

Udtrapning af psykofarmaka



Værd at vide om minimering
og håndtering af abstinenser

Anders Sørensen 2021

Forord – når abstinenser fejltolkes som tilbagefald

Har du prøvet at stoppe, glemme eller reducere din dosis psykofarmaka? Fik du det dårligt og tænkte 'det her er mig uden medicin. Så har jeg nok brug for medicinen! Den virker, og jeg må hellere genoptage den'? Disse tanker er fuldt forståelige, men sjældent korrekte. Ubehag og symptomer i forbindelse med dosisreduktion kan også være abstinenssymptomer, som er den midlertidige tilstand af ubehag, som går over, så snart kroppen igen har stabiliseret sig på den lavere dosis.

Alt psykofarmaka er afhængighedsskabende i den forstand, at reduktion af en tilvante dosis kan give abstinenssymptomer; fraværet af ubehaget *afhænger* altså af, at man fortsat tager medicinen, uanset om den virker eller ej. Kroppen vænner sig til medicinen og vil fremover reagere med abstinenser, hvis den tilvante dosis ikke tages. Ved udtrapning 'fremprovokeres' den abstinensstilstand, man ellers undgår kontakt med når man dagligt tager medicinen. Fundamentet for en vellykket udtrapning er at forstå abstinensstilstanden som *mig på vej ud af medicin* og ikke *mig uden medicin*. Udtrapning handler om at minimere – eller helt undgå – abstinenserne via gradvise og langsomme dosisreduktioner, så kroppen kan følge med. Samtidig handler det om at håndtere abstinenserne hensigtsmæssigt i den periode, de står på. Dernæst kan tiden umiddelbart efter udtrapningen være svær, når medicintågerne letter og følelseslivet og tankeaktiviteten vender tilbage. Man mærker sig selv igen.

Det normale, omskiftelige, negative, dømmende, analyserende, larmende menneskesind og følelsesliv kan være svært at vågne op til efter langvarig medicinering, og selve overgangen kan være pludselig og overvældende. Mange oplever angst. Uden medicinen er nye strategier nødvendige for at kunne håndtere tankemylderet og de svære følelser, og dermed undgå tilbagefald. Det kan psykologien og psykoterapien hjælpe med. Den gevundne klarhed, energi, kropslige ro og adgang til glædesfølelse efter en veludført udtrapning er dog oftest det hele værd, og enhver, der ønsker at opleve den medicinfri udgave af sig selv bør støttes og hjælpes, ikke modarbejdes.

Som udtrapningsterapeut erfarede jeg hurtigt, hvordan konkret viden om abstinenser, medicin, udtrapningsprocessen og den medicinfri psyke hjalp mine klienter igennem de svære perioder af udtrapningen. Derfor har jeg formuleret den for mig at se vigtigste viden at have med sig i en udtrapning; de ting, jeg alligevel ville bruge de første par sessioner på at forklare.

Denne guide må aldrig stå alene, og jeg vil på det kraftigste fraråde udtrapning på egen hånd. Udtrapning af lægemidler er uforudsigeligt og potentielt farligt hvis udført forkert. Nogen oplever ingen problemer eller abstinenser, men der er ingen måde på forhånd at vide det. Opsøg altid relevant rådgivning og hav et sikkerhedsnet klar hvis symptomerne bliver for voldsomme.

- Anders Sørensen; klinisk psykolog og forsker i udtrapning af psykofarmaka

Abstinenser og dosisreduktioner

Forekomsten og sværhedsgraden af abstinenserne afhænger af hvordan man reducerer dosis. Et typisk udtrapningsforløb ser ud som eksemplerne i tabel 1, som er resultaterne fra en af mine udtrapningsgrupper.

Læg mærke til hvordan dosisreduktionerne bliver mindre og mindre i løbet af udtrapningen. Dette har vist sig at være nødvendigt for at minimere – eller endda helt undgå – abstinenserne for mange. Det er problematisk i praksis, fordi det kræver, at man reducerer dosis i mindre dele end hvad standardstørrelsen på pillerne tillader (mindste dosis er markeret med **fed** i tabellen). Vi har forsket i emnet og fundet en mulig forklaring, som handler om såkaldt *receptormætning*. Dette kræver en halvlang og til tider nørdet forklaring for at give mening, som gerne skal læses flere gange:

Receptormætning er et mål for, hvor meget medicinen gør det, den nu skal i hjernen, ved en given dosis. Den 'mætter' bestemte receptorer, og det påvirker koncentrationen af hjernens signalstoffer, fx serotonin og dopamin. Problemet er, at receptormætningen stiger kraftigt i starten ved lave doser og flader ud ved moderate og højere doser (se figur 1 og 2). Altså at forholdet mellem dosis og receptormætning ikke er lineært, men følger en karakteristisk hyperbelform. Dette har betydning for udtrapning, fordi abstinenser opstår, når receptormætningen aftager efter at have været aktiv over længere tid. Dosis skal derfor reduceres på en måde, som sikrer en gradvis reduktion af receptormætningen. Forestil dig antidepressiva som en slags speeder, der øger koncentrationen af forskellige signalstoffer i hjernen, primært serotonin. Hjernen identificerer dette som en udefrakommende og unaturlig påvirkning, hvilket den er fundamentalt indrettet til at modarbejde – den træder på bremsen. Man ser, at hjernen med tiden gør sig selv mindre sensitiv over for de signalstoffer, som lægemidlerne øger koncentrationen af. Kroppen kender sine balancer og er indrettet til at genoprette dem, hvis de forstyrres udefra. Medicinsk påvirkning af hjerne kemi er ingen undtagelse, eftersom der ingen kemiske ubalancer er ved psykisk lidelse (se Tillæg 1, side 10). Derfor modarbejder og vænner kroppen sig til medicinen, og det giver abstinenser, når kroppen igen skal afvænne sig.

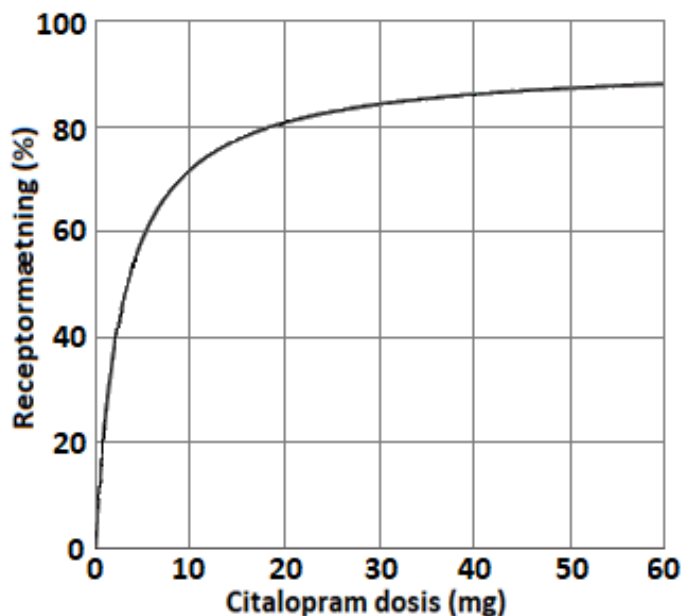
Citalopram	Sertralin	Sertralin	Paroxetin	Lamotrigin
40	150	100	20	175
20	100	90	17.5	150
17.5	125	80	15	125
15	112.5	70	12.5	150
12.5	100	60	10	125
10	75	50	7.5	100
7.5	50	42	5	75
5	25	34	2.5	62.5
3.75	12.5	30	5	50
2.5	6.25	25	5-2 (TS)*	37.5
1.25	0	20	2-0 (TS)	25
0		15	0	12.5
		11		0
		7		
		4		
		0	<i>TS=Taperingstrip. Se tekst</i>	

Når dosis reduceres og koncentrationen af signalstofferne falder tilbage mod sit naturlige niveau, tager sensitiviteten nemlig *længere tid* om at normalisere sig, end det gør for koncentrationen af signalstofferne. Dette skaber en midlertidig ubalance i hjernekemien, hvorfra abstinenserne opstår. Nervesystemet er nu mindre sensitiv over for noget, der samtidig er mindre af. Med andre ord: Når dosis reduceres, letter trykket på speederen *mens* hjernen fortsat træder på bremsen et stykke tid endnu.

Abstinenser opstår, når receptormætningen (trykket på speederen) aftager, fordi hjernen har brug for tid til at omstille sensitiviteten (slippe trykket på bremsen) tilsvarende. Derfor svarer sværhedsgraden af abstinenserne til størrelsen på den ubalance, man skaber ved reduktion af dosis, og derfor handler udtrapning om at reducere dosis på en måde, der tillader hjernen at kunne følge med.



Figur 1¹



De sidste skridt er de sværeste: Fra 5 til 2.5 mg er et større skridt end fra 20 til 5 mg

Mislykkede udtrappingsforsøg skyldes stort set altid, at dosis reduceres i de samme intervaller hele vejen, fx 20→15→10→5→0 mg citalopram eller paroxetin, eller 100→75→50→25→0 mg sertraline. Oversætter man disse dosisreduktioner til reduktioner i receptormætning svarer det i gennemsnit til ca. 83%→80%→75%→60%→0%, og det er ikke en gradvis udtrapping, men tværtimod opskriften på svære langvarige og abstinenser.

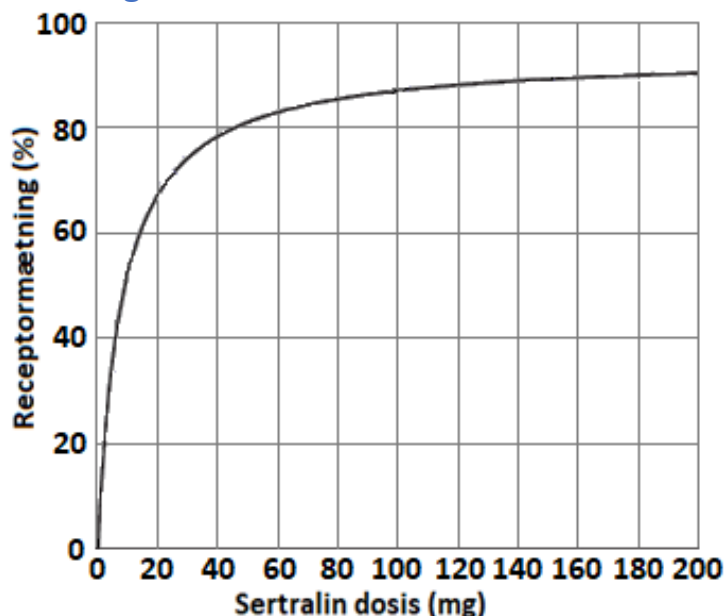
Ved udtrapping går man fra højre mod venstre i kurven, og det betyder, at dosisreduktionerne vil have en tiltagende større effekt på receptormætningen og derfor give flere og sværere abstinenser i takt med man nærmer sig 0 mg. Dosisreduktionen fra 5 til 2.5 mg er altså *større* end den fra 10 til 5 mg – og endda 20 til 5 – fordi de sidste mg i en udtrapping er mere potente og påvirker serotoninkoncentrationen i højere grad.

En tilstrækkeligt gradvis og langsom udtrapping kræver, at man reducerer dosis i mindre dele end hvad den mindste pille, der produceres, tillader.

Dette gælder formentlig alle præparater og alle typer psykofarmaka; receptormætningen er for høj allerede ved halvdelen af den laveste dosis (efter delekærven) til, at kroppen kan følge med. Derfor må man være kreativ med selv at dele pillerne i endnu mindre stykker, fx med en skarp kniv eller ved at opløse dem i vand og tage en vis procentdel af opløsningen fra.

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

Figur 2¹



Præparater som venlafaxin (efexor) og duloxetin (cymbalta) er oftest kapsler, ikke piller, og kan trappes ud ved at åbne kapslerne og reducere dosis med 5-10% af de smågranulater, der er indeni (op til ca. 150 granulater i 37,5 mg venlafaxin, alt efter producent). Det er ikke unormalt, at vi må helt ned forbi under en tiendedel af den mindste kapsel for at undgå abstinenser. Sådanne udtrappinger er tekniske og bør ikke udføres på egen hånd, da de rummer flere faldgruber, fx hvis nogle typer granulatene indtages på en måde, så de kommer i direkte kontakt med mavesyre, hvilket kan blive en ubehagelig oplevelse.

Taperingstrips

En anden løsning findes hos et hollandsk apotek og forskerhold, som har opfundet de såkaldte Taperingstrips; en strimmel af 28 doser, som gradvist bliver minimalt mindre for hver dag. Således kan man fx komme gradvist fra 5 til 2 mg paroxetin på 28 dage uden kroppen får chokket fra at gå direkte fra 5 til 2 mg, hvilket giver svære abstinenser for de fleste. Taperingstrips virker ved, at apoteket fremstiller alle de skæve doser, der ligger mellem den nuværende og den næste dosis, og som er svære at ramme præcist selv. Ideelt er dosisreduktionerne så små, at kroppen ikke registrerer dem, hvorved man slipper for svære abstinenser. Taperingstrips bestilles på recept gennem egen læge via formlen på hjemmesiden www.taperingstrip.com.

Kan dosis altid reduceres kraftigt i starten, hvis man er på en høj dosis?

Nej, det er der ingen sikkerhed for. Nogen reagerer ikke med abstinenser før de lavere doser, og kan derfor nemt reducere kraftigt i starten. Jf. eksemplet i tabel 1 med 40→20 mg citalopram, som forløb uden abstinenser, hvorimod samtlige følgende dosisreduktioner gav svære abstinenser af 7-14 dages varighed – bortset fra den sidste reduktion fra 1.25→0 mg, hvor abstinenserne varede 3 måneder.

Andre får abstinenser også ved de højere doser. Fx er vi i en igangværende citalopram-udtrapning nødt til at reducere meget langsomt fra 35→32.5→30→27.5 mg osv., hver gang med abstinenser. Der er ingen måde at vide på forhånd, om man hører til den ene eller den anden gruppe, eller om man overhovedet får abstinenser. Man må derfor prøve sig frem på kontrolleret vis.

Udtrapning er individuelt og skal tilpasses den enkelte. At receptormætningskurverne flader ud ved højere doser betyder ikke, at man nødvendigvis kan reducere dosis kraftigt i starten. At dosisreduktionerne skal blive mindre og mindre er universelt. Konsekvensen ved en for stor dosisreduktion kan i værste fald være svære abstinenser af adskillige måneders varighed.

Går abstinenser over, hvis man øger dosis igen?

I langt de fleste tilfælde går abstinenserne hurtigt over igen, når man genoptager den dosis, man tidligst var stabiliseret på – *men der er ingen sikkerhed for det*. Præparater som duloxetin (cymbalta), venlafaxin (efexor) og paroxetin (seroxat) samt alle benzodiazepiner indebærer den største risiko for langvarige abstinenser ved for store dosisreduktioner – særligt i de lave doser – som ikke nødvendigvis går over, når man genoptager dosis. Men for de fleste andre præparater, og de tre nævnte præparater ved højere doser, er dosisøgning et effektivt værktøj i en udtrapning, fordi det tillader os at gå en anelse hurtigere frem *indtil* abstinenserne så pludseligt rammer. Derfra kan man øge dosis (eller holde ud), blive stabiliseret og fortsætte udtrapningen med mindre dosisreduktioner og længere tid imellem dem. Denne fremgangsmåde risikerer dog at fejle, hvis man i starten reducerer for aggressivt,

hvorfor den aldrig bør udføres på egen hånd. Helere for langsomt end for hurtigt.

Hvor lang tid varer abstinenserne?

Formålet med gradvis udtrapning er at gøre abstinensperioderne kortere og mere tålelige. Man styrer derfor selv, til en vis grad, hvor meget man vil udsætte sig selv for, og nogle gange lykkes vi med helt at undgå abstinenserne. Med en veludført udtrapningsplan, som tager højde for receptormætningen, og hvor man håndterer abstinenserne hensigtsmæssigt mens de står på, vil abstinenserne typisk vare mellem 4 og 16 dage (med aftagende intensitet) for antidepressiva og anti-psykotika. Dog længere i slutningen af udtrapningen; typisk 3-5 uger, og for nogen flere måneder. For benzodiazepiner varer abstinenserne generelt længere og er sværere.

Hvis abstinenserne derimod bliver håndteret uhensigtsmæssigt, risikerer de at *strække sig* ud over længere tid (eller skabe nye symptomer, der ligner). Fx hvis de leder dig ind i endeløse grublerier, bekymringer, indre-fokus og inaktivitet, eller direkte ind på sofaen i en slags influenza-*nu skal jeg lave ingenting og isolere mig*-logik. Abstinenserne vil forsøge at trække dig ind i tankemylderet og inaktiviteten, og øvelsen er netop at afkoble sig fra det og ikke følge med. Dette er en evne, alle kan opøve, selv ved de mest insisterende abstinenser.

Citatet beskriver abstinensernes karakteristiske forløb, hvor de pludselig en dag bare er væk:

'Så er det ellers begyndt med abstinenser her. Jeg venter bare på, at det går over. Det startede i onsdags med håbløshed og så blev det noget værre lørdag og frem til i dag. Jeg har været lagt ned med den vildeste paranoia. Det er kørt helt af sporet for mig. Jeg har tudet hele dagen og har ikke sovet ret meget i nat.'

13 dage senere skriver vedkommende igen:

'Hey Anders :-)) Jeg vil bare lige fortælle dig, at jeg fra i går eftermiddags har fået det bedre. Føler mig ikke så ked af det og trist og tung mere. Det er superfedt !!! :-)) Tør næsten ikke tro på, at det nu går godt igen. Tager virkelig en halv time ad gangen. Føler mig frem og er ikke særlig sprudlende. Er bange for, at det pludselig giver bagslag. Men samtidig nyder jeg også for vildt, at de tunge tanker er næsten væk. Pyha sikke en omgang.'

Se flere *abstinenscitater* i Tillæg 2, side 11. Læg mærke til hvordan symptomerne og ubehaget identificeres korrekt som abstinenser, hvorefter de *lader det være* uden at gruble eller analysere videre over det, velvidende at det en dag går over. Hvilket det gjorde.

Vinduer

Bedring af abstinenser kan også foregå i *vinduer*, hvor abstinenserne den ene dag kan være intense og på den næste dag næsten helt væk, indtil de så den tredje dag kommer igen. Denne periode, hvor man oplever sig helt eller delvist fri for abstinenser, inden de så kommer igen i næste bølge, kaldes et vindue. Mange oplever bedring sådan, at der bliver flere og flere vinduer, indtil abstinenserne fra den pågældende dosisreduktion så går helt over.

Det er vigtigt at skelne mellem vinduer (som bare opstår uden vi ved hvorfor) og de perioder, hvor abstinenserne træder i baggrunden fordi vi flytter fokus væk fra dem. Mange forveksler vinduer med sådanne perioder af *udadrettet fokus*, hvor man aktiverer sig ud af symptomerne. Altså ikke at symptomerne forsvinder og så kommer igen, men at de træder i baggrunden så længe man ikke mærker og tjekker efter, men tværtimod retter opmærksomheden udad.

Hvornår foretager man næste reduktion?

Når man føler sig stabiliseret fra den forrige reduktion og i øvrigt føler sig klar, kan man reducere igen. Følg ikke diverse skemaer og regler bare for at følge dem; hvis ikke du føler dig klar, skal følelsen vinde over skemaerne og reglerne. Det er ikke en falliterklæring eller et svaghedstegn ikke at reducere som planlagt (eller at gå op i dosis igen). Sådan er udtrapning. Ved tilpas små dosisreduktioner og når intet udefrakommende forstyrrer, går der i min erfaring typisk 2-5 uger mellem dosisreduktionerne. Ved mikroudtrapning af fx venlafaxin eller duloxetin kan det dog lykkes at reducere med 1-2 granuler i væsentligt kortere tidsintervaller, helt ned til flere gange i ugen.

Det er ikke unormalt, at der af og til går flere måneder mellem dosisreduktionerne; ikke fordi abstinenserne nødvendigvis varer så lang tid, men fordi det alligevel ikke lige passede ind i hverdagen med ugelange influenzalignende symptomer, grædeture, angst, kropslig uro osv. Udtrapning er

den absurde udfordring at skulle planlægge, hvornår det passer bedst (eller mindst dårligt) at have det dårligt for en periode. Dosisreduktionerne skal times, så ikke abstinenserne støder sammen med andre belastninger.

Hvor lang tid går der fra man har reduceret dosis til abstinenserne kommer?

Dette afhænger primært af præparatets halveringstid, som kan findes på www.min.medicin.dk. Ved kort halveringstid, som fx venlafaxin, duloxetin, paroxetin og de fleste benzodiazepiner, kan abstinenserne opstå inden for samme døgn. Dog typisk efter 1-7 døgn, og for nogen går der flere uger eller endda endnu længere tid.

Det er ikke unormalt, at abstinenserne først opstår efter flere uger.

Både individuelle og stadig ukendte faktorer gør det meget uforudsigeligt. Jeg har dog lagt mærke til, at de fleste personer har sit eget individuelle mønster, som det gælder om at lære at kende efter de første 3-4 dosisreduktioner. Som regel kommer abstinenserne på ca. samme tidspunkt efter alle dosisreduktioner. At kende sit abstinensmønster gør udtrapningsforløbet mindre uforudsigeligt og mere kontrollerbart.

Om de forskellige typer psykofarmaka

Forskellige psykiatriske lægemidler påvirker forskellige signalstoffer i forskellige retninger, men fælles for dem alle er, at nervesystemet med tiden vil modarbejde det. Derfor er abstinenser et indbygget problem ved langtidsbehandling, og principperne for udtrapning er de samme, hvad end det er antidepressiva, antipsykotika, benzodiazepiner, stemningsstabiliserende eller en hvilken som helst anden substans, der påvirker hjernekemien. Antidepressiva og benzodiazepiner giver dog generelt flere og værre abstinenser end antipsykotika, og kræver derfor længere udtrapningsforløb. Antipsykotika har derimod en markant kraftigere virkning på følelseslivet og tankeaktiviteten, og er derfor i højere grad forbundet med sådanne udfordringer ved udtrapning. Til gengæld er antipsykotika langt mere bivirkningstunge end de øvrige lægemidler, så gevinsten ved at komme ud af dem er større – så længe udtrapningsforløbet indebærer grundig psykologisk tilbagefaldsbehandling, da risikoen for tilbagefald er høj.

Abstinensdepression – når abstinenser forveksles med effektiv og nødvendig medicin

Abstinenssymptomer og symptomer på psykisk lidelse (særligt depression, angst, PTSD og stress) ligner hinanden, og kan derfor være svære at skelne fra hinanden. Dette skaber illusionen om, at medicinen virker og er nødvendig, og det snyder mange til at genoptage medicinen og konkludere sig selv 'kronisk psykisk syg med behov for medicin'. Det har også snydt forskere gennem årtier til at tro, at medicinen er meget effektiv som langtidsbehandling; måden, man undersøger det på, er nemlig ved at stoppe medicinen brat og konkludere den effektiv i det omfang, patienterne får det dårligt. I dag ved vi, at det lige så vel kan være abstinensreaktioner.

Det er så nærliggende at tolke symptomer i forbindelse med udtrapning som 'sygdommen, der kommer tilbage', og abstinenserne kan minde så meget om de symptomer, man fik medicinen for, at man selv kommer til at tro på det. Især hvis man har været nede i dybe depressioner eller svære angstanfald kan abstinensstilstanden (særligt den nedsatte sindsstemning, angsten og fraværet af glæde) minde så meget om de mørkeste tider, at resultatet bliver regulære flashbacks eller selvforstærkende overtænkning i en sådan grad, at frygten for tilbagefald bliver selvopfyldende. Derfor er begrebet *abstinensdepression* vigtigt at få installeret i sin bevidsthed, så man kan afkoble sig fra symptomerne og ikke analysere videre på dem.

Denne pointe er nem at forstå rationelt, men sværere at udføre i praksis, og derfor kan psykoterapi i forbindelse med udtrapning være nødvendigt. Angsten behøver ikke styre, og efter en veludført psykologbehandling *besøger* den os bare, hvorefter den går igen. Kuren mod frygten for tilbagefald er, at man på kontrolleret vis gennemgår abstinensperioderne fra de første par dosisreduktioner og derved får en konkret oplevelse af, at abstinenserne kommer *og går igen* – også selvom det ikke føles sådan. En tidligere klient formulerede denne oplevelse kort og præcist, da hun efter en 2 år lang udtrapning af 20 års forbrug af benzodiazepiner og antidepressiva sagde: *Det går over, man tror det bare ikke.*

På den anden side af udtrapningen kan man se frem til igen at mærke sig selv og opleve det fulde spektrum af følelser. Også den dybtføjte glæde,

motivationen og klarheden vender tilbage. Langt de fleste bliver fri af bivirkninger, særligt den indre uro, medicin fremkaldt angst, irritabilitet, anspændthed og flade følelser. For nogen forsvinder de sværeste bivirkninger allerede ved lavere doser, og for andre vedbliver de i lang tid også efter udtrapningen. En korrekt udtrapning mindsker risikoen for varige medicinskader markant.

Psykologisk afhængighed

Medicin gør blind for andre mulige forklaringer på hvorfor man har fået det bedre. Jeg møder mange, som tror, at bedringen er medicinens fortjeneste alene, og det er et problem, hvis det ikke er tilfældet. En sådan psykologisk afhængighed af pillerne gør udtrapningen sværere og mere angstprovokerende. Udtrappingsforløbet bør derfor indebære en undersøgelse og afklaring af de ting og forhold, som *også har ændret sig* i livet siden medicinopstart. Dette resulterer i min erfaring i helt andre historier end 'det var kun pillerne, der hjalp mig'. Fx om personlige sejre, gennemståede kriser, vane- eller strukturændringer, om at have åbnet sig op for sine nærmeste og brudt ensomheden, fået håb og forventning om bedre tider, som blev selvopfyldende; eller et ændret og forbedret forhold til tanker og følelser generelt. Man klarede den. **Du** klarede den! Gevinsten er, at man opdager og styrker troen på kontrollerbarhed og tiltroen til egne evner. Fra klinisk psykologisk forskning ved vi, at dette mindsker risikoen for tilbagefald markant, og er sandsynligvis en af forklaringerne på, at medicinerede patienter generelt oplever flere tilbagefald end ikke-medicinerede patienter i langtidsundersøgelserne.

Fra forskningen ved vi også, at patienter på placebo piller oplever samme effekt ved at tage pillerne som patienter på aktive antidepressiva gør. Havde det været selve medicinen, der var det virksomme, ville man se en stor forskel mellem de to grupper. Der er derfor ikke meget, der tyder på, at det er medicinen, der er årsagen til den bedring, mange oplever.

At der ingen klinisk forskel er mellem placebo og aktive antidepressiva betyder ikke, at man ikke kan opleve bedring i forbindelse med medicinering. Det betyder, at en sådan bedring må have andre årsager end selve medicinen.

Måske medicinen hjalp dig op af et hul og ud af sengen, men selv ikke det er ensbetydende med,

at medicinen fortsat er nødvendig for at opretholde bedringen. Da vil det bærende være de ting og ændringer, det har tilladt dig at lave. Men abstinensdepressionen kan snyde og skabe illusionen om, at det er medicinen, der vedligeholder bedringen.

Håndtering af abstinenser

Abstinenser kræver tålmodighed: *det at kunne finde sig i lang ventetid, forgæves anstrengelser eller andet besvær uden at miste besindelsen.*

Man vil opleve en trang til at gøre en hel masse ved abstinenserne; gruble over dem, analysere dem, tage alverdens kosttilskud, søge internettet tyndt for mirakelmidler og generelt have modstand mod ubehaget. Disse strategier er forståelige, men virker sjældent og risikerer netop at blive *forgæves anstrengelser*, som bidrager til problemerne.

Abstinenser kan kun gå over på naturlig vis, dvs. når kroppen har forstået, at det er den, der skal omstille sig til den lavere dosis, og ikke dig, der skal genoptage fuld dosis.

Det kan hjælpe at se abstinenserne som en helingsproces, som desværre er ubehagelig, men dog et godt tegn på, at kroppen kan finde ud af at omstille sig tilbage til sin naturlige tilstand. En gave, der kommer i en grim indpakning.

Mens abstinenserne står på, må man blive gode venner med tanker som "hvor lang tid bliver det her ved? Hvad hvis jeg aldrig får det bedre? Hvad er det her for noget? Hvad hvis jeg har taget skade af medicinen? Hvad nu hvis jeg faktisk har brug for medicinen og det her er mig uden medicin? Hvad nu hvis jeg får tilbagefald? Er jeg blevet skør?". Selvom du har læst og forstået hvad udtrapning handler om, så forstår din hjerne det måske stadig ikke; den vil fortsætte med at producere katastrofe- og *hvad-nu-hvis*-tanker, og med at analysere og gruble over, hvad symptomerne dog er for noget. I psykoterapien lærer man at *lade tanker være*, dvs. ikke hægter sig på dem og blindt følger de negative spor af grublerier, bekymringer, selvkritik og sindets evindelige skrækscenarier om fremtiden og indadrettede fokus. Mange mennesker ved ikke, at man selv har kontrollen over hvad man gør ved tanker og symptomerne, og så bliver både udtrapning og psykisk lidelse ekstravært. Uden de rette strategier vil man opleve, at symptomerne og tanker

trækker mere i en, end man kan modstå og afkoble sig fra. Psykologsamtaler med henblik på tankehåndtering kan derfor være nødvendigt.

Undgå for meget indadrettet fokus og 'tjekken efter'. Ret din opmærksomhed ud i verden og ud mod det, der kan optage dig. Du vil opdage, at ubehaget, symptomerne og tanker faktisk kan træde i baggrunden når du engagerer dig i aktiviteter, der vender dit fokus udad. Gentagne oplevelser af, at dette kan lade sig gøre, giver en kontrolfølelse over abstinenserne, som gør udtrapning nemmere.

Undgå 'influenza-logikken' om at skulle lave ingenting og ligge på sofaen så meget som muligt. At trække stikket totalt hjælper sjældent, for så bliver der rigtig tid til overtænkning og indrefokus. Ved at opretholde et vist aktivitetsniveau vil du opleve, at abstinenserne træder i baggrunden, når du laver noget, men:

Tillad samtidig dig selv at slappe af og give kroppen ro, når du har brug for det. Overhør din indre præstationsstemme og selvkritikken, som forsøger at bilde dig ind, at 'du bør præstere det, du plejer!' Aktivitetsniveauet bør opretholdes fordi det tager fokus fra abstinenserne og derved hjælper, ikke fordi man nødvendigvis skal være og gøre det, man er og kan uden abstinenser. Man må gerne skrue ned for forventningerne til sig selv og give sig selv et fripas til alt det, man ellers ikke tillader sig selv i hverdagen. Gå lange ture, se en hel serie, se to, læse den der bog, du længe har haft lyst til, men ikke har givet dig selv lov til; bruge tid på at lave ordentlig mad, snakke med naboen, eller hvad der nu kan give dig den nødvendige pause og afkobling. Der heler kroppen sig bedst. Og giv så efter, hvis din krop efter en aktiv dag (eller formiddag, eller time) fortæller dig, at nu har den brug for at ligge på sofaen og lave ingenting. Skift gear. Det er ok.

Gør det klart for dig selv hvorfor du trapper ud. Abstinenser bliver nemmere at udholde, hvis man har et klart og visualiseret mål med medicinfriheden. Særligt i de perioder, hvor man ikke oplever fremskridt med abstinenserne og udtrapningen kan dette være en effektiv strategi. Vi mennesker kan holde enorm lidelse og pres ud, hvis vi ved, vi gør det for noget, der er vigtigt for os. Det bliver nemmere at lide, hvis vi lider *for* noget - eller endnu bedre, for *nogen*.

Trap aldrig ud alene. Indvi dine nærmeste.

I perioder med svære abstinenser og tankemylder, som forsøger at hive dig med ned, får du brug for et andet menneske til at minde dig om, at abstinensstilstanden er midlertidig og ikke dig uden medicin. Menneskepsyken fungerer desværre sådan, at den i pressede situationer får skyklapper på for den relevante viden og erfaring, man faktisk har – også det, du læser lige nu.

Håndtering af tankemylderet og følelseslivet uden medicin (alternativet til medicin)

Det er ikke kun pillerne, der skal trappes ud; det skal psykiatrien og det, den måske har gjort ved dig, også. Det sygdomsorienterede mindset skal afinstalleres, og man må finde andre strategier end medicin til at håndtere følelseslivet og tankemylderet. Dette indebærer først og fremmest et andet syn på følelseslivet og på det, man var blevet vant til at kalde 'symptomer'. Lighedstegnet mellem ubehagelige følelser og det at *fejle noget* skal erstattes med et følelsesmæssigt kompas, som kommunikerer til os gennem ubehagelige følelser, når noget er galt. Ligesom sult, der skal være ubehageligt for at virke.

Følelsesmæssigt ubehag i forbindelse med noget at have det ubehageligt over er udtryk for et vel-fungerende system, ikke en sygdom.

Adgangen til dit følelsesmæssige kompas åbner sig igen, og kunsten er ikke at se ubehagelige følelser som noget forkert, der bare skal væk, men som potentielt vigtige informationer, som først går naturligt væk, når man lytter efter. Det ærgerlige er, at medicinsk behandling sjældent undersøger, om der faktisk er noget at være 'deprimeret', 'angst' eller 'psykotisk' over i den nuværende livssituation og livsførelse. Det kan være:

- Aktuelle livskriser (inklusive store, omvæltende overgange i livet)
- Et liv i uoverensstemmelse med ens egne værdier og mål (i så fald vil følelsesmæssigt ubehag være forventeligt, så længe man holder denne samme kurs)
- Uopfyldte psykologiske behov (fx for at høre til, have venner og en intim relation, meningsfulde aktiviteter, føle sig tryk, retning, udfordringer, ydrefokus)

- At opholde sig for meget i hovedet og derfor ikke i nuet (overtænkning; oplevelsen af manglende kontrol over tankemylderet)

Sådanne forhold bør afklares før sygdom bliver forklaringen. Er tristheden, angsten, vreden, ensomheden og tankemylderet koblet til de ting, du værdsætter, men som lige nu er utilstrækkeligt til stede eller er truede? Noget, der hvis du fortsætter din nuværende kurs vil gøre dig endnu ulykkeligere, og som dit følelsesmæssige kompas derfor forsøger at styre dig udenom? Hvad er det, du tror, du ikke kan rumme? Hvad er det, medicinen beskytter dig fra?

At åbne disse døre og lade sig guide af svære følelser efter lang tid på medicin kan være så overvældende i starten, at man har brug for at gøre det sammen med nogen. Det kan være en psykolog, som er trænet i at navigere i følelsesmæssig lidelse uden det får lov at overvælde en, eller en god ven, som forstår en.

Tankemylder

Hjertet pumper blod, lungerne trækker vejret og hjernen producerer tanker, og de fleste af dem er negative. Det er en livsopgave for os alle at håndtere og lære at *afkoble os fra*, så ikke vi *skal* følge med på tankernes skrækscenarier om fremtiden og genafspilninger af fortiden og traumerne, hver gang tankerne opstår. Tankerne kan disse to ting: forestille fremtiden og genspille fortiden, og ved psykisk lidelse har disse mekanismer vendt sig imod os og skaber lidelse. De vil forsøge at hive os tilbage til *dengang* og bilde os ind, at historien gentager sig, når noget minder om; og de vil konstant projicere os ud i fremtiden og afspille forskellige (ofte forkerte) bud på, hvordan tingene udfolder sig.

Problemet er, at psyken er dårlig til at skelne mellem hvad vi forestiller os og hvad der faktisk sker og er. Vi stiller os selv spørgsmål, besvarer dem negativt, og får det *nu* som *hvis* det var sådan. "Hvad nu hvis..." og "hvis da bare jeg havde...". Tankemylder om fremtiden (bekymringer), fortiden (grublerier) og om os selv (selvkritik) smitter direkte af på hvordan vi har det i det nu, hvor tankerne bliver tænkt. Derfor er det ikke ligegyldigt, hvor mange af dagens timer vi bruger i hovedet. Psykisk lidelse opstår, når tankemylderet kommer ud af kontrol og man oplever sig

overvældet og styret af tankemylderet og de svære følelser. Da bliver det svært at:

- Være i nuet
- Nyde og lade sig opsluge
- Sove
- Være glad
- Koncentrere sig
- Have overskud og energi

Når det er tanker og følelserne, der har styr på os, og ikke omvendt, er resultatet psykisk lidelse.

Jeg møder mange, som har forsøgt at løse tankemylderet ved at 1) tænke positivt/realistisk, 2) undersøge *hvorfor* man har det som man har det (søge indsigt), 3) undgå de situationer, der trigger tankerne, 4) forsøge at undertrykke tankerne eller 5) dulme tankemylderet med medicin eller alkohol. Men som er endt med at 1) diskutere med sig selv, 2) kende årsagerne uden det forløser noget, 3) fjerne sig også fra vigtige ting, 4) trække tov med tankerne, hvilket forstærker dem, og 5) at medicinen eller alkoholen kun virkede symptombehandlende uden at ramme årsagen til problemet. Alt det gør man, fordi man ikke oplever kontrol og styring over tankemylderet.

Hvis medicinen dæmpede tankemylderet, som så dukker op igen i løbet af udtrapningen, får man brug for nye strategier end ovenstående. Den psykologiske løsning på tankemylder er at opdage og træne evnen til at lade tanker være, dvs. uden nødvendigvis at gøre eller tage noget. Man når et sted hen, hvor tankerne ikke længere bliver et problem, fordi man ved med sig selv, at man ikke behøver at gøre noget ved dem, uanset hvor insisterende, de er – og så går de væk igen. Målet er at genvinde styringen og at komme til bunds i de svære følelser, som tankemylderet hiver dig hen til, hvorefter behovet for de kortsigtede strategier mindskes. Tanker og følelser går fra at være et problem til noget, vi lytter efter, når vi gerne vil, og lader køre forbi, når det forstyrrer. Når den virkelighed indfinder sig, har de færreste brug for medicin.

Tillæg 1. Nej, du har ikke en kemisk ubalance, som medicinen retter op på

Idéen om kemiske ubalancer ved psykisk lidelse opstod, da man i 1950'erne observerede, at lægemidler, som tilfældigvis løftede humøret, også

øgede signalstoffet serotonin i hjernen. Derfor kunne det modsatte - nedsat sindsstemning og depression - måske skyldes mangel på serotonin. Her 70 år senere har man forsket intenst i at påvise sådanne kemiske ubalancer ved psykisk lidelse uden at det er lykkes – heller ikke ved skizofreni eller svær depression. Tværtimod er teorien ikke bare uden beviser, men modbevist af en lang række undersøgelser, hvorfor forskningsmiljøet da også endelig har forladt den: 1) Serotoninniveauet er det samme for depressive som for ikke-depressive, 2) lægemidler, der reducerer serotonin har samme effekt på depression som lægemidler, der øger serotonin, 3) placebopiller, som ikke påvirker signalstofferne, har samme effekt på depression som antidepressiva, 4) man finder ingen sammenhæng mellem lægemidlernes påvirkning af serotoninssystemet og effekten på depression, 5) de hjernemekanismer, der opretholder balancen i signalstofferne fungerer helt normalt hos mennesker med psykisk lidelse, 6) tilbagefaldsrate er højere for patienter, der tager antidepressiva eller antipsykotika langvarigt end for tilsvarende patienter, der ikke medicineres, 7) prognosen for skizofreni er bedre i U-lande (som bruger markant mindre psykofarmaka) end i I-lande, trods I-landenes højtudviklede psykiatriske system, og 8) hjernen fungerer slet ikke sådan, at man selektivt kan skrue op og ned for bestemte signalstoffer via lægemidler.

Desværre lever teorien stadig i praksis og på pensum til de sundhedsfaglige uddannelser, og fortælles flittigt til patienter ved medicinopstart som forklaring på, hvad de *fejler* og hvorfor medicinen er nødvendig. Det er **ikke ligegyldigt**, om man tager forklaringen om kemiske ubalancer til sig eller ikke gør. At tolke sin angst, depression eller anden psykiske lidelse som en sygdom risikerer at sløre synet for ens egne mønstre og traumer. Samtidig risikerer det at bekræfte ens antagelser om, at følelseslivet er uforståeligt og tankemylderet ukontrollerbart, hvorved indsatser rettet mod selv at opnå styringen bliver parkeret.

Den måde man har det på giver mening ift. det, man har været ude for og den situation, man befinder sig i. Altid.

At få udfordret den fortælling, man har fået fortalt og måske holdt fast i, kan virke provokerende, og nogen oplever en umiddelbar modstand mod at skifte sygdomstankegangen ud.

Med tiden ender det dog oftest i en lettelse og et fremadrettet fokus, som er betydeligt lysere end de psykiatriske diagnoser.

Men hvad gør pillerne så?

Et psykiatrisk lægemiddel er først og fremmest et psykoaktivt stof, som ændrer sindstilstanden, tankeaktiviteten og humøret i den en eller anden retning. Denne ændring kan så føles attraktivt og befriende over symptomerne, som fx når det giver ro i tankemylderet eller dæmper nogle svære følelser. At mærke mindre kan føles bedre end at mærke ubehaget. Når tanker og følelserne gør ondt og der er kaos i hovedet føles alt, der kan give os en pause fra larmen som vores ven, og som en akut løsning kan det være med til at hjælpe os op af de dybeste huller. Men som langsigtet strategi risikerer symptombehandlingen at bidrage til lidelsen, dels fordi den forhindrer en i at opdage, at tanker og følelser faktisk er kontrollerbare, og dels fordi man ikke kommer til bunds i de primære følelser. Således er det vigtigt ikke at forveksle symptomlindring med vedvarende bedring, og uanset hvad man synes om medicinens virkning, så modarbejder kroppen medicinen og kan derfor skabe afhængighed og abstinenser efter langvarigt brug.

Hvordan man håndterer tankemylderet og de svære følelser er altafgørende for, om man udvikler psykisk lidelse eller ej. Undgåelse, distraktion, alkohol, lægemidler og overtænkning er alle meningsfulde strategier for den, der oplever sit sind ukontrollerbart og sit følelsesliv uforståeligt og overvældende. Inden for disse rammer er strategierne løsningen på problemet; men løsningen risikerer at blive problemet på langt sigt. Den psykologiske løsning adskiller sig fra den psykiatriske løsning ved ikke at 'spille med' på ukontrollerbarheden, men i stedet vise hvordan tankemylderet faktisk kan kontrolleres via ens egen psyke og hvordan følelseslivet faktisk giver mening og ikke behøver at overvælde en. Når den virkelighed indfinder sig, har de færreste brug for medicin.

Tillæg 2. Abstinenscitater – beskrivelser fra mennesker i svære abstinenser.

"I dag er det stramt! Angst og uro, og meget negative og insisterende tanker. Men jeg ved det er kemi."

"Jeg bliver meget grådlabil i 2-3 uger og har let til tårer. Det kommer ud af det blå og uden nogen grund."

Mine følelser ruller ind over mig som en tsunami og jeg løber rundt med mit kompas men kan ikke navigere og finde retning i livet. Hvem er jeg nu uden piller? Hvad skal jeg? Hvordan skal jeg? Jeg lægger mig i bølgerne og lader mig drive med strømmen og mærker det hele i troen på at det er en proces og jeg er på rette vej."

"Har aldrig nogensinde opført mig sådan som nu, det er et vanvittigt stof."

"Vi har jo snakket om, at det GÅR over, når jeg er nede på 0 mg og kroppen har genopbygget sine receptorer. Det skal jeg lige lade mig selv tro på. Grunden til jeg tvivler er, at det her virker så meget som MIG, som jeg kender mig fra tidligere i mit liv. Også inden jeg begyndte at få medicin. Altså med katastrofetanker osv. Skræmmende!"

"I dag har jeg uro, kvalme og tynd mave. Jeg forsøger at hvile, men min krop vågner hele tiden efter kort tid med uro og mareridtsagtige drømme."

"Jeg er nervøs for at det er mig der føler og mærker for meget - også ting og følelser hos både mig selv og andre som ikke er reelle. Men det går jo over – det gjorde det sidste gang vi reducerede. Og gangen før det. Jeg inviterer tvivlen indenfor uden at diskutere med den. Samtidig bange for at jeg bliver skør! Jeg græder utroligt nemt og har svært ved at komme ud af den her tvivl og usikkerhed på mig selv og på fremtiden."

"Jeg er tæt på at kaste håndklædet i ringen og trappe op, tilbage på 30 mg. Har det så fucking skidt, kvalme angst, meget slemme selvmordstanker, stød i hovedet. Sådan har jeg jo aldrig haft det før??"

"Det påvirker mig meget, at min lunte er så kort. Det fører til skænderier med mine børn, som også reagerer meget for tiden. Det er der jo ikke noget underligt i, når nu jeg ikke har meget overskud."

"Nogen gange mister jeg troen og tvivler på, at jeg nogensinde får det bedre. Det er en virus med de her svære tanker... Har bare brug for at vide, at jeg får det bedre, når jeg er ude af det her... Bare blive ved med at fortælle mig, at du lover mig at jeg får det bedre, og den her tilstand intet er med mig at gøre."

Efter en veludført udtræning lyder det gerne således:

"Musik lyder bedre, jeg bliver naturligt søvnlav, mine mad-cravings er vendt tilbage og jeg er begyndt at synes godt om det jeg normalt kunne lide. I dag kan jeg mærke at jeg har væsentligt mere energi end jeg har haft i lang tid, hvilket er superpositivt :)"

Vær stærk.

Du kommer igennem det. Du vil få det godt igen. Roen vil indfinde sig igen.