængig af at skade sig selv. Selvskade er blevet hendes dominerende copingstrategi, som hun gør brug af, når hun oplever problemer.

Direkte selvskade kan også antage stereotype eller tvangsmæssige former som for eksempel skin-picking, hvor personen finder uregelmæssigheder i sin hud, som vedkommende så forsøger at fjerne, eller trichotillomani, hvor personen trækker hår ud fra hovedbund, øjenvipper og -bryn eller området omkring

kønsorganerne. Endelig kan selvskade forekomme i mere alvorlige og dramatiske former som for eksempel at brække lemmer eller amputationer, der i modsætning til ovennævnte ofte er forbundet med psykotiske tilstande. Kronisk selvskadende adfærd er forbundet med såvel psykiatriske som somatiske komplikationer og bør derfor forsøges behandlet så hurtigt som muligt.

### Prævalens

En nyere dansk undersøgelse af selvskade hos gymnasieelever viser, at 21,5% på et tidspunkt i deres liv direkte har skadet sig selv, og 16,2% har gjort det indenfor det seneste år.<sup>6</sup> Amerikanske undersøgelser viser, at risiko for selvskade er speciel høj for college-studerende, hvor man har fundet prevalenstal på 17-35%.<sup>7</sup> I ikke-kliniske populationer forekommer selvskade lige hyppigt hos kvinder og mænd, hvis man udelukker suicidalforsøg - for eksempel ved indtagelse af en overdosis medicin. Her dominerer kvinderne. Imidlertid skader de to køn sig selv på forskellige måder. Kvinder scorer højest på cutting, mens mænd scorer højest på at brænde eller slå sig selv.<sup>5,8</sup>

Selvskade er et non-specifikt symptom, da det kan forekomme hos almindelige stort set velfungerende unge og hos personer med psykisk sygdom. Psykopatologi øger risikoen for selvskade. Omkring 70% af alle patienter med borderline personlighedsforstyrrelse har selvskadende adfærd,<sup>9</sup> og selvskade er et af



kriterierne for borderline personlighedsforstyrrelse. Blandt patienter med spiseforstyrrelser er selvskade fundet hos 26-55% af alle med bulimi, hos 27-61% med binge eating og hos 13-42% med anorexi.<sup>9</sup> En øget risiko forekommer desuden hos patienter med misbrug, depressioner og dissociative lidelser. Blandt ungdomspsykiatriske patienter er der en forekomst af selvskadende adfærd fra 40% op til 80%.<sup>10</sup>

Selvskade debuterer gerne i de yngre år med bimodalt højdepunkt i alderen 12-14 og 18-19 år.<sup>9</sup> Tendensen er at se stadig yngre børn med selvskadende adfærd (tidligere debut), og det er ikke udsædvanligt at møde børn på 8-9 år med selvskadende adfærd. Nogle undersøgelser viser, at selvskade aftager med alderen,<sup>11</sup> mens andre undersøgelser viser, at dette ikke er tilfældet.<sup>12</sup>

### Patofysiologi

Patofysiologien er ikke kendt, men flere undersøgelser dokumenterer en højere smertetærskel hos selvskadende end hos ikke-selvskadende patienter.<sup>13</sup> Dette kan skyldes supersensitive opioidreceptorer eller forhøjede niveauer af endogene opioider.<sup>14</sup> Beta-Endorphin (BE) og Met-Enkephalin (ME) er endogene opioider med høj agonistisk affinitet til henholdsvis mu- og delta-receptorer.<sup>15</sup> Disse nedjusterer generelt opfattelsen af nociceptiv smerte og er blandt andet induceret under stress-induceret analgesia.<sup>16</sup> Anomalier i BE plasma og CSF koncentration synes at være et fællestræk blandt flere patienter med selvskadende adfærd.

Forhøjet niveau af BE i forhold til ATCH menes at kunne være medvirkende til selvskadende adfærd,<sup>17</sup> ligesom generelt lavere niveauer af BE og ME i CSF blandt selvskadende patienter er observeret.<sup>15</sup> Stanley et al. (2010) mener, at stress og trauma tidligt i livet kan medføre en permanent mangel på BE og ME, og at homeostasen genoprettes ved yderligere inducering af BE udløst af selvskadende adfærd. I disse tilfælde kan behandling med en opioid antagonist som

naloxone eller naltrexone være hensigtsmæssig, idet antagonisterne blokerer den underliggende belønningsmekanisme.<sup>17,18,19</sup> Det er dog langt fra entydigt klarlagt, hvorledes samspillet er mellem niveauet af endogene opioider og selvskade.

### Relation mellem selvskade og suicidalforsøg

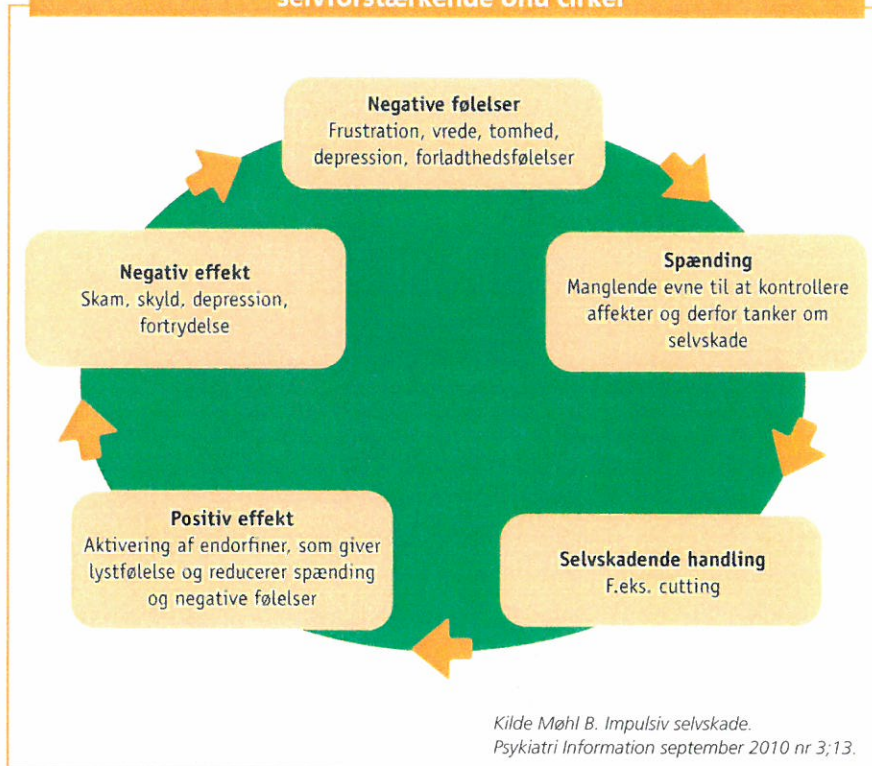
Der er en kompleks relation mellem selvskadende adfærd og suicidalforsøg. Overordnet kan man skelne selvskade fra suicidalforsøg ved intention, metode og psykologisk effekt. De fleste, der skader sig selv, gør det med intentionen om at nedregulere indre spænding for at få det bedre og måske ligefrem undgå selvmordsforsøg. De gør det ikke for at afslutte livet, men for at forbedre det. Imidlertid viser undersøgelser, at over 50% af dem, der jævnligst skader sig selv, har mindst et suicidalforsøg bag sig.<sup>20</sup> De hyppigst anvendte metoder til selvskade er cutting, at brænde eller slå sig selv, og knap 70% bruger mere end en metode.<sup>21</sup> Der bruges andre metoder ved suicidalforsøg, idet 70-80% foregår ved indtagelse af overdosis medicin (forgiftning), og reaktionen efter et suicidalforsøg er ofte yderligere depression og psykisk smerte, hvorimod selvskade resulterer i umiddelbar lettelse; altså et fald i negative, smertefulde følelser.<sup>22</sup>

Efter selvskade/suicidalforsøg er det vigtigt grundigt at udrede intention, motiv og psykologisk reaktion - også fordi risikoen for et fornyet suicidalforsøg er stor efter et "mislykket" suicidalforsøg. Det samme gør sig ikke i samme grad gældende ved overfladisk impulsiv selvskade. Imidlertid vil mange års selvskade og anvendelse af flere og specielt voldsomme metoder øge risikoen for suicidalforsøg.

### Selvskadens funktion

Selvskade kan ses som en måde at nedregulere eller dæmpe svære følelser (for eksempel vrede, angst, forladthedsfølelser og jalousi), som personen ikke umiddelbart kan klare på andre måder. Ved for eksempel at skære sig opnås en umiddelbar lettelse, samtidig med, at vedkommende kommunikerer til

Figur 1 viser, hvorledes selvskade kan udvikle sig i en selvforstærkende ond cirkel



omgivelserne, at han/hun har det skidt. Selvskade kan også være udtryk for selvstraf eller som en anledning til at give sig selv omsorg, når skaden er sket. Selvskade kan med andre ord opfattes som en form for selvmedicinering og hos nogle udvikle sig til at blive den dominerende måde at klare svære følelser og situationer. Nogle oplever en form for kick, som kan hænge sammen med frigørelse af beta-endorphiner, hvilket med tiden kan føre til ikke blot psykologisk, men også fysiologisk afhængighed (auto-addiction).<sup>23</sup>

For de fleste er selvskade skamfuldt og noget, de forsøger at skjule, men for nogle unge er dyrkelse af depression, død og specielt cutting forbundet med identitet og markerer et tilhørsforhold til en speciel del af ungdomskulturen (for eksempel Goths).<sup>24</sup>

### Behandling

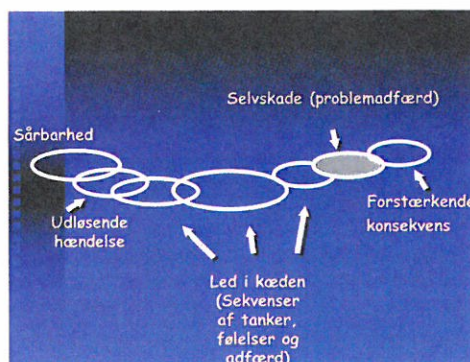
Netop fordi selvskade i de senere år har været stigende blandt unge og derfor har status som den "nye patologi", er der udviklet forskellige guidelines for behandling<sup>25,26,27</sup> og specifikke former for terapi, hvor

især Mentaliseringsbaseret Terapi (MBT) og Dialektisk Adfærdsterapi (DAT) har dokumenteret god effekt. Begge terapiformer praktiseres her i landet og er beskrevet udførligt andre steder.<sup>28,29,30</sup> Der er stor interesse i at udvikle farmakologisk behandling, men resultaterne synes at være inkonsistente.

### Psykoterapi

Mange patienter med selvskadende adfærd er ambivalente overfor at indgå i psykoterapeutisk behandling og dermed indgå i et samarbejde om at eliminere deres måske dominerende copingstrategi. Personer, der skader sig selv, gør det bedste, de kan for at få det godt, og når de skærer sig for at dæmpe en indre psykisk smerte, sker det i mangel af bedre færdigheder. Det er vigtigt i en behandlingsrelation at anerkende dette og signalere, at adfærden er meningsfuld og forståelig i den givne situation. Dette kaldes for validering. Validering er et centralt begreb, når det handler om at opnå og vedligeholde en alliance med patienten. At validere patienten betyder ikke, at man er enig i eller billiger patientens adfærd, men at man signalerer, at patientens adfærd er relevant eller

### Kædeanalyse, som udføres sammen med patienten på papir eller white board



giver mening. Det modsatte af validering er at bebrejde eller fordømme vedkommende, der skader sig selv, og det er på ingen måde konstruktivt.

#### Et eksempel på en validerende holdning

Som jeg kender dig og din historie, giver det god mening, at du skar dig selv i går, efter at din kæreste ringede og aflyste jeres møde. Du gjorde det bedste, du kunne i situationen, men vi skal sammen finde på nogle metoder, du kan bruge uden at få de negative konsekvenser af selvskaden, for eksempel ar og skamfølelser.

Mange, der bruger selvskade som affektregulering, har en dårlig fornemmelse af deres følelser. Ofte vil man høre, at vedkommende har en fysisk betonet skæretang uden egentlig at kunne forklare hvorfor: "Jeg skar mig, fordi jeg havde skæretang". Et af målene ved psykoterapeutisk behandling af selvskade er at hjælpe patienten til at få indsigt i sine følelser og gøre noget andet end at skade sig selv for at nedregulere den indre spænding. At gennemføre en kædeanalyse, hvor hvert element (med handling, tanker og følelser) der leder op til situationen, hvor patienten skader sig selv, kan hjælpe patienten til dels at erkende, at trangen til selvskade ikke er en uimodståelig impuls, der kommer som et lyn fra en klar himmel, dels at arbejde på at udvikle færdigheder, som vedkommende kan bruge i stedet for at skade sig selv.

#### I dialektisk adfærdsterapi indlærer patienterne systematisk en række færdigheder, som kan hjælpe dem med at undgå selvskade:

- Koncentrations- og opmærksomhedsfærdigheder (mindfulness).
- Hold-ud-færdigheder, som kan bruges til at forbedre nuet, for eksempel spille computer, ringe til en veninde, tage et varmt bad eller løbe en tur.
- Relationsfærdigheder, der skal hjælpe patienten med at kunne omgås andre uden at miste sine grænser og sin selvrespekt.
- Færdigheder i følelseregulering, der blandt andet består i at kunne forstå sine egne følelser, reducere sin sårbarhed og reducere den følelsesmæssige smerte.

Patient og behandler udfærdiger et krisekort med forslag til en række færdigheder, patienten kan bruge, når han/hun er på vej op i "det røde felt", hvor risikoen for selvskade er stor. Det er vigtigt at være opmærksom på ikke at forstærke patientens selvskadende adfærd ved at give trøst og omsorg efter, at skaden er sket. Princippet er at give patienten maksimal opmærksomhed og støtte inden den selvskadende handling, og hjælpe med at udvikle nogle færdigheder, som kan bruges i stedet for den selvskadende handling.<sup>31</sup>



### Farmakologisk behandling

I tilfælde, hvor selvskaede forekommer hos patienter med anden underliggende psykopatologi, bør farmakologisk behandling primært rette sig mod denne.<sup>32</sup> I svære tilfælde kan den medicinske behandling administreres sideløbende med den psykoterapeutiske. Omend der ikke forelægger konsensus om en enkel virksom farmakologisk behandling,<sup>33</sup> er der i litteraturen givet eksempler på flere succesfulde forsøg. Disse er dog oftest baseret på mindre studier eller observationer af patienter med vidt forskellig psykiatrisk grundmorbus. Blandt de bedst beskrevne er de kompetitive, reversible opioidreceptor antagonist naloxon og naltrexon. Et review fra 2004, der omfatter 27 undersøgelser af behandling af 86 personer med selvskadende adfærd med naltrexon, viser, at 80% (69 personer) oplever en signifikant bedring i forhold til baseline, hvoraf 40 personer rapporterede en bedring på 50% eller mere.<sup>18</sup>

SSRI nedsætter blandt andet vrede, impulsivitet og humørsvingninger hos borderline-patienter<sup>34</sup> og kan dermed bruges til at nedregulere nogle af de følelser, som kan være forbundet med selvskaede. Der er dog publiceret meget få studier omhandlende behandling af selvskadende adfærd med SSRI-præparater, men et dobbeltblindet, placebokontrolleret studie af 17 personer med skin picking viser, at de selv oplever en signifikant bedring efter behandling med fluoxetine over en ti ugers periode.<sup>35</sup> Derimod kunne klinisk uddannet personale ikke konstatere en signifikant bedring i samme undersøgelse.

Endelig synes atypiske antipsykotika, som blandt andet blokerer flere subtyper af dopamin og 5-HT receptorer, at have en effekt på selvskadende adfærd. Det er påvist, at clozapin har effekt på selvskaede hos patienter med personlighedsforstyrrelser (muligvis på grund af agonistisk binding til D1 receptorer),<sup>36</sup> mens risperidon har samme effekt på patienter med borderline personlighedsforstyrrelse, hvilket tilskrives blokade af D2 dopamin og 5-HT2

serotonin receptorer.<sup>37</sup> Effekt af disse stoffer baseres på klinisk erfaring og casestudier, og der savnes systematiske velkontrollerede undersøgelser. Der er således ikke konsensus om farmakologisk behandling af selvskaede, men flere lovende lægemiddelgrupper til farmakologisk behandling er identificeret. ■

### KONKLUSION

Meget tyder på, at forekomsten af direkte selvskaede er stigende specielt blandt yngre. Dette gælder både for almindelige, tilsyneladende veltilpassede unge og for psykiatriske patienter. Selvskaede kan bruges til at nedregulere indre smertefulde følelser, samt som kommunikation til andre. Behandling af selvskadende adfærd bør sættes ind så hurtigt som muligt, idet der er risiko for at udvikle både psykologisk og fysiologisk afhængighed. Der er ikke konsensus om farmakologisk behandling, og primær behandling er psykoterapi. Uanset hvilken psykoterapeutisk metode man vælger, er det vigtigt at validere patienten og dernæst hjælpe vedkommende til at opnå indsigt og udvikle nye copingstrategier, som kan erstatte den selvskadende handling.

### Referencer

1. Whitlock J, Eells G, Cummings N, Purington A. Nonsuicidal self-injury in college populations: Mental health provider assessment of prevalence and need. *Journal of College Student Psychotherapy* 2009;23(3):172-183.
2. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. An investigation of difference between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior* 2004;34(1):12-23.
3. Grunebaum HH, Klerman GL. Wrist slashing. *American Journal of Psychiatry* 1967;124(4):36-42.
4. Nock MK. Self-injury. *Annual review of clinical psychology* 2010;6:339-363.
5. Møhl B, LaCour P, Skandsen A. Can we talk about the existence of a "self-harm syndrome"? *Journal of Youth and Adolescence* (under evaluering).
6. Møhl B, Skandsen A. The prevalence and distribution of self-harm among Danish high-school students, ([Wiley Online library onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pmh.191/abstract](http://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pmh.191/abstract)) *Personality and Mental Health* 2012.
7. Whitlock J, Eckenrode J, Silverman D. Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics* 2006;117(6):1939-1948.
8. Heath N, Schaub K, Holly S, Nixon MK. Self-injury today: Review of population and clinical studies in adolescents. In: Nixon MK, Heath NL (eds) *self-injury in youth. The essential guide to assessment and intervention*. New York/London: Routledge 2009.
9. Kerr PL, Muehlenkamp JJ, James M, Turner DO. Nonsuicidal self-injury: A review of current research for family medicine and primary care physicians. *The Journal of the American Board of Family Medicine* 2010;23(2):240-259.
10. Nock MK, Prinstein MJ. A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consultant Clinical*

Psychology 2004;72(6):885-890. **11.** Zanarini MC. Zanarini rating scale for borderline personality disorder (ZAN BPD): a continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorder* 2003;17(3):233-243. **12.** Sansone RA, Gaither GA, Songer DA. Self-harm behaviors across the life cycle: A pilot study of inpatients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry* 2002;43:215-218. **13.** Bohus M, Limberger M, Ebner U, Glocker FX, Schwarz B, Wernz M, et al. Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior. *Psychiatry Res* 2000;95(3):251-260. **14.** Sandman CA. Beta-endorphin dysregulation in autistic and self-injurious behavior: a neurodevelopmental hypothesis. *Synapse* 1988;2(3):193-199. **15.** Stanley B, Sher L, Wilson S, Ekman R, Huang YY, Mann JJ. Non-suicidal self-injurious behavior, endogenous opioids and monoamine neurotransmitters. *J Affect Disord* 2010;124(1):134-140. **16.** Yamada K, Nabeshima T. Stress-induced behavioral responses and multiple opioid systems in the brain. *Behav Brain Res* 1995;67(2):133-145. **17.** Sandman CA, Touchette PE, Marion SD, Chic-DeMet A. The role of proopiomelanocortin (POMC) in sequentially dependent self-injurious behavior. *Dev Psychobiol* 2008;50(7):680-689. **18.** Symons FJ, Thompson A, Rodriguez MC. Self-injurious behavior and the efficacy of naltrexone treatment: a quantitative synthesis. *Ment Retard Dev Disabil Res* 2004;10(3):193-200. **19.** Kerr PL, Muehlenkamp JJ, Turner JM. Nonsuicidal self-injury: a review of current research for family medicine and primary care physicians. *J Am Board Fam Med* 2010;23(2):240-259. **20.** Whitlock J, Knox KL. The relationship between self-injurious behaviour and suicide in a young adult population. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 2007;161(7):634-640. **21.** Whitlock J, Muehlenkamp JJ, Eckenrode J. Variation in non-suicidal self-injury: Identification and features of latent classes in a college population of emerging adults. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2008;37(4):725-735. **22.** Nordentoft M. Den suicidal patient. In: Simonsen E, Møhl B (eds): *Grundbog i psykiatri*. Hans Reitzels Forlag, 2010. **23.** Møhl B. At skære smerten bort - en bog om cutting og anden selvskade. København: PsykiatriFonden, 2006. **24.** Rutledge CM, Rimer D, Micah S. Vulnerable goth teens: the role of schools in this psychosocial high-risk culture. *School Health* 2008;78(9):459-464. **25.** NICE clinical guideline 16. 2004. Self-harm the short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. Kan downloades på [www.nice.org.uk/cg16](http://www.nice.org.uk/cg16). **26.** Royal Australian and New Zealand College of psychiatrists clinical practice guidelines team for deliberate self-harm. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the management of adult deliberate self-harm. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry 2004;38(11):868-884. **27.** Walsh BW. Treating self-injury. A practical guide. New York: The Guilford Press, 2006. **28.** Linehan MM. Cognitive - behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford Press, 1993. **29.** Bateman A, Fonagy P. Mentaliseringsbaseret behandling af borderline personlighedsforstyrrelser. København: Akademisk Forlag, 2007. **30.** Jørgensen CR, Kjølbye M, Møhl B. Psykoterapi In: Simonsen E, Møhl B (eds): *Grundbog i Psykiatri*. Hans Reitzels Forlag, 2010. **31.** Møhl B. Dialektisk adfærdsterapi. In: Møhl B, Kjølbye M. (red.) *Moderne psykoterapi*. København: PsykiatriFonden (in press). **32.** Petersen J, Freedenthal S, Sheldon C, Andersen R. Nonsuicidal self injury in adolescents. *Psychiatry* 2008;5(11):20-26. **33.** Sandman CA. Psychopharmacologic treatment of nonsuicidal self-injury. In: Nock MK, editor. *Understanding nonsuicidal self-injury*. Washington, DC: American Psychological Association 2009;291-322. **34.** Rinne T, van den Brink W, Wouters L, van DR. SSRI treatment of borderline personality disorder: a randomized, placebo-controlled clinical trial for female patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2002;159(12):2048-2054. **35.** Simeon D, Stein DJ, Gross S, Islam N, Schmeidler J, Hollander E. A double-blind trial of fluoxetine in pathologic skin picking. *J Clin Psychiatry* 1997;58(8):341-347. **36.** Hammock R, Levine W, Schroeder S. Brief Report: Effects of Clozapine on self-injurious behavior of two Risperidone nonresponders with mental retardation. 2001;31(1):109-113. **37.** Khouzam H, Donnelly N. Remission of self-mutilation in a patient with borderline personality disorder during risperidone therapy. *J Nerv Mental Dis* 1997;185(5):348-349.

**CYMBALTA® 30 MG OG 60 MG HÅRDE KAPSLER(DULOXETIN)**

**INDIKATIONSOMRÅDE:** Behandling af moderate til svære depressioner. Behandling af perifere diabetiske neuropatiske smerter. Behandling af generaliseret angst. Cymbalta er indiceret til voksne.

**DOSERING:** Moderate til svære depressioner samt perifere diabetiske neuropatiske smerter: Start og vedligeholdelsesdosering er 60 mg daglig. Maksimal dosis er 120 mg. **Generaliseret angst:** Startdosis er 30 mg. Ved utilstrækkeligt respons bør dosis øges til den normale vedligeholdelsesdosis på 60 mg. Maksimal dosis er 120 mg. Respons på behandlingen bør evalueres efter 2 måneder. Den terapeutiske effekt bør vurderes med jævne mellemrum.

**BIVIRKNINGER:** Meget almindelig ( $\geq 1/10$ ): Hovedpine, søvnhed, svimmelhed, kvalme og mundtørhed. Almindelig ( $\geq 1/100$  til  $< 1/10$ ): Nedsat appetit, søvnløshed, uro, nedsat libido, angst, abnorm orgasme, abnorme drømme, tremor og paræstesier. Sløret syn, tinnitus, palpitationer, rødmen, gaben, obstipation, diarré, opkastning, dyspepsi og flatulens. Øget perspiration, hududslæt, muskuloskeletale smerter, muskelstivhed, muskelspasmer, erektil dysfunktion, træthed, mavesmerter og vægttab. Ikke almindelig ( $\geq 1/1.000$  til  $< 1/100$ ): Selvmordstanker, søvnforstyrrelser, desorientering, apati, myoclonus, nervøsitet, koncentrationsbesvær, dyskinesi og akatisi. Mydriasis, synsforstyrrelser, vertigo, Takykardi, supraventrikulær arytmi, hovedsagelig atrieflimren, hypertension, ortostatisk hypotension, brystsmerte og synkope. Sammensnørret hals, gastro-intestinal blødning, gastroenteritis, forhøjede leverenzymmer (ALAT, ASAT, basisk fosfatase), hepatitis og akut leverskade. Seksuel dysfunktion og gynækologisk blødning. **Sjælden ( $\geq 1/10.000$  til  $< 1/1.000$ ):** Anafylaktisk reaktion, hypotyreooidisme, dehydrering, SIADH og hyponatriæmi. Selvmordsrelateret adfærd, mani, hallucinationer, aggression og vrede. Serotoninsyndrom, kramper, psykomotorisk uro, ekstrapyramidale symptomer, glaukom, hypertensive kriser, lever-svigt, ikterus, Stevens-Johnsons syndrom, angioneurotisk ødem og trismus.

**KONTRAIKATIONER:** Behandling med ikkeselektive, irreversible MAO-hæmmere. Behandling med potente CYP1A2 hæmmere. Nedsat leverfunktion. Svært nedsat nyrefunktion (kreatinin-clearance  $< 30$  ml/min). Ukontrolleret hypertension.

Særlige advarsler og forsigtighedsregler: Mani og krampeanfald: Forsigtighed ved anamnese med mani eller diagnose med bipolar forstyrrelse og/eller krampeanfald.

**Mydriasis:** Forsigtighed ved forhøjet intraokulært tryk eller risiko for akut snærvinklet glaukom. Blødning: Ekkymoser, purpura og GI blødning er set ved brug af SSRI- og SNRI-præparater. Forsigtighed ved behandling med antikoagulantia og tromboocytpåvirkende lægemidler, samt ved patienter med kendt blødnings-tendens.

**Hyponatriæmi:** Forsigtighed udvises hos ældre, cirrotiske eller dehydrerede patienter samt patienter i behandling med diuretika.

**Akatisi:** Kan forekomme specielt i de første behandlingsuger. Selvmord: Patienter, der tidligere har udført selvmordsrelaterede handlinger eller patienter, der før behandlingsstart har udvist signifikant grad af selvmordsforestillinger, har en større risiko for selvmordstanker eller -adfærd og bør følges nøje under behandlingen. Uanset indikationen bør læger opfordre patienten til at rapportere alle bekymrende tanker eller følelser, de måtte have på hvilket som helst tidspunkt.

**Blodtryk:** Ved kendt hypertension og/eller hjertelidelse anbefales det, at blodtrykket monitoreres, særligt i løbet af den første måned. Ved et vedvarende forhøjet blodtryk under behandling med CYMBALTA, bør reduktion eller gradvis ophør overvejes.

**Lever:** Tilfælde af leverskade herunder alvorlig forhøjede leverenzymmer ( $> 10$  gange den normale øvre grænse), hepatitis og gulsot er sjældent rapporteret for duloxetine. Duloxetine bør bruges med forsigtighed til patienter i behandling med andre lægemiddelstoffer, som er forbundet med leverskade.

**Ældre:** Forsigtighed bør udvises ved behandling af ældre med maksimal dosis.

**Børn og unge:** Anbefales ikke til børn og unge under 18 år.

**INTERAKTIONER:** Lægemidler indeholdende duloxetine: Duloxetine benyttes under forskellige varemærker til flere indikationer (MDD, GAD, DPNP og stress-intinkontinens). Samtidig brug af disse produkter bør undgås.

**Serotoninsyndrom:** Samtidig brug af MAO-hæmmere anbefales ikke. Forsigtighed udvises, hvis CYMBALTA anvendes sammen med serotonerge antidepressiva som SSRI-præparater, tricykliske præparater, perikon, venlafaxin eller triptaner, tramadol, pethidin og tryptofan.

**CNS-lægemidler:** Forsigtighed udvises ved samtidig administration af andre centralt virkende lægemidler eller stoffer, herunder alkohol og sederende lægemidler (benzodiazepiner, morfinlignende præparater, antipsykotika, phenobarbital, sederende antihistaminer). Lægemidler, der metaboliseres via CYP2D6: CYMBALTA hæmmer CYP2D6. Forsigtighed udvises ved behandling med præparater, som hovedsageligt metaboliseres via CYP2D6 (risperidon, TCA - såsom nortriptylin, amitriptylin og imipramin), hvis disse har et snævert terapeutisk indeks. CYP1A2-hæmmere: CYMBALTA bør ikke kombineres med potente CYP1A2-hæmmere som fluvoxamin. Antikoagulanter og antitrombotiske midler: Forsigtighed bør udvises, når CYMBALTA gives sammen med orale antikoagulanter eller antitrombotiske midler pga. potentiel øget risiko for blødning.

**Graviditet og amning:** Bør kun bruges under graviditet hvis de potentielle behandlingsfordele opvejer de potentielle risici for fosteret. Frarådes ved amning.

**OVERDOSERING:** Ringe klinisk erfaring. Der kendes ingen antidot, men specifik behandling kan overvejes.

**LÆGEMIDDELFORMER:** Hårde entero kapsler.

**PAKNINGER OG PRISER:** (AUP, april 2012).

Vnr 035605, 30 mg 7 stk.; kr. 125,45. Vnr 021721, 30 mg 28 stk.; kr. 439,10. Vnr. 021967, 60 mg 28 stk.; kr. 439,10. Vnr. 021975, 60 mg 98 stk.; kr. 1482,80. Der henvises til dagsaktuelle priser på "medicinpriser.dk". Udleveringsgruppe: B Tilskudsstatus: Klausuleret tilskud

**INDEHAVER AF MARKEDSFØRINGSTILLADELSEN:**

Eli Lilly B.V., Grootslag 1-5, NL-3991 RA Houten, Holland.

Produktresuméet er omskrevet og forkortet i henhold til det af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresumé.

Det fuldstændige produktresumé kan vederlagsfrit rekvireres fra Eli Lilly Danmark A/S, Lyskær 3E, 2. tv., 2730 Herlev, telefon 45 26 60 00.