

---

**Kroniske idiopatiske  
smertesyndromer  
med depressive  
symptomer**

---

Ciba-Geigy A/S · Lyngbyvej 172 · 2100 København Ø · 31 29 14 22

August 1989

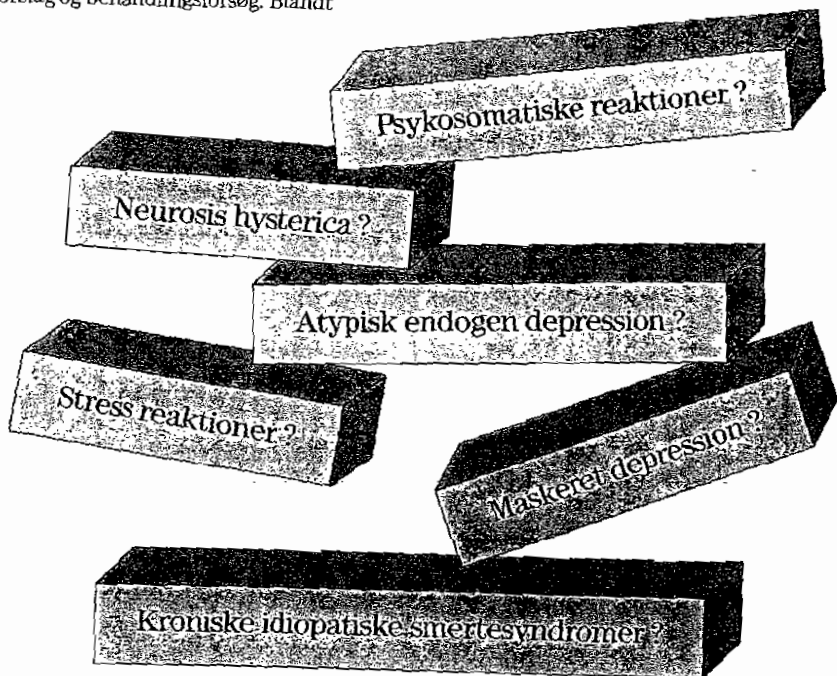


Kroniske idiopatiske  
smertesyndromer med  
depressive symptomer

– diagnose og behandling

Smerteklager uden reel organisk ætologi giver ofte anledning til tentative diagnoseforslag og behandlingsforsøg. Blandt

sådanne diagnoseforslag ses eksempelvis ofte:



Kontrollerede undersøgelser har vist, at patienter med idiopatiske smerter med samtidig forekomst af depressionssymptomer kan behandles effektivt med et antidepressivum.

Denne piece omhandler diagnose og behandling af kroniske idiopatiske smerte-

syndromer, hvor der samtidig er depressive symptomer tilstede. Tilstanden betegnes også atypisk endogen depression, hvor betegnelsen atypisk refererer til, at smerteklagerne i større eller mindre grad maskeerer den tilgrundsiggende depressionstilstand.

## Rigtigvis/etats fra litteraturen om behandlingen af kroniske idiopatiske smertesyndromer

"Occurrence and features of depression were studied in 150 medical in-patients. At initial interview within a week of admission a total of 24 per cent met a criterion for depression based on the Beck Depression Inventory. Although they showed the usual clinical features, few were recognized or referred to psychiatrists. Depression was commoner in those with more severe medical illness, more concomitant stress, and those with more previous depressions. In most cases the occurrence and course appeared closely bound up with the medical illness. When comparisons were made with depressives in psychiatric treatment, the medical depressives were less severely depressed. With severity equated, medical depressives more often showed feelings of pessimism, helplessness, anxiety and self pity, but less often suicidal feelings. In general their state appeared more appropriate to the life situation, suggesting some characteristics of a borderline between normal and pathological depressed mood."

H. S. Moffic & E. S. Paykel: Depression in Medical in-patients  
Brit. J. Psychiat. 1975, 126, 346-353

"... Our studies of patients with chronic pain have led to the identification of a well defined psychobiological disorder with characteristic clinical, psychodynamic, biographic, and genetic features. This syndrome is termed the pain-prone disorder and is viewed as a variant of depressive disease. It proves a distinct entity when compared with a group of patients whose pain can be related to a well defined somatic disease. The chronicity of the disorder appears partially related to the practice of protracted, costly, and futile physical procedures, focusing on a phantom peripheral source of the pain - a practice commonly pursued by patients and physicians. Recognition of the disorder allows for a rational, and more effective treatment approaches."

Blumer, D., Heilbronn, M.: Chronic pain as a variant of depressive disease. J. Nerv. Ment. Dis. 1962, 170, 361-406

"... Et stort antal af patienterne havde lange - endog meget lange sygehistorier - 5, 10, 20 år eller endog mere. De har været gennem sande odysseer af somatiske undersøgelser, hos mange af dem med negative, usikre eller uspecifikke resultater, men hos andre også med positive, som ved colit, ligesom positive fysiologiske fund naturligvis var ubetvivlelige. Det samme gælder røntgenologiske fund af spondylose - som hos så mange andre patienter. Og klassiske migrænetilfælde var overværet af resultatløse undersøgelser, bekostelige og tidsrøvende: fysiologiske, laboratorieundersøgelser, kirurgiske, neurologiske, med tilhørende røntgen- og stråke, kortbølge, ultralyd, massage, pakninger - kirurgiske, diætiske, medikamentelle (mange, og ingenlunde ufarlige medikamina i mange ålfælde, såsom antirheumatica; hertil naturligvis store mængder af de forskellige benzodiazepiner og neuroleptica)."

Thorik Vanggaard & Bent Jørgensen: Atypiske endogene depressioner i almen praksis. Månedsskr. for prakt. lægeg. 1981, 59, nr. 3, 137-158

"In an attempt to elucidate the relationship between depression and pain, the authors studied 300 pain center patients: 261 (87%) of these patients referred for diagnosis and treatment of their pain syndromes were depressed. In another study of 196 private patients with depression, 116 (59%) also had recurring benign pain. When treated with antidepressants, 96 of these 116 (83%) obtained significant relief of their pain syndromes. The frequency with which antidepressants can significantly alleviate pain associated with depression highlights the importance of the link between pain and depression, which may be partially explained by the close relationship of enkephalins and biogenic amines."

Philip G. Lindsay & Margo Wyckoff: The depression-pain syndromes and its response to antidepressants. Psychosomatics. 1981, 22, no 7, 571-577

# Vigtige forudsætninger for en vellykket behandling af idiopatiske smertesyndromer

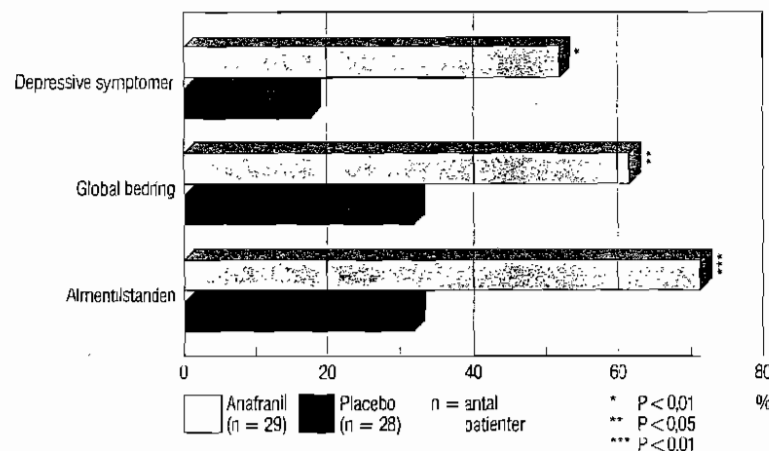
- ✓ Organisk ætiologi skal udelukkes
- ✓ Man må sikre sig, at der ikke er tale om en reaktiv depressionstilstand
- ✓ Samtidig forekomst af smerter og depressive symptomer hos patienterne
- ✓ Neurotiske tilstande må udelukkes
- ✓ Patientens accept af diagnose og behandling
- ✓ Valg af et dokumenteret effektivt antidepressivum ved disse tilstande

- jvf. endvidere side 8: "Diagnostiske og behandlingsmæssige tips" samt side 9: "Differentialdiagnostiske kriterier for patienter med smerter og depressive symptomer"

## Anafranil® (clomipramin)

det effektive antidepressivum  
- også ved behandling af kroniske idiopatiske smertetilstande med depressive symptomer

Dobbelt-blind randomiseret undersøgelse af Anafranil® (clomipramin) og placebo ved behandling af idiopatiske smerter med depressive symptomer (1, 9, 10).



### Depressive symptomer

Figurerne angiver den procentuelle andel af patienter, der efter 5 ugers behandling med henholdsvis Anafranil og placebo fik reduceret antallet af depressive symptomer fra 5 eller flere før behandlingen til 2 eller færre efter 5 ugers behandling. Bedømmelsen er foretaget på basis af en checkliste med 11 depressive symptomer. Forskellen er statistisk signifikant i favor af Anafranil: P < 0,01.

### Global bedring

Af figurerne fremgår den procentuelle andel af patienterne, som de behandelende læger ved en global bedømmelse efter 5 ugers behandling mente, det ville være meningsfuldt at anbefale fortsat behandling i yderligere 6 måneder. Forskellen mellem Anafranil og placebo er statistisk signifikant: P < 0,05.

### Almentilstanden

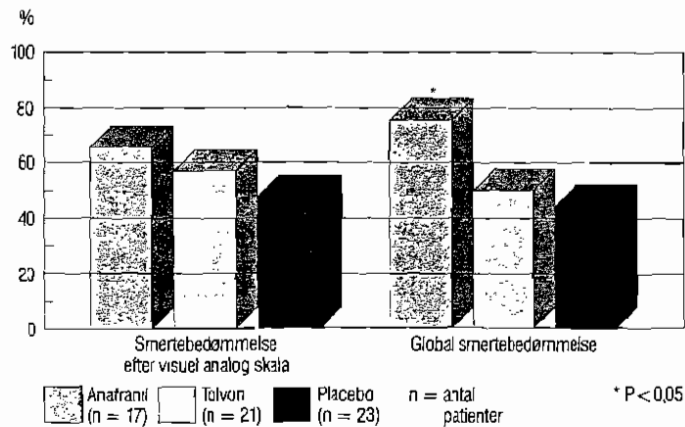
Figurerne angiver her den procentuelle andel af patienter, der har oplevet 50% eller større reduktion af gennemsnitsværdierne for score i de to patientgrupper. Bedømmelsen er foretaget på basis af patienternes egen markering på en 10 cm linie med yderpunkterne: "Jeg har det godt" og "Jeg kan ikke forestille mig at have det værre". Forskellen mellem Anafranil og placebo er statistisk signifikant i favor af Anafranil: P < 0,01.

B. Jørgensen et al.:  
"Denne undersøgelse har vist, at der blandt patienter med kroniske smerter ved anvendelse af et diagnosekema kan findes en gruppe med depression, som ikke er af reaktiv eller neurotisk natur, og som har større hjælp af clomipramin end af placebo. Forskellen imellem clomipramin og placebo er af samme størrelse som den man finder for klassisk endogen depression"

# Anafranil® (clomipramin)

det effektive antidepressivum  
– også ved behandling af kroniske  
idiopatiske smertetilstande  
med depressive symptomer

Sammenlignende dobbelt-blind undersøgelse af Anafranil® (clomipramin), Tolvon® (mianserin) og placebo ved behandling af kroniske idiopatiske smertesyndromer og depression (9, 10).



## Smertebedømmelse efter visuel analog skala

Ovenstående figurer viser den procentuelle andel af patienterne, der efter 6 ugers behandling har oplevet en reduktion af scores for smerter på 50% eller mere, bedømt ved patienternes markering på en visuel analog skala (0-100 mm).

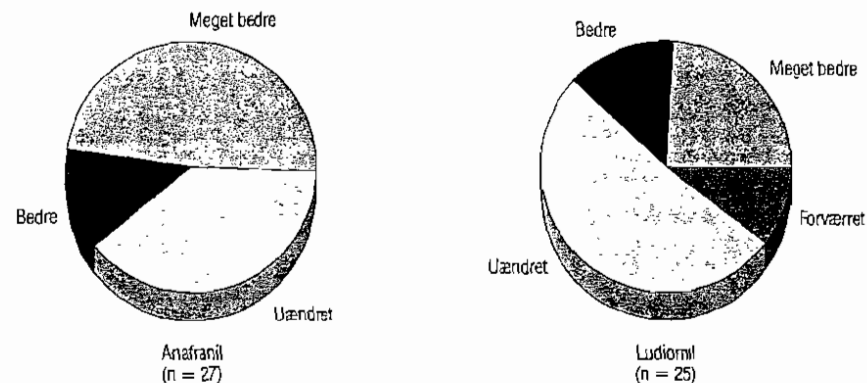
## Global smertebedømmelse

Af figurerne fremgår antal patienter (i %), der efter 6 ugers behandling har haft en smertereduktion svarende til en score-reduktion på 50% eller mere. Bedømmelsen er foretaget af lægen på basis af "Clinical Global Impression Scale", en skala til vurdering af sværhedsgraden af smerter. Med Anafranil opnåedes en statistisk signifikant større smertereduktion end med Tolvon og placebo: P < 0,05.

# Anafranil® (clomipramin)

det effektive antidepressivum  
– også ved behandling af kroniske  
idiopatiske smertetilstande  
med depressive symptomer

Dobbelt-blind randomiseret undersøgelse af Anafranil® (clomipramin) og Ludiomil® (maprotilin) hos patienter med kroniske idiopatiske smertesyndromer med depressive symptomer (11).



Af hosstående figurer fremgår den procentuelle andel af patienterne, hvis tilstand ved en global bedømmelse efter 6 ugers behandling med Anafranil og Ludiomil bedømtes som værende henholdsvis meget bedre, bedre, uændret eller forværret.

Forskellen mellem antal patienter, der bedredes globalt under behandling med Anafranil var 63%, medens 36% bedredes under behandling med Ludiomil.

Denne forskel er statistisk signifikant: P < 0,05.

n = antal patienter:

Global bedømmelsesskala:

- 1 = værre
- 0 = ingen forskel
- 1 = klart bedre
- 2 = meget bedre

P. Bech et al.

It was found that clomipramine produced good effect in around 70% of the patients with pain and depression, whereas clomipramine in idiopathic pain without depression was no better than placebo, i.e. an improvement of around 40% of the patients. The outcome of mianserin was somewhere between placebo and clomipramine.

G. Eberhard et al.:

"Most patients included in the present study had had their pain syndromes for a long time and they had tried a long series of earlier treatments without any specific effects."



# Diagnostiske og behandlingsmæssige tips<sup>1-5</sup>

## PATIENTEN BØR HAVE LEDELSEN AF SAMTALEN

Differentialdiagnosen, atypisk endogen depression beror ikke blot på indholdet af patientens oplysninger vedrørende henvendelse/sesklagerne, men i høj grad på den måde patienten fremkommer med oplysningerne og hans/hendes adfærd i det hele taget under samtalen.

Det er derfor vigtigt, at man opfordrer patienten til med egne ord at give en fremstilling af sin tilstand. Spørgsmål stilles kun, når det er nødvendigt. Det er det til gengæld ofte på grund af disse patienters uvilje mod at involvere andre i deres ofte forpinte tilstand.

## BEMÆRKNINGER OM ANVENDELSE AF DIAGNOSEKEMAET – JVF. MODSTÅENDE SIDE

Det differentialdiagnostiske skema på modstående side er principielt opbygget som et »diagnostisk filter« i 4 dele. Nedenstående kortfattet kommentarer til de enkelte sæt af kriterier:

### Kriterierne under pkt. 1:

Her kan man naturligvis i enkelte tilfælde finde visse organforandringer, eksempelvis rontgenologiske fund som spondylose, eller fysiologiske fund som f.eks. muskelfiltrationer. Sådanne fund er blot ikke tilstrækkelige til at forklare patienternes forpinte totaltilstand.

### Kriterierne under pkt. 2:

Det er vigtigt, at dette kriterium ikke giver anledning til fejl diagnose og dermed fejlbehandling. Her må man erindre sig, at også typiske/atypiske endogene depressionstilstande ofte udøses af psykosociale traumer – endvidere at reaktiv depression sjældent varer mere end få uger. For diagnosen reaktiv depression taler: Udbrud i umiddelbar tilslutning til et traume, patientens tanker er vedholdende koncentreret om det udløsende traume, typiske døgnsvingninger mangler, ligesom hæmning, selvbebrejdelser og selvnedvurdering ikke ses.

### Kriterierne under pkt. 3:

Klinisk erfarning viser, at atypisk endogen depressive patienter oftest er meget sersible overfor antydninger af, at deres somatiske lidelser kan skyldes en tilgrundsiggende psykisk lidelse. Patienterne er selv fast overbeviste om, at deres sygdom er organisk betinget. Ofte kan det være vanskeligt at opnå accept hos patienten af, at forekomst af depressive symptomer beror på, at lidelsen totalt set udspringer af en depressionstilstand. Patienten opfatter selv disse symptomer som værende sekundære til deres lidelse og forårsaget af denne.

### Kriterierne under pkt. 4:

Det er som følge af ovenstående vigtigt, at samtalen om depressive symptomer forløber uden anvendelse af psykiatriske termer og under reference til patientens daglige tilværelse. Disse kriterier skulle let kunne besvares, hvis man under samtalen med patienten nøje har iagttaget dennes måde at fremføre sine klager på og adfærd i det hele taget i forbindelse hermed. Desuden må man have afklaret, om der foreligger emotionel symbiose mellem ægtefælle/nærmeste pårørende centreret i patientens klager. Registrering af lægens egen reaktion og følelser under samværet med patienten er vigtig.

## MOTIVATION AF PATIENTEN FOR BEHANDLING

Patienterne er ofte uvillige til at modtage medikamentel antidepressiv behandling for deres lidelse – »afhængighed« af piller er dem imod. Overtalelse er derfor ofte nødvendig. En forklaring på, hvorfor depression hos nogle patienter manifesterer sig ved markante somatiske symptomer, vil hos de fleste blive opfattet som en positiv motivationsfaktor. Eksempelvis vil det her være

rimeligt at forklare patienten, at tilstanden skyldes et stofskiftetorystrelse i hjernen, der hos nogle udløser smerter perifert i forskellige organer. Ved en vellykket antidepressiv behandling korrigeres denne stofskiftetorystrelse og smerterne ophører ligesom de depressive symptomer forsvinder.

## BEHANDLINGSFORLØB

Da patienterne især i begyndelsen af behandlingen kan opleve bivirkninger, er det vigtig: på forhånd at informere om arten af disse. Når effekten slår igennem, efter et varierende antal dage, fra få dage til 2-3 uger, træder eventuelle bivirkninger oftest i baggrunden. Atypisk endogen depression er oftest en kronisk

lidelse, hvorfor langvarig, ofte livslang behandling er nødvendig. Efter nogle måneders behandling vil enkelte patienter rapportere om opståen af træthed. Reduktion af dosis af antidepressivum klarer oftest dette problem.

# Differentialdiagnostiske kriterier for patienter med smerter og depressive symptomer<sup>1</sup>

**1 Somatiske symptomer**

har været kendt i  $\geq 3$  måneder  
 er ved rutineundersøgelser udelukket at være organisk betinget  
 har ikke kunnet behandles tilfredsstillende

**Alle 3 kriterier opfyldt: gå videre til kriterium 2**

---

**2 Eksistentiel eller situationsbetiget (reaktiv) depression er udelukket**

– i den forstand, at der ikke foreligger en psykosocial belastning forud for den aktuelle sygdomsperiode (maksimalt op til en måned forud for den aktuelle tilstand)

**Kriterium 2 opfyldt: gå videre til kriterier under 3**

---

**3 Depressionsindicerende kriterier**

<p><input type="checkbox"/> <b>Træthed og/eller uoverkommelighedsfølelse:</b> 3.1 f.eks.: psykisk eller fysisk træthed – har svært ved at tage sig sammen til at få overstået de daglige gøremål hjemme og/eller på arbejdspladsen – nedsat lyst/energi til at beskæftige sig med fritidsinteresser (læse bøger, se TV etc.).</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Søvnforstyrrelser:</b> 3.2 f.eks.: indsovningsbesvær – afbrudelse af søvnen – lidlig morgenopvågning – øget søvnbøvhov</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Irritabilitet:</b> 3.3 f.eks.: umuligt oplærende – ofte over småting – er uovmgærlig – bliver let irriteret</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Psykisk angst:</b> 3.4 f.eks.: føler utryghed og håbløshed, er bange for egen og/eller familiens fremtid – sygdomsangst – dødsangst – øget katastrofeberedskab (f.eks. under bilkørsel) – bliver undertiden grebet af panik.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Sænket stemningsleje:</b> 3.5 f.eks.: har svært ved at glæde sig over glædelige ting mere – føler tristhed eller modløshed – græder af og til i tårer.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Emotionel hæmning:</b> 3.6 f.eks.: har mindre lyst end sædvanligt til at være sammen med andre mennesker – befinder sig berst en smule isoleret, og når der ikke stilles engagemente krav fra omverdenen.</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Selvbebrejdelser og skyldfølelse:</b> 3.7 f.eks.: har en følelse af ikke at slå til eller at have sviglet – patientens egen forklaring på tilstanden giver indtryk af udskyldende selvbebrejdelser både overfor sig selv og omverdenen</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Intellektuel hæmning:</b> 3.8 f.eks.: må anstrenge sig mere end sædvanligt for at samle tankerne om sit arbejde – har svært ved at koncentrere sig (f.eks. avis, TV) og/eller bliver hurtige »hjernetrætte«</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Motorisk hæmning:</b> 3.9 f.eks.: ansættent holdning med bekymret og noget forpint ansigtsudtryk evt. med et usikkert/krampagtigt smil – langsomme bevægelser end tidligere, evt. noget duknakketholdning under gang.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Verbal hæmning:</b> 3.10 f.eks.: nedsat talespontantitet eller træthed og udelukkelse af replikken – tendens til længerevarende samtale på grund af latensid og kortfattede svar</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Suicidale tanker:</b> 3.11 føler, at det er ligegyldigt, om han/hun vågner næste morgen, men har ikke nødvendigvis planer om at berøve sig livet.</p>
---	--

**Hvis antal X  $\geq 5$ , gå videre til kriterierne under 4**

---

**4 Personligheds-kriterier – for kriterierne under 4: Sæt X ved den beskrivelse, der bedst dækker situationen:**

**Patienten fremstiller sine klager:**

<input type="checkbox"/> ordrigt indtrængende, detaljeret, ofte dramatiserende, spontant – vdsprogen er oftest nødvendig.	<input type="checkbox"/> kortfattet, direkte, udetaljert, uspontant – vdsprogen er nødvendig
---	--

**Lægens reaktion:**

<input type="checkbox"/> føler, at patienten nærmest angler efter trøst, medfølelse, imødekommethed. Kan virke irriterende med denne anglen eller appel. Man kan undertiden føle sig fristet til at give efter herfor, om ikke andet så for at få fred.	<input type="checkbox"/> ingen fornemmelse af, at patienten søger at udnytte sine symptomer til opnåelse af medfølelse. Patientens eventuelle appel om hjælp er snarere en forventning herom og umiddelbart forståelig på baggrund af patientens lidelse(i)
---	---

**Relationer til nærmeste pårørende:**

<input type="checkbox"/> patienten søger at udnytte sine symptomer til opnåelse af støtte, hensynslagen, trøst etc. Dette lykkes næsten altid – pårørende får ofte selv en skuldertilfredsstillelse ved at kunne yde trøst osv. og irriterer sig på personlige aktiviteter for at kunne gøre det.	<input type="checkbox"/> involverer ikke sine nærmeste i sine problemer, og hvis det sker, er det ikke med appel om hensynslagen, trøst etc. – Pårørende kan vise et rimeligt hensyn, men lever ikke med i patientens lidelse, ja er undertiden helt uforstående eller sågar irriterede herover
---	---

**Hvis der er mindst 2 x i højre kolonne:**

---

**Patienten sættes i antidepressiv behandling, f.eks. med Anafranil®**

# Anafranil® (clomipramin) Anafranil® Retard

- det effektive antidepressivum

**Egenskaber.** Begyndende antidepressiv effekt af Anafranil indtræder almindeligvis i løbet af første behandlingsuge. Anafranil har en dybtgående indvirkning på det depressive syndrom som helhed og er indiceret både i tilfælde præget af psykomotorisk hæmning og ved depression, hvor agitation/angst er fremtrædende symptomer. Den terapeutiske virkning af Anafranil menes for tiden at hænge sammen med stoffets evne til at hæmme tilbageabsorptionen af noradrenalin og serotonin fra synapsespalterummet til den præsynaptiske nerveterminal i hjernen.

**Indikationer.** Endogen depression og andre depressive lidelser.

**Kontraindikationer.** Kendt overfølsomhed overfor tricykliske antidepressiva, der tilhører dibenzazepingruppen. Samtidig behandling med MAO-hæmmere.

**Bivirkninger.** Initialt i behandlingsforløbet kan Anafranil som andre tricykliske antidepressiva give anledning til antikolinerge bivirkninger, såsom svedudbrud, mundtørhed, tremor, svimmelhed, "tågesyn" og vandladningsforstyrrelser, ortostatisk hypotension, som almindeligvis svinder efter få dages forløb, enten spontant eller efter dosisreduktion. Allergiske hudreaktioner kan forekomme i enkeltstående tilfælde. Sædvanligvis efter indgift af høje doser, er forstyrrelser i myokardiets impulsudbredning, arytmier, søvnløshed, forbigående konfusionstilstande og øget angst forekommet. I sjældne tilfælde er forstyrrelser i leverfunktionen, hyperpyreksi og kramper rapporteret.

**Bemærk.** Som det er tilfældet med andre tricykliske antidepressiva, bør man også ved anvendelse af Anafranil udvise særlig forsigtighed hos patienter med svækket hjertefunktion eller insufficiens, i det akutte stadium af myokardieinfarkt og hos patienter med overledningsforstyrrelser, lav krampetærskel, urinretention (f.eks. som følge af prostatahypertrofi) eller glaukom. Før behandlingen påbegyndes, er det tilrådeligt at kontrollere patientens blod-

tryk, da hypotensive, samt patienter med et labilt cirkulationssystem, kan reagere mod blodtryksfald og yderst sjældne tilfælde øget blodtryk ved behandling med Anafranil. Et eventuelt blodtryksfald kan kontrolleres ved dosisreduktion eller ved indgift af hjerte-karstimulerende midler. I forbindelse med behandling med tricykliske antidepressiva er agranulocytose forekommet i yderst sjældne tilfælde. Det er derfor tilrådeligt at foretage kontrol af blodbilledet hos patienter i behandling med Anafranil, specielt ved udvikling af feber, influenza-lignende infektioner eller angina. Ved optræden af allergiske hudreaktioner bør Anafranil seponeres. Anafranil kan nedsætte patientens reaktionsevne og dermed patientens evne til at føre bil.

**Graviditet og laktation.** Det almindeligt accepterede princip, at farmaka ikke bør gives til patienter i første trimester af graviditeten, gælder også Anafranil. Anafranil kan muligvis give anledning til uønskede farmakologiske virkninger hos fosteret og bør derfor ikke gives i de sidste måneder af graviditeten. Den aktive substans af Anafranil passerer over i brystmælken, hvorfor mødre i behandling med Anafranil ikke bør amme deres børn.

**Interaktioner.** Anafranil kan formindske eller ophæve den antihypertensive effekt af adrenerge neuronblokerende stoffer som f.eks. guanethidin. Om nødvendigt bør antidepressiva med anden virkningsmekanisme anvendes. Hos patienter, der er i behandling med en MAO-hæmmer, må der hengå ca. 14 dage efter seponering af MAO-hæmmeren, før behandling med Anafranil kan påbegyndes. Anafranil kan forstærke de kardiovaskulære virkninger af noradrenalin eller adrenalin såvel som aktiviteten af CNS-deprimerende farmaka og antikolinerge stoffer. På grund af en moderat antagonistisk virkning overfor dopamin, kan Anafranil forøge sekretionen af prolaktin. Da Anafranil, ligesom andre psykoaktive farmaka, kan formindske tolerancen overfor alkohol, bør patienten tilrådes at afstå fra alkoholindtagelse under behandlingen.

**Dosering. Generelle retningslinier.** Dosisstørrelse og administrationsmåde bør afpasses individuelt efter patientens alder og depressionens sværhedsgrad. Specielt unge og ældre bør doseres forsigtigt grundet øget følsomhed. **Peroralt:** Initialt 2 tabl. à 25 mg fordelt på 2 doser eller 1 Anafranil® Retard depottablet à 75 mg om morgenen, stigende gradvist i løbet af første behandlingsuge til 4-6 tabl. à 25 mg eller 2 Anafranil® Retard, depottabletter à 75 mg givet i éngangsdosis om aftenen. Efter tydelig bedring i tilstanden vil en vedligeholdelsesdosis på 2-4 tabl. à 25 mg dgl. eller 1 Anafranil® Retard depottablet à 75 mg ofte være tilstrækkelig. I svære tilfælde, f.eks. ved behandling af atypisk depressive tilstande, hvor obsessio-ner/kompulsioner dominerer sygdomsbilledet, kan en højere døgndosis være nødvendig. I enkelte tilfælde op til 200-300 mg dgl. **Intramuskulært:** Initialt: 1-2 ampuller à 25 mg, stigende med 1 ampul dgl. til 4-6 ampuller dgl. Når den ønskede virkning er opnået, reduceres antallet af daglige injektioner samtidig med overgang til peroral behandling i vedligeholdelsesdosis. **Intravenøs infusion:** Initialt: 2-3 ampuller (50-75 mg) fortyndet i 150-500 ml isotonisk saltvand eller glucoseopløsning indgives daglig i.v. i løbet af 1½-3 timer hver morgen indtil tydelig bedring, der i regelen indtræder efter 1 uges behandling - infusionsbehandlingen fortsættes derefter yderligere 3-5 dage. Herefter trinvis overgang til peroral behandling, 2 tabl. à 25 mg er almindeligvis ækvipotent med 1 ampul à 25 mg. **Ældre:** Behandlingen indledes med 1 tabl. à 10 mg dgl. Herefter gradvis øgning af dosis i løbet af ca. 10 dage til 30-50 mg dgl., der sædvanligvis er en sufficient vedligeholdelsesdosis. **Børn:** Initialt gives 1 tabl. à 10 mg dgl. I løbet af ca. 10 dage øges dosis hos børn i alderen 5-7 år til 20 mg dgl., i alderen 8-14 år til 20-50 mg dgl. og hos børn over 14 år til 50 mg eller mere dgl.

**Forgiftning. Tegn og symptomer.** Træthed, rastløshed, ataksi, kramper, stupor, coma, tachycardi, arytmier, hypotension og respiratorisk depression. **Behandling.** Fjernelse

af medicinen ved forsøgsvis at fremkalde brækning og/eller foretage ventrikelskyllning. Overflyt patienten til hospital, alt imens vitale funktioner søges sikret. Vitale funktioner bør monitoreres i de følgende få dage. Fysostigmin bør ikke bruges, idet risikoen for kramper øges.

## Dispenseringsformer og priser.

Tabletter à 10 mg  
30 stk. kr. 52,95  
100 stk. kr. 150,55

Tabletter à 25 mg  
30 stk. kr. 84,95  
100 stk. kr. 225,80

Depottabletter à 75 mg med delekzerv  
20 stk. kr. 179,65  
100 stk. kr. 786,50

Injektionsvæske, 12,5 mg/ml  
10×2 ml kr. 138,00

Priser incl. recepturgebyr

Tilskud og udleveringsgruppe  
Tilskud: 75%  
Udlevering: B.

# Litteraturreferencer

1. B. Jørgensen, N. Nørrelund, Per Bech & cand. pharm. Kurt Jakobsen: Smerter og depressive symptomer i almen praksis. En kontrolleret undersøgelse af Anafranil (clomipramin) versus placebo. Ugeskr. for Læger. 1984, 146, 2868-2872.
2. T. Vanggaard & B. Jørgensen: Atypiske endogene depressioner i almen praksis. Månedsskr. for prakt. lægeg., 1981, 59, nr. 3, 137-158.
3. T. Vanggaard: Atypiske endogene depressioner - diagnostiske kriterier med illustrerende kasuistikker. Geigy lægemidler (udg.), 1977.
4. Erik Strömngren: Depressive tilstande. Geigy lægemidler (udg.), 1978.
5. Ulf H. Vaag: Overvejelser vedrørende behandling af lettere depressive tilstande. Månedsskr. for praktisk lægeg. Febr. 1985.
6. Blumer, D., Heilbronn, M. Chronic pain as a variant of depressive disease. J. Nerv. Ment. Dis. 1982; 170: 381-406.
7. Philip G. Lindsay & Margo Wyckoff: The depression-pain syndromes and its response to antidepressants. Psychosomatics. 1981, 22, no 7, 571-577.
8. H.S. Moffic & E. S. Paykel: Depression in Medical In-patients. Brit J. Psychiat. 1975, 126, 346-353.
9. Per Bech et al.: Pains as presentation symptoms in liaison psychiatry, as evidenced by outcome of clomipramine treatment. Two placebo controlled trials. Nordisk Psykiatrisk Tidsskr, suppl. No. 20, vol. 43, 1989.
10. D. Loldrup et al.: Clomipramine and mianserin in chronic idiopathic pain syndrome. A placebo controlled study. Under publicering.
11. G. Eberhard et al.: A double-blind Randomized Study of Clomipramine versus Maprotiline in Patients with Idiopathic Pain Syndromes. Neuropsychobiology 19. 25-34, 1988.