

# Nedtrapping av psykiatriske medikamenter



Verdt å vite om minimering og håndtering av abstinenser, tankekjør og vonde følelser

Anders Sørensen 2021, 2.

## FORORD - når abstinenser tolkes som tilbakefall

---

Har du forsøkt å stoppe, glemt eller redusert dosen av psykiatriske medikamenter? Har du følt deg dårlig og tenkt "dette er meg uten medisiner. Da trenger jeg nok sannsynligvis medisinen. Den virker, og jeg burde begynne med den igjen?" Disse tankene er helt forståelige, men sjelden riktige. Ubehag og symptomer i forbindelse med dosereduksjoner kan også være abstinenser, som er en forbigående tilstand som går over så snart kroppen har stabilisert seg til den lavere dosen.

Alle psykoaktive legemidler er avhengighetsskapende i den forstand at reduksjon av en tilvennet dose kan gi abstinenssymptomer; fraværet av de ubehagelige abstinenssymptomene avhenger av at du fortsetter å ta medikamentet, enten det virker eller ikke. Kroppen blir vant til medikamentet og vil reagere med abstinenssymptomer hvis den vanlige dosen ikke tas.

Nedtrapping vil provosere frem abstinensstilstanden som du ellers unngår å komme i kontakt med ved daglig inntak av medikamentet. Grunnlaget for en vellykket nedtrapping er å forstå abstinensstilstanden som "meg som slutter med medisiner" og ikke "meg uten medisiner".

Nedtrapping handler om å minimere - eller helt unngå - abstinensene ved hjelp av gradvise dosereduksjoner, slik at kroppen kan følge med. Samtidig handler det om å håndtere abstinenssymptomene på en riktig måte i den perioden. Når medikamenttåken letter, og følelseslivet og tankeaktiviteten vender tilbake, kan tiden umiddelbart etter nedtrappingen være vanskelig. Du begynner å kjenne deg selv igjen.

Det normale, foranderlige, analyserende, dømmende, vurderende og ofte negative menneskesinnet og følelseslivet kan være vanskelig å våkne opp til etter langvarig medisinerings, og selve overgangen kan være brå og overveldende. Uten medisinerings trengs det nye strategier for å takle tankekjøret samt de vanskelige følelsene og for å unngå tilbakefall - psykoterapi kan derfor være nødvendig. Det er imidlertid ofte verdt det for å oppleve gjenvunnet klarhet,

energi, kreativitet, motivasjon, fysisk ro og tilgang til glede etter en vellykket nedtrapping. Alle som ønsker å oppleve den medikamentfrie versjonen av seg selv bør støttes og hjelpes, ikke motarbeides.

Som nedtrappingsbehandler lærte jeg raskt, hvordan konkret kunnskap om abstinenser, medisinerings, abstinensprosesser og den medikamentfrie psyken hjalp klientene mine gjennom denne vanskelige prosessen. Derfor har jeg i denne veilederen samlet den viktigste kunnskapen å ha med seg under en nedtrapping.

Denne veilederen bør aldri stå alene, og jeg vil på det sterkeste fraråde å gjøre en nedtrapping på egen hånd. Nedtrapping av legemidler er uforutsigbart og potensielt farlig hvis det gjøres feil. Det finnes ingen måte å vite på forhånd om du kommer til å bli syk eller ikke. Søk alltid relevant rådgivning, involver en forståelsesfull lege og ha et sikkerhetsnett i tilfelle symptomene blir for sterke.

- Anders Sørensen, psykolog og forsker i psykofarmakologi



## **Innholdsfortegnelse**

**Abstinens skjema 3**

**Abstinenser og dosereduksjon - medikamenter i mindre doser enn standard størrelsene 4**

**Hvorfor oppstår abstinenser? 6**

**Dosereduksjon i starten 6**

**Går abstinensene over, hvis man øker dosen? 6**

**Abstinensenes varighet 6**

**Vinduer 7**

**Intervallet mellom reduksjonene 7**

**Når oppstår abstinensene etter en dosereduksjon? 7**

**Om de forskjellige typer psykiatriske medikamenter 8**

**Abstinensdepression - når abstinenser forveksles med behov for medikamentet 8**

**Psykologisk avhengighet 8**

**Håndtering av abstinenser 9**

**Håndtering av følelseslivet uten medikamenter 10**

**Håndtering av tankekjør uten medikamenter 10**

**Tillegg 1: Nei, du har ikke en kjemisk ubalanse som medikamentet retter opp 11**

**Tillegg 2: Abstinens sitater - beskrivelser fra mennesker i akutte abstinenser 13**

## Abstinens skjema

Abstinenssymptomer og symptomer på psykiske lidelser kan være svært like og derfor vanskelige å skille fra hverandre (spesielt depresjon, angst, PTSD og stress). Tabellen nedenfor viser de typiske abstinenssymptomene på psykiatriske medikamenter. Tabellen kan brukes til å minne deg selv og dine omsorgspersoner på at abstinensene er midlertidige; det er "meg som slutter med medisiner", ikke "meg uten medisiner". Skriv ned alvorlighetsgraden av symptomene du har ved siden av dagene og dosene (1 til 5, der 5 er verst), men ikke kjenn etter for mye. Abstinenser går raskest over hvis du lar dem gå over av seg selv; som et sår du vil pille på, men som bare forlenger helingsprosessen. Se om det går over hvis du lar det være. Hvis noen av de psykiske symptomene vedvarer, må du undersøke om du virkelig har noe å være deprimert/engstelig/psykotisk over, som må løses. Skjemaet er utarbeidet av Anders Sørensen og Peter Gøtzsche og er basert på forskning.<sup>1,2</sup>

Måned: _____ Dato i måneden: _____																						
Dose:																						
Angst / panikk																						
Depressiv tilstand (abstinensdepresjon)																						
Influensalignende symptomer																						
Ubehag i magen, kvalme, tap av matlyst																						
Irritabilitet / sinneutbrudd																						
Mangel på energi / utmattelse																						
Plutselig gråt																						
Uro og rastløshet / kan ikke sitte stille																						
Søvnproblemer, søvnløshet																						
Livlige drømmer / mareritt																						
Muskelstivhet eller muskelsmerter																						
Stikkende / brennende følelse																						
Svimmelhet																						
Forvirring / konsentrasjonsvansker																						
Jeg er ikke meg selv																						
Selvmordstanker																						
Elektriske støt eller lynglimt i hodet																						
Humørsvingninger																						
Øresus / tinnitus																						
Ufrivillige bevegelser / restless leg																						
Risting og skjelving																						
Hodepine																						
Problemer med at holde balansen																						
Svetteanfall																						
Hjertebank																						
Priking eller stikkende følelse																						
Kløe eller rødhet																						
Gullfiskbolle opplevelse																						
Endret smak eller luktesans																						
Følsomhet for lys eller lyd																						
Hukommelsesproblemer																						
Seksuelle forstyrrelser																						
Uklart syn / ømme øyne																						
Mani eller hypomani / eufori																						

1. **Nielsen, Hansen & Gøtzsche 2011.** What is the difference between dependence and withdrawal reactions? A comparison of benzodiazepines and selective serotonin re-uptake inhibitors. *Addiction*; 107:900-8.

2. **Fava, Gatti, Belaise et al. 2015.** Withdrawal symptoms after Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Discontinuation: A systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*; 84:72-81.

## Abstinenser og dosereduksjon - mindre doser enn standard størrelse

Forekomsten og alvorlighetsgraden av abstinenser avhenger av hvordan du reduserer dosen. Et typisk nedtrappingsforløp ser ut som eksemplene i tabell 1, som er resultatene fra en av mine nedtrappingsgrupper. Rødt indikerer de gangene de måtte øke dosen igjen, enten fordi reduksjonen var for stor eller fordi timingen viste seg å være for dårlig.

**Tabell 1.** Udtrappingskemaer (dosis i mg)

Citalopram	Sertralin	Sertralin	Paroksetin	Lamotrigin	Abilify	Olanzapin	Brintellix
40	150	100	<b>20</b>	175	30	10	20
20	100	90	17.5	150	20	7,5	15
17.5	<b>125</b>	80	15	125	10	5	12,5
15	112.5	70	12.5	<b>150</b>	7,5	3,75	10
12.5	100	60	10	125	6,25	<b>2,5</b>	7,5
<b>10</b>	75	<b>50</b>	7.5	100	<b>5</b>	1,25	6,25
7.5	<b>50</b>	42	5	75	3,75	0,075	<b>5</b>
5	25	34	2.5	62.5	2,5	<b>1,25</b>	4
3.75	12.5	30	<b>5</b>	50	1,875	0,075	3
2.5	6.25	25	5-2 (TS)*	37.5	1.25	0	2,5
1.25	0	20	2-0 (TS)	<b>25</b>	0,83		2
0		15	0	12.5	0,41		1,5
		11		0	0		1
		7					0,5
		4					0
		0	<i>TS=Taperingstrip. Se tekst</i>				

Legg merke til hvordan dosereduksjonene blir mindre og mindre i løpet av nedtrappingen.

Dette har vist seg å være nødvendig for mange for å minimere eller til og med unngå abstinenser helt. Dette er problematisk i praksis fordi det krever at man reduserer dosen i mindre porsjoner enn det som standardpille-størrelsen tillater (den minste standarddosen er markert med fet skrift i tabellen). Vi har undersøkt temaet og funnet en mulig forklaring, som har å gjøre med såkalt reseptormetning.

Reseptormetning er et mål på den biologiske effekt i hjernen ved en gitt dose. Legemidlet blokkerer (eller "metter") forskjellige reseptorer, og dette påvirker konsentrasjonen av signalstoffer i hjernen, for eksempel serotonin og dopamin. Dette har betydning for nedtrapping, fordi det oppstår abstinenssymptomer, når reseptormetningen avtar for mye på en gang. Problemet er at reseptormetningen øker kraftig i starten ved lave doser og flater ut ved moderate og høyere doser (se figur 1 og 2, side 5).

Forholdet mellom dose og reseptormetning er ikke lineært, men følger en karakteristisk hyperbol form. Dosen må derfor reduseres på en måte som sikrer en gradvis reduksjon av reseptormetningen, og dette krever svært små doser. Mislykkede nedtrappingsforsøk skyldes vanligvis, at dosen reduseres i de samme intervallene gjennom hele forsøket, f.eks. 20→15→10→5→0 mg citalopram eller paroksetin, 100→75→50→25→0 mg sertralin, 150→112,5→75→37,5→0 mg venlafaxin eller 120→90→60→30→0 mg duloksetin. Disse dosereduksjonene tilsvarer en reseptormetning på ca.

83%→80%→75%→60%→0%, og det er ikke en gradvis nedtrapping, men snarere en økning i nedtrappingsprosenten, og dermed oppskriften på alvorlige og langvarige abstinenser.

Ved nedtrapping går man fra høyre mot venstre i kurven og det betyr at dosereduksjonene har en større og større effekt på reduksjonen i reseptormetning og derfor forårsaker mer og mer abstinenser etterhvert som man nærmer seg 0 mg.

Å gå fra 5 til 0 mg er altså et større skritt enn å gå fra 10 til 5 mg - og til og med 20 til 5 mg

- fordi de siste mg i en nedtrapping rett og slett er mer potente og har større innvirkning på hjernens kjemi. Derfor er de siste trinnene i en nedtrapping ofte de vanskeligste.

*En tilstrekkelig gradvis og langsom nedtrapping krever at dosen reduseres i mindre porsjoner enn den minste pillen som produsenten tillater.*

Dette gjelder alle typer psykiatriske medikamenter; reseptormetningen er for høy allerede ved halvparten av den laveste dosen (etter delingskurven) til at kroppen klarer å henge med. Derfor må du være kreativ ved å dele opp pillene i enda mindre doser. Det er flere måter å gjøre dette på:

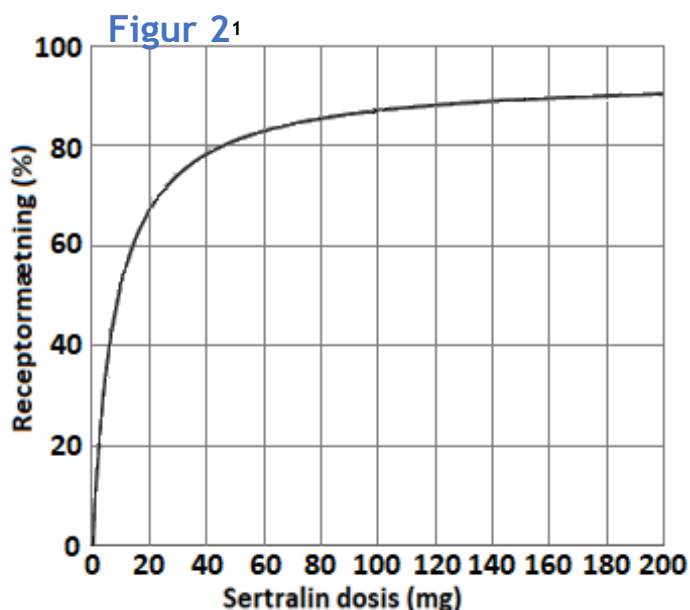
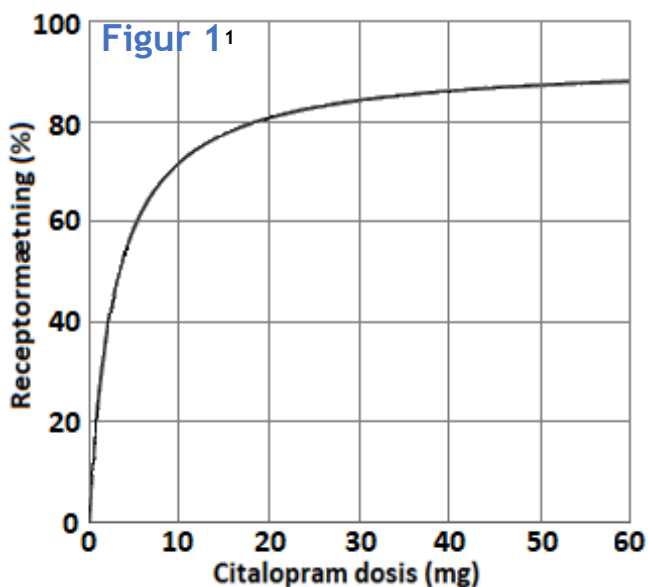
- Skjær pillene i mindre biter med en skarp kniv. Dette er vanligvis mulig i begynnelsen, men blir problematisk med de mindre dosene, hvor det har veldig mye å si om du treffer 1 eller 1,5 mg, for eksempel. Bruk en vekt med nok desimaler til å måle den nøyaktige dosen.
- Løs opp pillene i vann, fjern en viss prosentandel av hele oppløsningen og svelg resten. Hvis du løser opp 10 mg medisin i 50 ml vann, vil du få en dosereduksjon på 1 mg (eller 10 %) hvis du fjerner 5 ml av oppløsningen med en sprøyte (uten nål). 10 ml tilsvarer 2 mg og 2,5 ml tilsvarer ½ mg. Ved oppløsning av 10 mg legemiddel i 20 ml vann, tilsvarer 2 ml 1 mg, 4 ml tilsvarer 2 mg og 1 ml tilsvarer ½ mg. Når pillen er grundig oppløst i vannet, blir prosentandelen av oppløsningen og medikamentdosen den samme.

Du kan derfor treffe en hvilken som helst dose med en sprøyte som måler 1 ml eller mindre. Bruk også en sprøyte til å måle den nøyaktige mengden vann du løser opp i. Husk å få med eventuelle rester og bunnfall.

- Åpne kapslene (for preparater som venlafaxin/Efexor og duloksetin/Cymbalta) og reduser dosen med 3-10 % av de små granulaterne som kapslene inneholder. Antall granulater i minimumsdosen varierer mellom 8 og 150 avhengig av produsent.

- Nedtrappingsstrimler; en strimmel med 28 ferdigpakke døgndoser, som gradvis blir minimalt mindre for hver dag. Så du kan for eksempel redusere gradvis fra 5 til 2 mg i løpet av 28 dager uten at kroppen opplever sjokket ved å gå rett fra 5 til 2 mg, noe som forårsaker alvorlige abstinenssymptomer for de fleste. Nedtrappingsstrimler inneholder dermed alle de spesifikke dosene som kan oppstå mellom den aktuelle dosen og den neste dosen, som det er vanskelig å treffe nøyaktig selv. Nedtrappingsstrimler produseres kun i Nederland og er reseptbelagte gjennom legen din via skjemaet på nettstedet [www.taperingstrip.com](http://www.taperingstrip.com). Det er dessverre importforbud på nedtrappingsstrimler i Norge.

*MERK: Depot- og enterotabletter må ikke deles utover standarddosene, da belegget har en funksjon i forhold til nedbrytning i magesyren som ikke må brytes opp.*



1. Kurverne bygger på data fra Meyer 2004, *Am J Psychiatry*;161:826-835

## Hvorfor oppstår abstinenser?

Tenk på antidepressiva som en slags gasspedal, som øker konsentrasjonen av først og fremst serotonin i hjernen. Hjernen identifiserer dette som en ytre påvirkning, som den i utgangspunktet er innrettet for å motvirke: Den setter på bremsene, og enderesultatet blir det vi vanligvis kaller tilvenning. Hvis du tar medisinen over lang tid, setter bremsen seg fast og trenger tid til å løsne igjen når dosen reduseres, og dette opplever vi som abstinenssymptomer.

Det betyr at hjernen over tid gjør seg mindre mottakelig for de signalstoffene som det psykiatriske medikamentet øker konsentrasjonen av. Kroppen kjenner balansen sin og er konstruert for å gjenopprette denne hvis den blir forstyrret utenfra. Medisinerings påvirkning på hjernens kjemi er ikke noe unntak, ettersom det ikke finnes noen kjemiske ubalanser ved psykiske lidelser (se vedlegg 1, side 11). Det er derfor mer korrekt å si at medikamenter forstyrrer hjernekjemien heller enn å fikse den. Abstinenser oppstår når kroppen må avvenne seg fra medikamentene igjen. Når dosen reduseres, faller konsentrasjonen av signalstoffene tilbake til sitt opprinnelige nivå, men det tar lengre tid før følsomheten normaliseres enn for konsentrasjonen å normalisere seg. Dette skaper en midlertidig ubalanse i hjernens kjemi, som fører til abstinenser. Nervesystemet er nå mindre følsomt for signalstoffet, som samtidig er mindre enn vanlig. Med andre ord: Når dosen reduseres, lettes trykket på gasspedalen mens hjernen fortsetter å bremse en stund til.

*Abstinensene inntreffer når reseptormetningen (trykket på gasspedalen) avtar for mye på en gang, fordi hjernen trenger tid til å justere sensitiviteten på nytt (slippe trykket på bremsen). Alvorlighetsgraden av abstinensene tilsvarer derfor størrelsen på den midlertidige ubalansen som du skapte ved å redusere dosen, og derfor handler nedtrappingen om å redusere dosen på en måte som gjør at hjernen kan følge med.*

## Dosereduksjon i starten

Noen mennesker reagerer ikke med abstinenser før de kommer ned på en lavere dose, og kan derfor lett redusere dosen kraftig i begynnelsen. Se eksempelet i tabell 1 med 40→20 mg citalopram, som utspilte seg uten abstinenssymptomer, mens alle påfølgende dosereduksjoner resulterte i

alvorlige abstinenssymptomer av 7-14 dagers varighet. Med unntak av den siste reduksjonen fra 1,25→0 mg, hvor de varte i 3 måneder.

Andre opplever også abstinenssymptomer ved høyere doser. I en pågående nedtrapping av citalopram, for eksempel, må vi redusere svært langsomt fra 35→32,5→30→27,5 mg osv. hver gang med abstinenssymptomer. Du kan ikke vite på forhånd om du tilhører den ene eller andre gruppen, eller om du i det hele tatt vil oppleve abstinenssymptomer. Du må derfor prøve deg frem på en kontrollert måte.

*Alvorlighetsgraden av abstinenssymptomer er individuelt og må tilpasses det enkelte individet. Det faktum at reseptormetningskurvene flater ut ved høyere doser, betyr ikke at alle høyere doser, kan reduseres kraftig i begynnelsen. At dosereduksjonene bør reduseres mindre og mindre gjelder for alle. Konsekvensen av en for kraftig dosereduksjon kan i verste fall føre til alvorlige abstinenssymptomer som varer i flere måneder.*

## Går abstinenser over hvis man øker dosen?

I de aller fleste tilfeller går abstinensene raskt over når du gjenopptar den tidligere stabiliserte dosen - men det er ingen garanti for dette. Å øke dosen er et effektivt verktøy i en nedtrapping fordi det lar deg gå litt raskere frem til abstinensene inntreffer. Deretter kan du øke dosen (eller vente), stabilisere deg og deretter fortsette nedtrappingen med mindre dosereduksjoner og lengre tid mellom dem. Denne tilnærmingen innebærer en risiko for alvorlige abstinenssymptomer hvis du reduserer for aggressivt i begynnelsen, så den bør aldri utføres på egen hånd. Heller for sakte enn for fort! Legemidler som duloksetin (Cymbalta), venlafaxin (Effexor) og paroksetin (Seroxat) samt alle benzodiazepiner innebærer høyest risiko for langvarig abstinenser som følge av overdreven dosereduksjon, som ikke nødvendigvis forsvinner ved doseøkning.

## Varighet av abstinenser

Målet med gradvis nedtrapping er å gjøre abstinensperiodene kortere og mer utholdelige. Du styrer selv til en viss grad hvor mye du ønsker å utsette deg selv for, og noen ganger lykkes du med å unngå abstinensene fullstendig. Abstinensenes varighet er svært

individuelle og kan variere fra én dag til flere måneder, men vanligvis mellom 4-21 dager (med avtagende intensitet) ved korrekt nedtrapping og hvis abstinensene håndteres på en hensiktsmessig måte mens de står på (se side 9).

Men hvis abstinensene håndteres på en uhensiktsmessig måte, risikerer de å strekke seg over en lengre periode (eller skape nye, lignende symptomer). For eksempel hvis de fører deg inn i endeløse grublerier, bekymringer, indre fokusering og inaktivitet, eller rett og slett fører til at du ligger på sofaen i en slags influensa - *nå skal jeg gjøre ingenting og isolere meg* - logikk. Abstinensene vil prøve å trekke deg tilbake til tankekjør og inaktivitet, og øvelsen er å lære seg å koble av fra disse tankene og ikke engasjere seg i dem. Gjennom psykoterapi er dette en ferdsighet alle kan øve seg på, selv med de mest insisterende abstinenssymptomene og tvangstankene.

Følgende sitat beskriver det karakteristiske forløpet av abstinenser når de plutselig en dag forsvinner:

*“Nå har abstinensene begynt for fullt igjen. Jeg venter bare på at det skal gå over. Det begynte på onsdag med håpløshet og så ble det verre på lørdag og frem til i dag. Jeg har vært plaget av den villeste paranoia. Det har gått helt av sporet for meg. Jeg har grått hele dagen og har ikke sovet særlig mye i natt.”*

13 dager senere skriver personen igjen:

*“Hei Anders :-). Jeg ville bare fortelle deg at jeg har fått det bedre siden i går ettermiddag og jeg føler meg mye bedre. Jeg føler meg ikke så opprørt, trist og tung lenger. Det er superkult!!! :-). Jeg tør nesten ikke tro på at det går bra igjen. Tar virkelig en halvtime om gangen. Føler meg frem og er ikke særlig sprudlende. Jeg er redd for at det plutselig skal slå tilbake. Men samtidig nyter jeg også at de tunge tankene nesten er borte. Puh, for en opplevelse!”*

Se flere abstinenssitater i vedlegg 2, side 12. Legg merke til hvordan symptomene blir korrekt identifisert som abstinenssymptomer, og så lar de dem være i fred uten å tenke nærmere over dem eller analysere de nærmere, vel vitende om at det en dag vil gå over. Og det gjorde det.

## Vinduer

Bedring fra abstinenser kan også skje i såkalte vinduer, der abstinensene er intense den ene dagen og nesten helt borte den neste, og kommer tilbake den tredje dagen. Vinduet er den perioden hvor du føler deg helt eller delvis fri for abstinenssymptomer før de kommer tilbake i neste bølge. Mange opplever bedring på en slik måte at vinduene blir flere og flere, helt til abstinensene en dag er helt borte.

Det er viktig å skille mellom vinduene (som bare oppstår uten din påvirkning) og de periodene der abstinensene trer i bakgrunnen etter hvert som du flytter fokuset ditt bort fra dem. Mange forveksler vinduer med såkalt ekstern fokusering, der de aktiverer sin egen oppmerksomhetsmuskel for å distrahere seg selv fra symptomene. Altså ikke slik at symptomene forsvinner og dukker opp igjen, men at de trer i bakgrunnen. Så lenge man ikke aktivt legger merke til og fokuserer på dem, men i stedet vender oppmerksomheten utover og lar seg distrahere fra dem er dette en hensiktsmessig tilnærming.

## Intervallet mellom reduksjonene

Ved små nok dosereduksjoner og når det ikke er noen forstyrrelser, tar det vanligvis 2-4 uker mellom dosereduksjonene. Med “mikro-ekstraksjon” av kapsler klarer noen å redusere med 1-2 små granulater i betydelig kortere tidsintervaller, opptil flere ganger i uken. Denne metoden er også mulig med svært presise vannløsninger, f.eks. ved å fjerne 1-2 % hver tredje eller fjerde dag. Det er imidlertid svært individuelt om kroppen tillater det eller reagerer med abstinenssymptomer.

Ikke følg ulike tidsplaner og regler bare for å følge dem; hvis du ikke føler deg klar og stabilisert, må følelsen vinne over planene og reglene. Det er ikke en fallitterklæring eller et tegn på svakhet å ikke redusere som planlagt (eller å øke dosen igjen). Det er det nedtrapping er. Ofte går det flere måneder mellom hver dosereduksjon; ikke fordi abstinensene nødvendigvis varer så lenge, men fordi det ikke helt passer inn i hverdagen med abstinenser. Dette er helt normalt. Reduksjonene må planlegges slik at abstinensene ikke kolliderer med andre påkjenninger og belastninger.

## Når inntreffer abstinensene etter dosereduksjon?

Abstinenser inntreffer vanligvis etter 1-10



dager og avhenger først og fremst av stoffets halveringstid, som er et mål på hvor lang tid det tar for medikamentet å forlate kroppen (du kan søke etter medikamentet ditt på [www.felleskatalogen.no/medisin](http://www.felleskatalogen.no/medisin)). Med kort halveringstid som for eksempel venlafaksin, duloksetin, paroksetin, og de fleste benzodiazepiner, kan abstinenser til og med inntreffe i løpet av det samme døgnet. For noen mennesker tar det flere uker, og det er uforutsigbart.

*Det er ikke uvanlig at abstinenser oppstår først etter flere uker.*

Jeg har imidlertid lagt merke til at de fleste mennesker har sitt eget individuelle mønster, som man først kan identifisere etter de første 3-4 dosereduksjonene. Vanligvis inntreffer abstinensene etter like lang tid ved alle dosereduksjoner. Når du kjenner abstinensmønsteret ditt, blir abstinensene mindre uforutsigbare og lettere å håndtere.

### Om de forskjellige typer psykiatriske medikamenter

Ulike psykofarmaka påvirker ulike signalstoffer i ulike retninger, men felles for dem alle er at nervesystemet etter hvert vil motvirke effekten av medisinen. Derfor er abstinenser et innebygd problem når man slutter med langtidsbehandling, og prinsippene for nedtrapping er de samme enten det gjelder antidepressiva, antipsykotiske midler, benzodiazepiner, stemningsstabilisatorer eller andre stoffer som påvirker hjernens kjemi. Antidepressiva, benzodiazepiner og Lyrica spesielt, forårsaker generelt flere og verre abstinenssymptomer enn antipsykotika, og krever derfor lengre nedtrapping. Antipsykotika har derimot en markant kraftigere effekt på følelser og tankeaktivitet, og det er derfor mer sannsynlig at de er forbundet med slike utfordringer under nedtrappingen. Antipsykotika er til gjengjeld mer bivirkningstunge enn de andre medikamentene, slik at fordelene ved å slutte med dem er større. Dette krever imidlertid nøye observasjon og psykoterapeutisk tilbakefallsbehandling, ettersom risikoen for tilbakefall er høy.

### Abstinensdepresjon - når abstinenssymptomer forveksles med behov for medisiner

Abstinenssymptomer og symptomer på psykiske lidelser (spesielt depresjon, angst, PTSD og stress) ligner veldig mye på hverandre og kan derfor være vanskelig å skille fra

hverandre. Dette skaper en illusjon om at medisineren virker og er nødvendig, og det gjør at mange mennesker gir opp nedtrappingen og konkluderer for seg selv at de er "kronisk psykisk syke og i behov av medisiner". Det har også lurt forskere i årevis til å tro at medikamenter er effektive som langtidsbehandling; måten å studere det på er å slutte brått med medikamentet og konkludere med at det er effektivt i den grad pasientene føler seg uvel. I dag vet vi at det like gjerne kan være abstinenssymptomer, som er noe helt annet.

Fordi det er så nærliggende å tolke symptomer forbundet med abstinenser som "sykdommen som kommer tilbake", er begrepet "abstinenser" viktig å installere i bevisstheten. Noe du kan koble av fra og ikke analysere videre. Hvis det går over, var det sannsynligvis abstinenssymptomer. Hvis det ikke går over, må du undersøke nærmere om du har noe i din nåværende livssituasjon å være deprimeret, engstelig, stresset eller psykotisk av, og deretter løse det.

Dette poenget er lett å forstå rasjonelt, men vanskeligere i praksis, og det er derfor psykoterapi i forbindelse med nedtrapping kan være nødvendig. Angsten trenger ikke å kontrollere livet ditt, og etter vel utført psykoterapi, kommer den heller bare på besøk, og så forsvinner den igjen. Kuren mot angsten for tilbakefall er å gå gjennom de første abstinensperiodene på en kontrollert måte, og på den måten erfare at abstinensene vil komme og gå igjen - selv om det ikke føles slik. En tidligere klient uttrykte denne opplevelsen på en kortfattet og presis måte da han etter en 2-årig nedtrapping av 20 års bruk av benzodiazepiner og antidepressiva sa: "Det går over, men du tror bare ikke på det."

På den andre siden av abstinensene kan du se frem til å føle deg som deg selv igjen og oppleve hele spekteret av følelser - på godt og vondt. Dette omfatter også den dyptfulte gleden, motivasjonen og klarheten som også kommer tilbake. De aller fleste mennesker blir kvitt bivirkninger, spesielt indre uro, medikamentindusert angst, irritabilitet, anspenthet og nedstemthet. For noen forsvinner de mest alvorlige bivirkningene ved lavere doser.

### Psykologisk avhengighet

Medisinerer gjør deg blind for andre mulige

forklaringer på hvorfor du føler deg bedre.- Jeg møter mange mennesker som tror at bedringen bare skyldes medisiner alene, og det er et problem hvis det ikke er tilfelle. Denne psykologiske avhengigheten av pillene gjør nedtrappingen vanskeligere og mer angstfremkallende. Seponeringsprosessen bør derfor inkludere en avklaring av hva som har endret seg og omstendigheter som også har endret seg i livet siden oppstart av medisinering. Min erfaring er at dette resulterer i helt andre historier enn "det var bare pillene som hjalp meg". For eksempel om personlige seiere, om å overvinne kriser, vane- eller strukturendringer, om å åpne seg opp for sine nærmeste og bryte ensomheten, håp og forventning om bedre tider, eller et endret og forbedret forhold til tanker og følelser generelt. Du klarte det! Fordelen med denne øvelsen er at du oppdager og styrker troen på at du har kontroll og tillit til din egne evner generelt. Fra psykologisk forskning vet vi at dette reduserer risikoen for tilbakefall.

Vi vet også fra forskning at pasienter på placebopiller opplever samme effekt som pasienter på antidepressiva gjør. Hvis det hadde vært selve medikamentet i seg selv, ville vi sett en stor forskjell mellom de to gruppene. Derfor er det lite som tyder på at medikamentene er årsaken til den bedringen mange opplever.

*Det faktum at det ikke er noen klinisk forskjell mellom placebo og antidepressiva betyr ikke at man ikke kan oppleve bedring i forbindelse med medisinering. Det betyr at en slik bedring må ha andre årsaker enn selve medisineringsen.*

Kanskje har pillene hjulpet deg ut av hullet og opp av sengen, men det betyr ikke at pillene fortsatt er nødvendige for å opprettholde bedringen. Hva om det som betyr noe, er de tingene og endringene som pillene gjorde det mulig for deg å gjøre (placebo eller ikke)?

### Håndtering av abstinenser

Abstinenser krever tålmodighet: å være i stand til å håndtere lange ventetider, forgjeves anstrengelser eller andre ubehageligheter uten å miste besinnelsen. Du vil sannsynligvis oppleve en trang til å gjøre noe med abstinensene; gruble over dem, analysere dem, ta alle slags kosttilskudd, søke på internett etter mirakelkurer og his-

torier og generelt være villig til å gjøre hva som helst for å unngå ubehaget. Disse strategiene er forståelige, men fungerer sjeldent og risikerer å bli nytteløse bestrøbelser som bidrar til problemene.

*Abstinenser kan bare gå over av seg selv på naturlig vis, dvs. når kroppen har innsett at det er den som må tilpasse seg den lavere dosen, og ikke du som skal gjenoppta full dose.*

Det kan være nyttig å se på nedtrappingen som en helbredelsesprosess, som dessverre er ubehagelig, men som er et godt tegn på at kroppen er i stand til å finne tilbake til sin naturlige tilstand. Som en gave som kommer i en stygg innpakning.

Når du opplever sterke abstinenser må du prøve å bli venn med tanker som:

- Hvor lenge kommer dette til å vare?
- Hva om jeg aldri blir bedre?
- Hva er dette for noe?
- Hva om jeg faktisk trenger medisinen og dette er meg uten medisiner?
- Hva om jeg får tilbakefall?
- Holder jeg på å bli gal?

Selv om du har lest og forstått hva nedtrapping og abstinenser handler om, kan ikke hjernen din forstå det mens du står i det. Den vil fortsette å produsere katastrofetanker og "hva hvis"-tanker, i tillegg til å analysere og gruble over hva symptomene er og hva de betyr. I psykoterapi lærer man å la tankene være, det vil si å ikke holde fast ved dem og blindt følge de negative sporene av grubling, bekymringer, selvkritikk og sinnets endeløse skrekkszenarioer om fremtid og innadventd fokus. Mange mennesker innser ikke at de har kontroll over hva de gjør med tankene sine og symptomene sine, og dermed blir både abstinenser og psykiske problemer ekstra vanskelige. Uten de riktige strategiene vil du oppleve at symptomene og tankene vil trekke deg mer inn, enn det du kan motstå og koble deg fra. Psykolog rådgivning for tankehåndtering kan være nyttig. Mitt andre råd er:

**Unngå indre fokus, influensalogikk og "sjekk etter"-tankegangen.** Rett oppmerksomheten utover i verden, mot det som kan oppta deg. Da vil du oppdage at ubehaget, symptomene og tankene faktisk kan komme i

bakgrunnen når du gjør noe som krever din oppmerksomhet. Gjentatte erfaringer av at dette kan gjøres, gir en følelse av kontroll over abstinensene, noe som gjør avvenningen lettere. Å trekke ut stikkontakten helt hjelper sjeldent, for da er det virkelig tid til å tenke for mye og fokusere innover. Men: **Samtidig må du tillate deg selv å slappe av og gi kroppen din hvile når du trenger det.**

Ignorer den indre prestasjonsstemmen og selvkritikken som prøver å overbevise deg om at du burde gjøre det du pleide å gjøre. Aktivitetsnivået bør opprettholdes fordi det fjerner fokuset fra abstinensene og dermed hjelper prosessen. Du kan senke forventningene til deg selv og gi deg selv et frikort for alle de tingene du ellers ikke tillater deg selv i hverdagen. Gå lange turer, se en hel serie, se to, les den boken du har hatt lyst til å lese men ikke har gitt deg selv tillatelse til å gjøre, bruk tid på å lage et ordentlig måltid, snakk med naboen din eller hva som helst som kan gi deg den nødvendige avkoblingen. Det er her kroppen leges best. Og så gir du etter hvis kroppen etter en aktiv dag (eller ettermiddag eller time) sier at den trenger å ligge på sofaen og ikke gjøre noe. Skift gir. Det er helt i orden.

**Gjør det klart for deg selv hvorfor du trapper ned**

Det blir lettere å holde ut med abstinenser hvis du har et visualisert mål om hvorfor du ønsker å bli medikamentfri. Spesielt i de periodene der du kanskje ikke opplever fremgang med abstinenser og nedtrapping kan dette være en effektiv strategi. Vi mennesker kan tåle enorme lidelser og press hvis vi vet at vi gjør det for noe som er viktig for oss. Det blir lettere å lide hvis vi lider for noe.

**Trapp aldri ned alene. Involver dine nærmeste.**

I perioder med sterke abstinenser og tanker som prøver å dra deg ned i mørket, trenger du en annen person til å minne deg på at abstinensene er midlertidige, og at det ikke er "deg uten medisiner". Den menneskelige psyken fungerer dessverre på en slik måte at man i pressede situasjoner setter på skyklapper for relevant kunnskap og erfaring du faktisk har - inkludert det du leser akkurat nå.

### Håndtering av følelseslivet uten medikamenter

Det er ikke bare pillene som må fases ut; det er også den biologiske psykiatrien og hva den kan ha gjort med deg. Det sykdomsori-

enterte tankesettet må avinstalleres, og du må finne andre strategier enn medisiner for å håndtere tanker og følelser. Det betyr først og fremst et annet syn på følelseslivet og det vi har blitt vant til å kalle "symptomer". Likestillingen mellom ubehagelige følelser og det å være mislykket må erstattes med et emosjonelt kompass som kommuniserer til oss gjennom ubehagelige følelser når noe er galt. Som sult, som må være ubehagelig for å fungere.

*Følelsesmessig ubehag knyttet til noe er et tegn på et velfungerende system, ikke en sykdom.*

Tilgangen til det emosjonelle kompasset åpner seg igjen, og trikset er å ikke se på ubehagelige følelser som noe galt som bare må forsvinne, men som potensielt viktig informasjon som bare naturlig forsvinner når du lytter. Det er irriterende er at medisinsk behandling sjelden undersøker om det faktisk er noe å være "deprimert", "engstelig" eller "psykotisk" av i forbindelse med nåværende livssituasjon og livsstil. Dette kan være:

- Aktuelle livskriser (inkludert store, livsendrende overganger i livet)
- Et liv som ikke er i samsvar med dine egne verdier og mål (i så fall kan man forvente følelsesmessig ubehag så lenge du holder kursen).
- Uoppfylte psykologiske behov (f.eks. å ha tilhørighet, venner og intime relasjoner, meningsfulle aktiviteter, føle seg trygg, ha en retning, utfordringer og eksternt fokus)
- At du oppholder deg for mye i hodet og dermed ikke er i nuet (overtenkning).

Disse problemene bør adresseres før sykdom blir forklaringen. Er tristheten, angsten, sinnet, ensomheten og tankekjøret knyttet til ting du setter pris på, men som for øyeblikket er truet ikke er tilstrekkelig til stede? Noe, som hvis du fortsetter på nåværende kurs vil gjøre deg enda mer ulykkelig og som det emosjonelle kompasset ditt prøver å styre deg unna? Hva er det du tror at du ikke takler? Hva er det medisinen beskytter deg mot?

Det å åpne disse dørene og la deg lede av vanskelige følelser etter lang tids medisiner kan være så overveldende i begynnelsen at du må gjøre det sammen med noen. Dette

kan være en psykolog som er opplært til å navigere i følelsmessig smerte uten å la den overvelde deg, eller en god venn som forstår deg.

## Håndtering av tankekjør uten medikamenter

Hjertet pumper blod, lungene puster og hjernen produserer tanker, og de fleste av dem er negative. Det er en livsoppgave for oss alle å håndtere og lære å koble av fra disse negative tankene, slik at vi slipper å følge med på skrekkscenariene om fremtiden og repetisjoner av fortid og traumer hver gang tankene dukker opp. Tankene kan gjøre disse to tingene: forestille seg fremtiden og gjenoppleve fortiden. Ved psykisk lidelse har disse mekanismene vendt seg mot oss og forårsaker lidelse. De vil prøve å trekke oss tilbake til fortiden og overbevise oss om at historien gjentar seg når noe minner oss om den og de vil hele tiden projisere oss inn i fremtiden og spille ut forskjellige (ofte feilaktige og negative) spådommer om hvordan ting vil utvikle seg.

Problemet er at hjernen er dårlig til å skille mellom det vi forestiller oss og det som faktisk skjer. Vi stiller oss selv spørsmål, svarer på dem negativt, og føler det nå som om det var slik. "Tenk om..." og "Hvis jeg bare hadde...". Tanker om fremtiden (bekymringer), fortiden (grubling) og om oss selv (selvkritikk) har en stor innvirkning på hvordan vi har det i øyeblikket, der tankene blir tenkt. Derfor spiller det en stor rolle hvor mange timer av døgnet vi tilbringer i tankene våre (det grunnleggende metakognitive poenget). Psykisk lidelse oppstår når tankene kommer ut av kontroll og du føler deg overveldet og kontrollert av tankekjøret og de vanskelige følelsene. Da blir det vanskelig å:

- Være i nuet
- Nyte og være oppslukt av aktiviteter
- Sove
- Være glad
- Konsentrere seg
- Ha energi og overskudd

***Når det er tankene og følelsene som styrer deg, og ikke omvendt, blir resultatet psykisk lidelse.***

Jeg møter mange mennesker som har forsøkt å løse sine problemer ved å 1) tenke positivt/realistisk, 2) undersøke hvorfor de har det som de har det, 3) unngå situasjonene som utløser tankene, 4) forsøke å under-

trykke tankene eller 5) døyve tankene med medikamenter eller alkohol. Men som har endt opp med 1) å krangle med seg selv, 2) å kjenne til årsakene uten å løse noe, 3) fjerne seg selv fra viktige ting, 4) trekke i et tau med tankene sine, og forsterket dem, eller 5) at medikamentet eller alkoholen bare behandlet symptomene uten å gå til roten av problemet. Alle disse tingene gjøres fordi du ikke føler at du har kontroll over tankene dine.

Du vil derfor trenge nye strategier hvis tankekjøret oppstår under abstinensene etter å ha blitt undertrykt av medikamenter. Den psykologiske løsningen på tankekjøret er blant annet å oppdage og trene opp evnen til å la tankene være i fred, det vil si uten nødvendigvis å måtte gjøre eller ta noe. Oppmerksomhet er den muskelen som avgjør om vanskelige tanker fester seg eller går forbi, og den kan trenes opp. Gjennom såkalt oppmerksomhetstrening kommer du til et sted der tankene ikke lenger blir et problem, fordi du vet at du ikke trenger å gjøre noe med dem, uansett hvor insisterende de er - og så forsvinner de igjen. Målet er å gjenvinne kontrollen og komme til bunns i de vanskelige følelsene som tankene trekker deg mot, og da vil behovet for kortsiktige strategier avta. Tanker og følelser går fra å være et forstyrrende problem til noe vi lytter til når vi vil og lar passere når det er distraherende. Når den erkjennelsen blir virkeligheten, trenger de færreste medikamenter.

---

## Vedlegg 1. Nei, du har ikke en kjemisk ubalanse som kan korrigeres med medikamenter.

Ideen om kjemiske ubalanser ved psykiske lidelser oppsto da man på 1950-tallet observerte at farmasøytiske medikamenter som tilfeldigvis løftet humøret, også økte neurotransmitteren serotonin i hjernen. Derfor kunne det motsatte - nedstemthet og depresjon - kanskje skyldes mangel på serotonin. Nå, 70 år senere, har det blitt forsket intenst på slike kjemiske ubalanser ved psykiske lidelser uten å lykkes - ikke engang ved schizofreni eller alvorlig depresjon. Tvert imot er teorien ikke bare uprøvd, men motbevist av en rekke studier, noe som er grunnen til at forskningsmiljøet til slutt har forlatt den: 1) Serotoninnivået er det samme for deprimerte som for ikke-deprimerte, 2) medikamenter som reduserer serotoninnivået har samme effekt på depresjon som legemidler som øker serotoninnivået, 3) placebopiller

som ikke påvirker signalstoffene, har samme effekt på depresjon som antidepressiva, 4) det er ikke funnet noen sammenheng mellom medikamentenes effekt på serotonin-systemet og effekten på depresjonstrykket, 5) hjerne-mekanismene som opprettholder balansen i signalstoffene fungerer normalt hos personer med psykiske lidelser, 6) frekvensen av tilbakefall av depresjon er høyere for pasienter som tar antidepressiva eller antipsykotika over lengre tid enn sammenlignbare pasienter som ikke tar medikamenter, 7) prognosen for schizofreni er bedre i utviklingsland (som bruker betydelig mindre psykofarmaka) enn i Norge, til tross for det mye dyrere helsevesenet, og 8) hjernen fungerer ikke slik at man selektivt kan skru opp og ned på visse signalstoffer via medikamenter, fordi hjernen likevel ender opp med å motarbeide dem (kontakt meg for referanser). Teorien om kjemiske ubalanser lever dessverre fortsatt i beste velgående i praksis og i helsefaglige utdanninger og den blir ofte fortalt til pasienter ved oppstart av medisiner for å forklare hva som feiler dem og hvorfor medisineringen er nødvendig. Det spiller ingen rolle om du omfavner ideen om kjemiske ubalanser eller ikke. Ved å tolke angst, depresjon eller annen psykisk lidelse som en biologisk sykdom, risikerer du å tilsløre synet av dine egne uheldige mønstre eller relasjonelle og forståelige traumer. Samtidig risikerer du å bekrefte antakelser om at følelseslivet er uforståelig og tankene ukontrollerbare, dermed blir en eventuell innsats rettet mot å løse dette parkert.

*Måten du føler deg på, gir mening i forhold til det du har opplevd og situasjonen du befinner deg i.*

Det kan være provoserende å utfordre det narrative du har blitt fortalt og snakket om og kanskje holdt fast ved, og noen opplever en umiddelbar motstand mot å endre det sykdomspregede bildet av seg selv. Men over tid kommer lettelse og et fremtidsrettet fokus som er betydelig lysere enn de psykiatriske diagnosene og sykdomsidentiteten.

### **Men hva gjør pillene?**

Et psykofarmaka er først og fremst et psykoaktivt stoff som endrer sinnstilstanden, tankevirkosomhet og sinnstemning i en eller annen retning. Denne endringen kan da føles tiltrekkende og befriende i motsetning til symptomene, som for eksempel når

medikamentet demper tankekjøret eller demper vanskelige følelser. Ikke fordi det er tilført et stoff som du manglet, men fordi effekten av medikamentet på en eller annen måte føles tiltrekkende sammenlignet med symptomene du opplever. Å føle mindre kan føles bedre enn å føle ubehaget. Når tanker og følelser gjør vondt og skaper kaos i hodene våre, kan alt som kan gi oss en pause fra bråket føles som en venn, og som en nødløsning kan medikamenter noen ganger hjelpe oss ut av de dypeste hullene. Men som en langsiktig strategi risikerer symptombehandling å bidra til å forsterke lidelsen, blant annet fordi den hindrer deg i å innse at tankene og følelsene dine faktisk er kontrollerbare, og til dels fordi du ikke kommer til bunns i de primære følelsene dine. Det er derfor viktig å ikke forveksle symptomlindring med varig bedring, og uansett hva du føler om effekten av medikamentet, jobber kroppen mot virkningen og kan derfor skape avhengighet etter langvarig bruk og abstinenssymptomer ved nedtrapping.

Hvordan du håndterer tankekjøret og de vanskelige følelsene er avgjørende for om du utvikler en psykisk lidelse eller ikke. Unngåelse, distraksjon, alkohol, medikamenter og overtenkning er alle effektive strategier for dem som opplever tankene sine som ukontrollerbare og følelseslivet ubegripelig og overveldende. Innenfor dette rammeverket er strategiene løsninger på problemet, men på lang sikt risikerer løsningen å bli problemet.

Den psykologiske løsningen skiller seg fra den medisinske ved at den ikke "spiller på lag" med ukontrollerbarheten, men i stedet viser hvordan tankekjøret faktisk kan kontrolleres via din egen psyke, og hvordan følelseslivet ditt faktisk er styrkende og ikke trenger å overvelde deg. Når den virkeligheten inntreffer, trenger de fleste ikke medisiner.

---

## Vedlegg 2. Abstinenssitater - beskrivelser fra personer i alvorlig abstinens.

"I dag er det vanskelig! Angst og bekymring, samt veldig negative og påtrengende tanker. Men jeg vet at det er kjemi."

"Jeg blir veldig gråtkvalt i 2-3 uker og har en tendens til å gråte. Det kommer ut av det blå og uten grunn. Følelsene mine ruller over meg som en tsunami, og jeg løper rundt med kompasset mitt, men klarer ikke å navigere og finne retning i livet. Hvem er jeg nå uten piller? Hva skal jeg gjøre? Hvordan skal jeg komme meg videre? Jeg legger meg ned i bølgene og lar meg drive med strømmen og kjenner på det hele, i troen på at det er en prosess og at jeg er på rett vei."

"Jeg har aldri oppført meg slik før, dette er et vanvittig stoff"

"Vi har snakket om at det vil gå over når jeg er nede på 0 mg og kroppen har gjenoppbygget reseptorene sine. Jeg må tillate meg selv å tro på det. Grunnen til at jeg tviler, er at dette virker så likt MEG, slik jeg kjenner meg selv fra tidligere i livet. Selv før jeg begynte å ta medisiner. Altså med katastrofetanker osv. Skremmende!"

"I dag har jeg angst, kvalme og dårlig mage. Jeg prøver å hvile men kroppen min våkner hele tiden etter kort tid med angst og marerittaktige drømmer."

"Jeg er nervøs for at det er jeg som føler og sanser for mye - inkludert ting og følelser hos meg selv og andre som ikke er virkelige. Men det går over - det gjorde det forrige gang vi reduserte. Og gangen før det. Jeg inviterer tvilen inn uten å krangle med den. Samtidig er jeg redd for å bli gal! Jeg gråter utrolig lett og har vanskelig for å komme ut av denne tvilen og usikkerheten om meg selv og fremtiden."

"Jeg er nær ved å kaste inn håndkleet og trappe opp tilbake på 30 mg. Jeg føler meg så jævlig dårlig, kvalme, angst, veldig sterke selvmordstanker, elektriske støt i hodet. Jeg har aldri følt meg slik før."

"Det påvirker meg mye at lunta er så kort. Det fører til krangling med barna mine, som også reagerer mye for tiden. Det er ikke noe rart med det, når jeg ikke har noe særlig overskudd."

"Noen ganger mister jeg troen og tviler på at jeg noensinne vil bli bedre. Det er som et virus med

disse vanskelige tankene... Jeg trenger bare å vite at jeg vil føle meg bedre når jeg er ute av dette ... Bare fortsett å si det til meg. Si at du lover meg at jeg skal bli bedre, og at denne tilstanden ikke har noe med meg å gjøre."

**Etter en vel gjennomført nedtrapping kan det høres slik ut:**

"Musikk høres bedre ut, jeg er naturlig søvnig, matlysten har kommet tilbake, og jeg har begynt å glede meg over det jeg likte før. I dag merker jeg at jeg har betydelig mer energi enn jeg har hatt på lenge, noe som er superpositivt :)"

**Vær sterk. Du kommer til å komme deg gjennom det. Du vil få det godt igjen. Roen vil komme tilbake.**