

# Udtrapning af psykofarmaka



Værd at vide om minimering  
og håndtering af abstinenser,  
tankemylder og svære følelser

Anders Sørensen 2021, 2. udgave

## 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 abstinenser, som er en midlertidig tilstand, der 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 de ubehagelige abstinenser afhænger altså af, at du 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 udtrækning fremprovokeres den abstinensstilstand, du ellers undgår ved dagligt indtag af medicinen. Fundamentet for en vellykket udtrækning er at forstå abstinensstilstanden som 'mig på vej ud af medicin' og ikke 'mig uden medicin'.

Udtrækning 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. Når så medicintågerne letter og følelseslivet og tankeaktiviteten vender tilbage, kan tiden umiddelbart efter udtrækningen dog være svær. Man mærker sig selv igen.

Det normale, omskiftelige, analyserende, dømmende og ofte negative menneskesind og følelsesliv kan være svært at vågne op til efter langvarig medicinering, og selve overgangen kan være pludselig og overvældende. Uden medicinen er nye strategier nødvendige for at kunne håndtere tankemylderet og de svære følelser og dermed undgå tilbagefald - psykoterapi kan derfor være nødvendigt. Det er dog oftest det hele værd at opleve den genvundne klarhed, energi, kreativitet, motivation, kropslige ro og adgang til glædesfølelse efter en veludført udtrækning. Enhver, der ønsker at opleve den medicinfrige udgave af sig selv, bør støttes og hjælpes, ikke modarbejdes.

Som udtrækningsterapeut erfarede jeg hurtigt, hvordan konkret viden om abstinenser, medicin, udtrækningprocesser og den medicinfrige psyke hjalp mine klienter igennem de svære perioder af udtrækningen. Derfor har jeg i denne vejledning formuleret den vigtigste viden at have med sig i en udtrækning.

*Denne vejledning må aldrig stå alene, og jeg vil på det kraftigste fraråde udtrækning på egen hånd. Udtrækning af lægemidler er uforudsigeligt og potentielt farligt hvis udført forkert. Der er ingen måde på forhånd at vide, om man får abstinenser eller ikke gør. Opsøg altid relevant rådgivning, involver en forstående læge og hav et sikkerhedsnet klar hvis symptomerne bliver for voldsomme.*

- Anders Sørensen, psykolog og forsker i udtrækning af psykofarmaka



## **Indholdsfortegnelse**

**Abstinensskema 3**

**Abstinenser og dosisreduktioner – medicin i mindre doser end standardstørrelserne 4**

**Hvorfor opstår abstinenser? 6**

**Dosisreduktion i starten 6**

**Går abstinenser over, hvis man øger dosis? 6**

**Abstinensernes varighed 6**

**Vinduer 7**

**Intervaller mellem reduktionerne 7**

**Hvornår opstår abstinenserne efter dosisreduktion? 7**

**Om de forskellige typer psykofarmaka 8**

**Abstinensdepression – når abstinenser forveksles med behov for medicin 8**

**Psykologisk afhængighed 8**

**Håndtering af abstinenser 9**

**Håndtering af følelseslivet uden medicin 10**

**Håndtering af tankemylderet uden medicin 10**

**Tillæg 1: Nej, du har ikke en kemisk ubalance, som medicinen retter op på 11**

**Tillæg 2: Abstinenscitater – beskrivelser fra mennesker i svære abstinenser 12**



## Abstinenser og dosisreduktioner – medicin i mindre doser end standarddoserne

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. Rød indikerer de gange, vedkommende var nødt til at øge dosis igen, enten fordi reduktionen var for stor eller fordi tidspunktet viste sig at være upassende.

**Tabel 1.** Udtrapningsskemaer (dosis i mg)

Citalopram	Sertralin	Sertralin	Paroxetin	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>				

Læg mærke til, hvordan dosisreduktionerne bliver mindre og mindre i løbet af udtrapningen.

Det har vist sig nødvendigt for mange for at minimere eller måske helt at undgå abstinenserne.

Det er problematisk i praksis, fordi det kræver, at man reducerer dosis i mindre dele end hvad standardstørrelsen på pillerne tillader (mindste standarddosis er markeret med **fed** i tabellen). Vi har forsket i emnet og fundet en mulig forklaring, som handler om såkaldt receptormætning.

Receptormætning er et mål for den biologiske effekt i hjernen ved en given dosis. Medicinen blokerer (eller 'mætter') forskellige receptorer, og det påvirker koncentrationen af hjernens signalstoffer, fx serotonin og dopamin. Dette har betydning for udtrapning, fordi abstinenser opstår, når receptormætningen aftager for meget på en gang. Problemet er, at receptormætningen stiger kraftigt i starten ved lave doser og flader ud ved moderate og højere doser (se figur 1 og 2, side 5).

Forholdet mellem dosis og receptormætning er altså ikke lineært, men følger en karakteristisk hyperbelform. Dosis skal derfor reduceres på en måde, som sikrer en gradvis reduktion af receptormætningen, og det kræver meget små doser.

Mislykkede udtrapningsforsøg skyldes som regel, at dosis reduceres i de samme intervaller hele vejen, fx 20→15→10→5→0 mg citalopram eller paroxetin, 100→75→50→25→0 mg sertralin, 150→112.5→75→37,5→0 mg venlafaxin eller 120→90→60→30→0 mg duloxetin. Disse dosisreduktioner svarer til en receptormætning på ca. 83%→80%→75%→60%→0%, og det er ikke en gradvis udtrapning, men tværtimod en øgning af den procentvise nedtrapning, og dermed opskriften på svære og langvarige abstinenser.

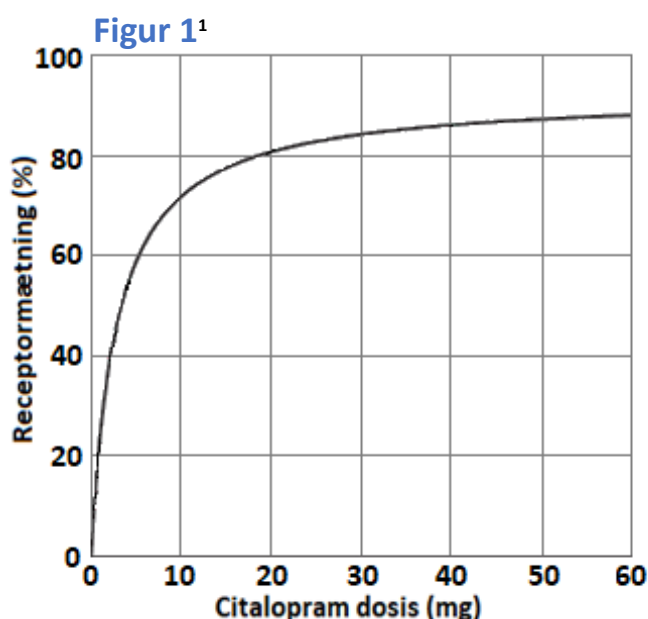
Ved udtrapning går man fra højre til venstre i kurven, og det betyder, at dosisreduktionerne får større og større effekt på nedgangen i receptormætning og derfor giver flere og sværere abstinenser i takt med man nærmer sig 0 mg.

At gå fra 5 til 0 mg er altså et større skridt end fra 10 til 5 mg – og endda 20 til 5 mg – fordi de sidste mg i en udtrækning simpelthen er mere potente og påvirker hjernekemien i højere grad. Derfor er de sidste skridt i en udtrækning ofte de sværeste.

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

Dette gælder 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 doser. Der er flere metoder til dette:

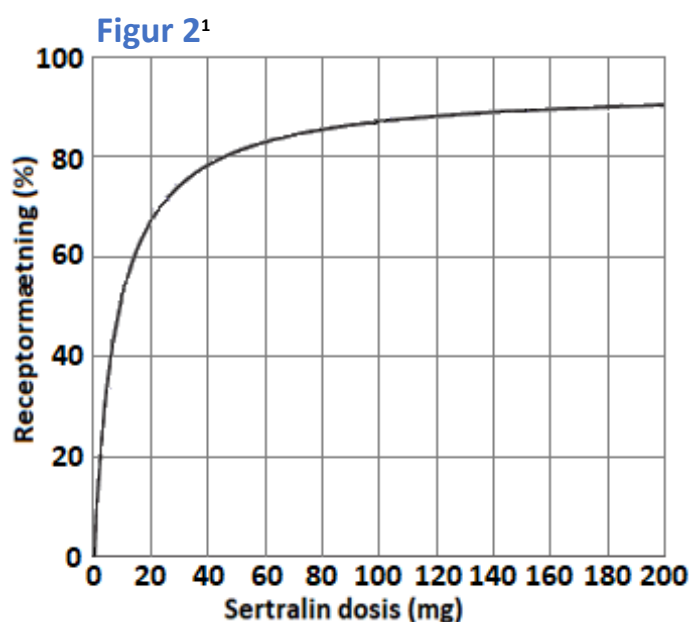
- At skære pillerne i mindre stykker med en skarp kniv. Dette er som regel muligt i starten, men bliver problematisk ved de helt små doser, hvor det netop ikke er ligegyldigt, om du rammer fx 1 eller 1,5 mg. Brug evt. en vægt med tilstrækkeligt mange decimaler til at opmåle nøjagtig dosis.
- At opløse pillerne i vand, tage en vis procentdel af hele opløsningen fra og indtage resten. Hvis du fx opløser 10 mg medicin i 50 ml vand, vil du få en dosisreduktion på 1 mg (eller 10%), hvis du fjerner 5 ml af opløsningen med en sprøjte. 10 ml svarer således til 2 mg og 2,5 ml til ½ mg. Ved opløsning af 10 mg medicin i 20 ml vand vil 2 ml svare til 1 mg; 4 ml til 2 mg og 1 ml til ½ mg. Når pillen opløses grundigt i vandet, vil procenterne for opløsningen og medicindosis være de samme.



Man kan derfor ramme en hvilken som helst dosis med en sprøjte, der måler 1 ml og derunder. Brug også en sprøjte til at afmåle nøjagtigt den mængde vand, du opløser i. Skyld glasset efter et par gange og indtag, så du får eventuelle rester og bundfald med.

- At åbne kapslerne (for præparater som venlafaxin/Efexor og duloxetin/Cymbalta) og reducere dosis med 3-10% af de små granulater, der er inde i. Antallet af granulater i mindste dosis varierer mellem 8 og 150 alt efter producent.
- Taperingstrips; en strimmel af 28 færdigpakede døgndoser, som gradvist bliver minimalt mindre for hver dag. Således kan du fx komme gradvist fra 5 til 2 mg på 28 dage uden kroppen får chokket fra at gå direkte fra 5 til 2 mg, hvilket giver svære abstinenser for de fleste. Taperingstrips indeholder således alle de skæve doser, der ligger mellem den nuværende og den næste dosis, og som er svære at ramme præcist selv. Taperingstrips fremstilles kun i Holland og bestilles på recept gennem egen læge via formlen på hjemmesiden [www.taperingstrip.com](http://www.taperingstrip.com).

*OBS: Depot- og entero-tabletter må ikke opdeles yderligere end standarddoserne, da coatingen har en funktion ift. nedbrydning i mavesyren, som ikke må brydes.*



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

## Hvorfor opstår abstinenser?

Forestil dig antidepressiva som en slags speeder, der øger koncentrationen af primært serotonin i hjernen. Hjernen identificerer dette som en udefrakommende påvirkning, hvilket den er fundamentalt indrettet til at modarbejde: Den træder på bremsen, svarende til det, vi til daglig kalder tilvænning. Tager man medicinen over lang tid, sætter bremsen sig fast og skal bruge tid på at løsne sig igen, når dosis reduceres, og den tilstand oplever vi som abstinenser.

Det betyder, at hjernen med tiden gør sig selv mindre modtagelig over for de signalstoffer, medicinen øger koncentrationen af. Kroppen kender nemlig 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 11). Altså er det mere korrekt at sige, at medicinen forstyrrer hjerne kemien end at den fixer den. Abstinenser opstår, når kroppen igen skal afvænne sig medicinen. Når dosis reduceres, falder koncentrationen af signalstofferne tilbage mod sit naturlige niveau, **men** sensitiviteten tager længere tid end koncentrationen om at normalisere sig. Dette skaber en midlertidig ubalance i hjerne kemien, hvorfra abstinenserne opstår. Nervesystemet er nu mindre sensitivt over for det signalstof, der samtidig er mindre af en vanligt. 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 for meget på en gang, fordi hjernen har brug for tid til at omstille sensitiviteten (slippe trykket på bremsen) tilsvarende. Derfor svarer sværhedsgraden af abstinenserne til størrelsen på den midlertidige 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.*

## Dosisreduktion i starten

Nogen reagerer ikke med abstinenser, før de kommer ned på 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 de 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. Man kan ikke på forhånd vide, 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 alle kan reducere dosis kraftigt i starten. At dosisreduktionerne skal blive mindre og mindre gælder alle. Konsekvensen ved en for stor dosisreduktion kan i værste fald være svære abstinenser af adskillige måneders varighed.*

## Går abstinenser over, hvis man øger dosis?

I langt de fleste tilfælde går abstinenserne hurtigt over igen, når man genoptager den dosis, man tidligere var stabiliseret på – men der er ingen sikkerhed for det. Dosisøgning er et effektivt værktøj i en udtrapning, fordi det tillader at gå en anelse hurtigere frem indtil abstinenserne rammer. Derfra kan man øge dosis (eller holde ud), blive stabiliseret og så fortsætte udtrapningen med mindre dosisreduktioner og længere tid imellem dem. Denne fremgangsmåde risikerer dog at give svære abstinenser, hvis man i starten reducerer for aggressivt, hvorfor den aldrig bør udføres på egen hånd. Hellere for langsomt end for hurtigt! Præparater som duloxetin (Cymbalta), venlafaxin (Efexor) og paroxetin (Seroxat) samt alle benzodiazepiner indebærer den største risiko for langvarige abstinenser ved for store dosisreduktioner, som ikke nødvendigvis går over ved dosisøgning.

## Abstinensernes varighed

Formålet med gradvis udtrapning er at gøre abstinensperioderne kortere og mere tålelige. Du styrer derfor selv, til en vis grad, hvor meget du vil udsætte dig selv for, og nogle gange lykkes det helt at undgå abstinenserne. Varigheden af abstinenserne er yderst individuelt og kan variere mellem en dag til flere måneder, dog typisk mellem 4-21 dage (med aftagende intensitet) ved korrekt udtrapning og hvis abstinenserne håndteres hensigtsmæssigt mens de står på (se side 9).

Men hvis abstinenserne håndteres 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 lære at afkoble dig fra trangen og undlade at følge med. Gennem psykoterapi er dette er en evne, alle kan opøve, selv ved de mest insisterende abstinenser og negative tankemylder.

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 12. Læg mærke til, hvordan symptomerne identificeres korrekt som abstinenser, hvorefter de lader dem være uden at gruble eller analysere videre, velvidende at det en dag går over. Hvilket det gjorde.

## Vinduer

Bedring af abstinenser kan også foregå i såkaldte vinduer, hvor abstinenserne er intense den ene dag og næsten helt væk den næste dag, indtil de så den tredje dag kommer igen. Vinduet er den periode, hvor du oplever dig helt eller delvist fri for abstinenser, inden de så kommer igen i næste bølge. Mange oplever bedring sådan, at vinduerne bliver flere og flere, indtil abstinenserne en dag er helt væk.

Det er vigtigt at skelne mellem vinduer (som bare opstår uden din påvirkning) og de perioder, hvor abstinenserne træder i baggrunden fordi du flytter fokus væk fra dem. Mange forveksler vinduer med sådanne perioder af ydrefokus, hvor de via deres egen opmærksomhedsmuskel aktiverer sig væk fra symptomerne. Altså ikke at symptomerne forsvinder og så kommer igen, men at de træder i baggrunden så længe du ikke aktivt mærker og tjekker efter, men tværtimod retter opmærksomheden udad og lader dig optage.

## Intervaller mellem reduktionerne

Ved tilpas små dosisreduktioner og når intet udefrakommende forstyrrer, går der typisk 2-4 uger mellem dosisreduktionerne. Ved 'mikroudtrapning' af kapsler lykkes det nogen at reducere med 1-2 små granulater i væsentligt kortere tidsintervaller, helt op til flere gange i ugen. Denne metode er også mulig med meget nøjagtige vandopløsninger, hvor man fx fjerner 1-2% hver tredje eller fjerde dag. Det er dog meget individuelt, om kroppen tillader det eller også der reagerer med abstinenser.

Følg ikke diverse skemaer og regler bare for at følge dem; hvis ikke du føler dig klar og er stabiliseret, skal følelsen vinde over skemaerne og reglerne. Det er ikke en falliterklæring eller et svaghedstegn ikke at reducere som planlagt (eller at øge dosis igen). Sådan er udtrapning. Ofte går der flere måneder mellem dosisreduktionerne; ikke fordi abstinenserne nødvendigvis varer så længe, men fordi det alligevel ikke lige passer ind i hverdagen med abstinenser. Det er helt normalt. Reduktionerne skal times, så abstinenserne ikke støder sammen med andre belastninger.

## Hvornår opstår abstinenserne efter dosisreduktion?

Abstinenser opstår typisk efter 1-10 døgn og afhænger primært af præparatets halveringstid, som er et mål for hvor lang tid det tager medicinen at forlade kroppen (søg evt. dit præparat frem på [www.min.medicin.dk](http://www.min.medicin.dk)). Ved kort halveringstid, som fx venlafaxin, duloxetin, paroxetin og de fleste benzodiazepiner, kan abstinenserne endda opstå inden for samme døgn. For nogen går der flere uger, og det kan ikke forudsiges.

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



Jeg har dog lagt mærke til, at de fleste personer har sit eget individuelle mønster, som det gælder om at identificere efter de første 3-4 dosisreduktioner. Som regel kommer abstinenserne på ca. samme tidspunkt efter alle dosisreduktioner. At kende sit abstinensmønster gør udtrappingsforløbet 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 medicinens effekter. Derfor er abstinenser et indbygget problem ved ophør af langtidsbehandling, og principperne for udtrapping er de samme, hvad end det er antidepressiva, antipsykotika, benzodiazepiner, stemningsstabiliserende eller en hvilken som helst anden substans, der påvirker hjernekemien. Antidepressiva, benzodiazepiner og lyrica specifikt giver dog generelt flere og værre abstinenser end antipsykotika og kræver derfor længere udtrappingsforløb. Antipsykotika har derimod en markant kraftigere virkning på følelseslivet og tankeaktiviteten og er derfor i højere grad forbundet med sådanne udfordringer ved udtrapping. Til gengæld er antipsykotika langt mere bivirkningstunge end de øvrige lægemidler, så gevinsten ved at komme ud af dem er større. Dette kræver dog grundig observation og psykoterapeutisk tilbagefaldsbehandling, da risikoen for tilbagefald er høj.

### Abstinensdepression – når abstinenser forveksles med behov for 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 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, som er noget helt andet.

Fordi det er så nærliggende at tolke symptomer i forbindelse med udtrapping som 'sygdommen, der kommer tilbage', er begrebet *abstinensdepression* vigtigt at få installeret i sin bevidsthed.

Noget, man kan afkoble sig fra og ikke analysere videre på. Hvis det så går over, var det formentlig abstinenser. Hvis det ikke går over, må man undersøge, om man har noget i sin nuværende livssituation at være deprimeret, angst, stresset eller psykotisk over og så løse det.

Denne pointe er nem at forstå rationelt, men sværere at omsætte i praksis, og derfor kan psykoterapi i forbindelse med udtrapping være nødvendigt. Angsten behøver ikke styre, og efter veludført psykoterapi besøger den os bare, hvorefter den går igen. Kuren mod angsten for tilbagefald er, at man på kontrolleret vis gennemgår de første abstinensperioder 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 udtrapping af 20 års forbrug af benzodiazepiner og antidepressiva sagde: *Det går over, man tror det bare ikke.*

På den anden side af udtrappingen kan man se frem til igen at mærke sig selv og opleve det fulde spektrum af følelser – på godt og ondt. Også den dybtføjte glæde, motivationen og klarheden vender tilbage. Langt de fleste bliver fri af bivirkninger, særligt den indre uro, medicin fremkaldte angst, irritabiliteten, anspændtheden og de flade følelser. For nogen forsvinder de sværeste bivirkninger allerede ved lavere doser.

### Psykologisk afhængighed

Medicin gør blind for andre mulige forklaringer på, hvorfor man har fået det bedre. Jeg møder mange, som tror, at deres bedring er medicinens fortjeneste alene, og det er et problem, hvis det ikke er tilfældet. En sådan psykologisk afhængighed af pillerne gør udtrappingen sværere og mere angstprovokerende. Udtrappingsforløbet bør derfor indebære en 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, at have åbnet sig op for sine nærmeste og brudt ensomheden, fået håb og forventning om bedre tider, eller et ændret og forbedret forhold til tanker og følelserne generelt. **Du** klarede den! Gevinsten ved denne øvelse er, at man opdager og styrker troen på kontrollerbarhed og tiltroen til egne

evner generelt. Fra psykologisk forskning ved vi, at dette mindsker risikoen for tilbagefald markant.

Fra forskningen ved vi også, at patienter på placebopiller oplever samme effekt som patienter på 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 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 pillerne hjalp dig op af et hul og ud af sengen, men selv det er ikke ensbetydende med, at pillerne fortsat er nødvendig for at opretholde bedringen. Hvad hvis det bærende er de ting og ændringer, pillerne tillod dig at lave (placebo eller ej)?

### Håndtering af abstinenser

Abstinenser kræver tålmodighed: *det at kunne finde sig i lang ventetid, forgæves anstrengelser eller andet besvær uden at miste besindelsen.* Du vil formentlig opleve en trang til at gøre en masse ved abstinenserne; gruble over dem, analysere dem, tage alverdens kosttilskud, søge internettet tyndt for mirakelmidler og historier 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, der desværre er ubehagelig, men dog et godt tegn på, at kroppen er i stand til at genfinde sin naturlige tilstand. Som en gave, der kommer i en grim indpakning.

Mens abstinenserne står på, må du blive gode venner med tanker som:

- Hvor lang tid bliver det her ved?
- Hvad nu hvis jeg aldrig får det bedre?

- Hvad er det her for noget?
- Hvad nu hvis jeg faktisk har brug for medicinen og det her er mig uden medicin?
- Hvad nu hvis jeg får tilbagefald?
- Er jeg ved at blive skør?

Selvom du har læst og forstået, hvad udtrapning og abstinenser handler om, forstår din hjerne det måske stadig ikke helt. Den vil fortsat producere katastrofe- og *hvad-nu-hvis*-tanker samt analyser og gruble over, hvad symptomerne dog er for noget. I psykoterapien lærer man at *lade tanker være*, dvs. ikke at hægte sig på dem og blindt følge de negative spor af grublerier, bekymringer, selvkritik og sindets evindelige skrækscenarier om fremtiden og indadrettet fokus. Mange mennesker ved ikke, at de selv har kontrollen over hvad de gør ved tanker og symptomerne, og så bliver både udtrapning og psykisk lidelse ekstra svært. Uden de rette strategier vil du opleve, at symptomerne og tanker trækker mere i dig, end du kan modstå og afkoble dig fra. Psykologsamtaler med henblik på tankehåndtering kan derfor være gavnlige. Mine øvrige råd er:

**Undgå indadrettet fokus, influenza-logik og 'tjekken efter'.** Ret din opmærksomhed ud i verden mod det, der kan optage dig. Du vil opdage, at ubehaget, symptomerne og tanker faktisk kan træde i baggrunden, når du laver noget, der kræver din opmærksomhed. Gentagne oplevelser af, at dette kan lade sig gøre, giver en kontrolfølelse over abstinenserne, som gør udtrapningen nemmere. At trække stikket totalt hjælper sjældent, for så bliver der rigtig tid til overtænkning og indadrettet fokus. 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 du nødvendigvis skal være og gøre det, du er og kan uden abstinenser. Du må gerne skrue ned for forventningerne til dig selv og give dig selv et fripas til alt det, du ellers ikke tillader dig selv i hverdagen. Gå lange ture, se en hel serie, se to, læs 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

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 du har et visualiseret mål med medicinfriheden. Særligt i de perioder, hvor du måske ikke oplever fremskridt med abstinenserne og udtrapningen kan dette være en effektiv strategi. Vi mennesker kan udholde enorm lidelse og pres, hvis vi ved, vi gør det for noget, der er vigtigt for os. Det bliver nemmere at lide, hvis vi lider *for* noget.

### **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 følelseslivet uden medicin**

Det er ikke kun pillerne, der skal trappes ud; det skal den biologiske psykiatri 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 du 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 dine egne værdier og mål (i så fald vil følelsesmæssigt ubehag være forventeligt, så længe samme kurs holdes)
- Uopfyldte psykologiske behov (fx for at høre til, have venner og en intim relation, lave meningsfulde aktiviteter, føle sig tryk, have retning, udfordringer og ydrefokus)
- At du opholder dig for meget i hovedet og derfor ikke i nuet (overtænkning)

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 smerte uden det får lov at overvælde en, eller en god ven, som forstår en.

### **Håndtering af tankemylderet uden medicin**

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* de negative tanker, så vi ikke *skal* følge med på deres skrækscenarier om fremtiden og genafspilninger af fortiden og traumerne, hver gang tankerne opstår. Tankerne kan disse to ting: forestille fremtiden og genspille fortiden. Ved psykisk lidelse har disse mekanismer vendt sig imod os og skaber lidelse. De vil forsøge at hive os tilbage til fortiden 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 og negative) 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 (den grundlæggende metakognitive pointe). 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 af aktiviteter
- Sove
- Være glad
- Koncentrere sig
- Have overskud og energi

*Når det er tankerne og følelserne, der har styr på dig, 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* de har det som de har det, 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 eller 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.

Man får derfor brug for nye strategier, hvis tankemylderet dukker op under udtrapningen efter at have været dæmpet af medicinen. Den psykologiske løsning på tankemylder er dels at opdage og træne evnen til at lade tanker være, dvs. uden nødvendigvis at skulle gøre eller tage noget. Opmærksomheden er den muskel, der afgør, om de svære tanker får fat eller passerer forbi, og den kan trænes. Gennem såkaldt opmærksomheds-træning når man 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 forstyrrende 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 lykket – 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 serotonin-systemet og effekten på depression, 5) de hjernemekanismer, der opretholder balancen i signalstofferne fungerer helt normalt hos mennesker med psykisk lidelse, 6) tilbagefaldsraterne er højere for patienter, der tager antidepressiva eller antipsykotika langvarigt end for sammenlignelige patienter, der ikke medicineres, 7) prognosen for skizofreni er bedre i ulande (som bruger markant mindre psykofarmaka) end i ilande, trods ilandenes langt dyrere sundhedsvæsen, og 8) hjernen fungerer slet ikke sådan, at man selektivt kan skrue op og ned for bestemte signalstoffer via lægemidler, fordi hjernen alligevel ender med at modarbejde det (kontakt mig for referencer). Desværre lever teorien om kemiske ubalancer 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 du tager idéen om kemiske ubalancer til dig eller ikke gør. Ved at tolke angst, depression eller anden psykisk lidelse som en biologisk sygdom risikerer du at sløre synet for egne uhensigtsmæssige mønstre eller relation og forståelige traumer. Samtidig risikerer du at bekræfte antagelser om, at følelseslivet er uforståeligt og tankemylderet ukontrollerbart, hvorved indsatsen rettet mod selv at opnå styringen bliver parkeret.

*Den måde, du har det på, giver mening ift. det, du har været ude for og den situation, du 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 om sig selv ud. Men med tiden indfinder sig som regel en lettelse og et fremadrettet fokus, som er betydeligt lysere end de psykiatriske diagnoser og sygdomsidentiteten.

### **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 attraktiv og befriende i stedet for symptomerne, som fx når medicinen giver ro i tankemylderet eller dæmper de svære følelser. Ikke fordi man får tilført et stof, man manglede, men fordi virkningen af lægemidlet på en eller anden måde føles attraktiv sammenlignet med de symptomer, man har. 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 akut løsning kan medicinen af og til 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 dig i at opdage, at dine tanker og følelser faktisk er kontrollerbare, og dels fordi du ikke kommer til bunds i dine primære følelser. Således er det vigtigt ikke at forveksle symptomlindring med vedvarende bedring, og uanset hvad man selv synes om medicinens virkning, så modarbejder kroppen

medicinen og kan derfor skabe afhængighed efter langvarig brug og abstinenser ved udtrækning.

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 løsninger på problemet; men på langt sigt risikerer løsningen at blive problemet.

Den psykologiske løsning adskiller sig fra den medicinske løsning ved ikke at 'spille med' på ukontrollerbarheden, men i stedet vise, hvordan tankemylderet faktisk kan kontrolleres via din egen psyke og hvordan følelseslivet faktisk giver mening og ikke behøver at overvælde dig. 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 udtrapning lyder det gerne således:**

*"Musik lyder bedre, jeg bliver naturligt søvnig, 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.**