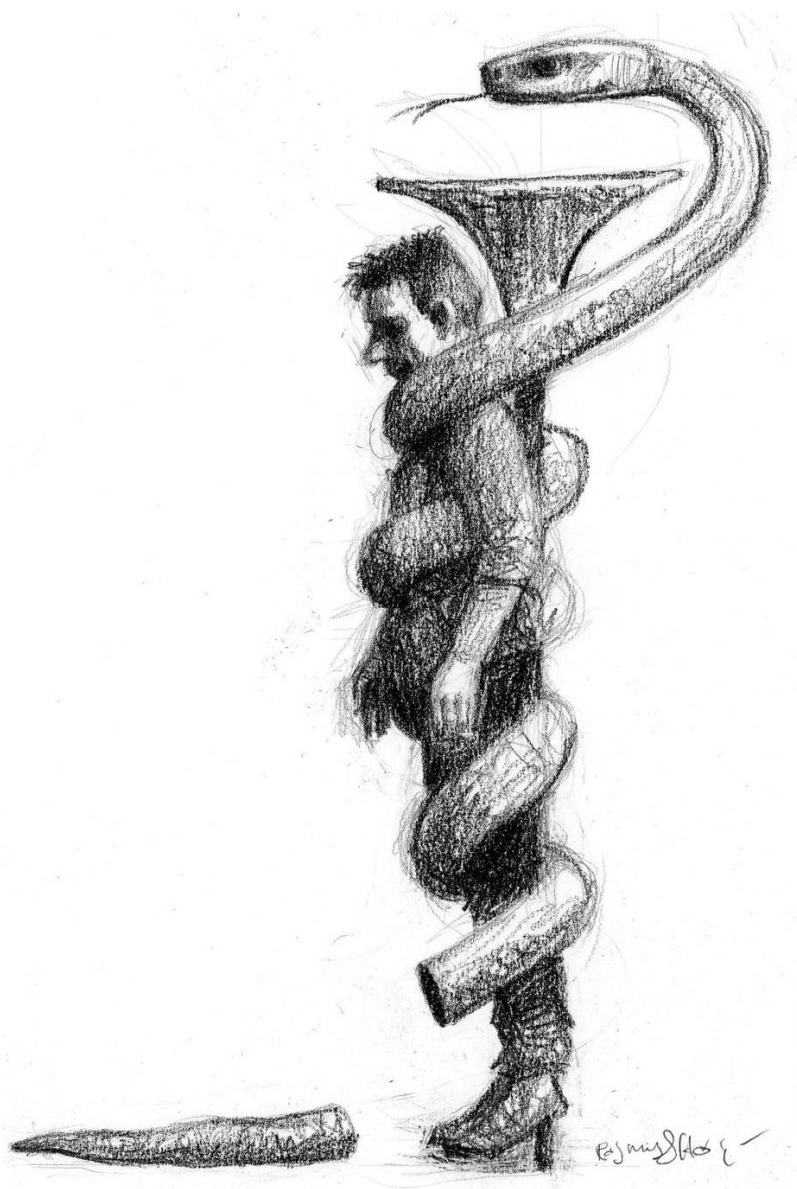


# Hvordan skal man trappe ud af psykofarmaka?

Psykofarmaka påvirker normale hjernefunktioner, og det er derfor vigtigt, at man lægger en plan for, hvordan man trapper ud. Under nedtrapningen kommer der typisk en fase, hvor følelser og kropsfornemmelser vender tilbage. Dette kan være kaotisk og svært at komme igennem.



**PETER C. GÖTZSCHE, PROFESSOR | BIRGIT TOFT, FARMACEUT | BERTEL RÜDINGER, FARMACEUT | LISBETH KORTEGAARD, BØRNE- OG UNGDOMSPSYKIATER | OLGA RUNCIMAN, PSYKOLOG | ANDERS SØRENSEN, PSYKOLOG**

Flere hundredtusinder danskere er blevet afhængige af psykofarmaka, men har svært ved at få hjælp til at trappe ud. Meget få læger ved, hvordan det skal gøres rigtigt, og de officielle anbefalinger er dårlige, f.eks. at dosis skal halveres, når man trapper ud af depressionsmedicin. Det er alt for hurtigt. Man kan mindske abstinenssymptomerne ved kun at reducere dosis med 10 procentpoint ad gangen, så man går fra 100 pct. ned til 90 pct. og efter f.eks. yderligere 2-4 uger ned til 80 pct. af udgangsdosis, måske med endnu mindre skridt, når man kommer ned på omkring 30 pct.

Det sværeste er ofte, når man går fra en lav dosis til ingenting, hvilket i høj grad er psykologisk betinget. Patienten har ofte bygget sin identitet op omkring en diagnose med tilhørende pilleindtagelse, og mindst halvdelen af patienterne har fået at vide, at deres psykiske lidelse skyldes en kemisk ubalance i hjernen. Det er en myte, som bevirker, at nogle patienter er bange for at blive medicinfri, fordi de tror, at de er kemisk defekte, og at medicinen retter op på dette.

Vi holdt det første af en række kurser om udtrapning af psykofarmaka den 12. juni. Kurset var åbent for alle, og der deltog både patienter, pårørende, psykologer, læger og andet socialt- og sundhedsfagligt personale.

Flere af patienterne havde oplevet, at de ikke havde kunnet få hjælp til at trappe ud, eller at psykiaterne afsluttede dem, når de havde trappet ud på eget initiativ, men fortsat ønskede at have kontakt til psykiatrien for at få psykologisk støtte. En ansat på et bosted spurgte, hvad man skulle gøre, hvis man gerne ville trappe patienterne ud, og den tilsynsførende psykiater ikke ville høre tale om det. Svaret var, at hvis man håndterer medicin, fungerer man som lægens medhjælp og er forpligtet til at følge ordinationen. Socialstyrelsen har imidlertid udgivet flere nyttige publikationer om medicinpædagogik, herunder ”Den gode konsultation”, og socialpsykiatrien har gode erfaringer med at bruge dem.

Psykofarmaka påvirker normale hjernefunktioner, og det er derfor vigtigt, at man lægger en plan for, hvordan man trapper ud. Under nedtrapningen kommer der typisk en fase, hvor følelser og kropsfornemmelser vender tilbage. Dette kan være kaotisk og svært at komme igennem, fordi patienten ikke har fungeret normalt meget længe, hverken arbejdsmæssigt, i fritiden eller socialt. I denne fase er hjælp fra familie, venner og bekendte ekstra vigtig, så patienten bevarer troen på, at der venter et bedre, medicin frit liv på den anden side og ikke falder tilbage og genoptager fuld medicinsk behandling. Patienterne og deres pårørende vil i denne fase ofte have gavn af støttende samtaler hos en professionel terapeut.

Mange vil genopleve årsagen til, at de overhovedet kom ind i psykiatrien, når de får mere kontakt med sig selv. Derfor har mange stor glæde af at få bearbejdet de hændelser, der indtraf i deres liv. F.eks. har de fleste, der har fået en skizofrenidiagnose, været udsat for alvorlige traumer.

En anden vanskelig fase opstår, når man er blevet medicinfri og skal til at genoptage sociale kontakter. Måske har man haft meget lidt eller ingen kontakt med familie og venner, og det kan være svært at kapere, at de har det godt med et godt job, mens man måske selv sidder tilbage på et bosted omgivet af mennesker, der har det svært.

Vores viden om, hvad der sker under udtrappingen og især i tiden derefter, er ringe. Hvis patienten får symptomer nogle måneder efter en udtrapping, vil mange tro, at sygdommen er kommet tilbage, men det er slet ikke sikkert. Det drejer sig ofte om sent optrædende abstinensreaktioner, som kan udløses af stress eller traumer i en hjerne, der endnu ikke er blevet normal. Det kan tage meget lang tid for hjernens receptorsystemer at genoprette normalt tilstanden, og undertiden sker det aldrig, hvilket betyder, at behandlingen har medført permanente hjerneskader.

Et udtrappingsforløb skal tilpasses, hvad patienten kan klare, og det skal derfor styres af patienten selv. Varigheden kan man ikke sige noget sikkert om; i de fleste tilfælde nogle måneder, i værste fald flere år eller også lykkes det aldrig at trappe ud.

Hvis man får flere præparater, anbefaler de fleste at trappe ét stof ud ad gangen, idet det er svært at vide, hvad der har udløst evt. abstinenssymptomer, når man reducerer dosis af flere stoffer samtidig. Hvis det første stof, patienten fik, har givet bivirkninger, der har ført til en ny psykiatrisk diagnose og medicin også imod denne lægepåførte lidelse, bør man starte med det første stof. Et eksempel er patienten, som får depressionsmedicin for at behandle depressive symptomer udløst af forudgående behandling med centralstimulerende medicin. I dette tilfælde skal patienten først udtrappes af den centralstimulerende medicin og herefter af depressionsmedicinen. Hvis man starter med depressionsmedicinen, kan patienten få en abstinensdepression pga. den "kemiske ubalance", medicinen har forårsaget. En abstinensdepression er en bivirkning af medicinen. Det er ikke en rigtig depression, der ville være kommet uden medicin. Det er karakteristisk, at hvis man giver fuld dosis igen, får patienterne det bedre efter få timer, ganske som en alkoholiker får det bedre, når der igen er alkohol på bordet.

For andre patienter er det en fordel at starte med den medicin, patienten siger, er mest generende. Hvis dette bliver en succes, er der gode chancer for, at det også lykkes med de næste stoffer. Derfor starter man ofte med neuroleptika og slutter med sovemedicin.

Hvis abstinenserne bliver for slemme, anbefales det at stå dem igennem, da man i reglen ret hurtigt får det bedre, og man kan så forlænge nedtrapningsintervallet. Andre foretrækker at gå lidt op i dosis til det niveau, patienten var på, inden abstinenserne blev for slemme, i en kortere periode, før nedtrapningen fortsættes i langsommere tempo.

Det er vigtigt, at patienten holder øje med sig selv, støttet af familie, venner og bekendte, som ofte er mere objektive end patienter, hvis hjerner er under kemisk indflydelse. Det kan være meget nyttigt at skrive dagbog og føre et abstinensskema, hvor man kan tilføje yderligere symptomer, som ikke står i skemaet, og følge disse dag for dag. Man kan også give de enkelte dage en karakter fra 1-10, med 10 som det bedste, for at få et helhedsindtryk af nedtrapningen.

Medicinalfirmaerne har vanskeliggjort udtrapning ved at undlade at fremstille lave styrker af deres præparater. Derfor må man handle selv. Vi har bl.a. lavet en lille vejledning om, hvordan de fleste tabletter kan knuses eller opslæmmes i vand og doseres med en plastiksprøjte og om at skille kapsler ad. Vi har lagt vore vejledninger, abstinensskema, en liste over læger og andre, der gerne vil bistå ved en udtrapning, og forelæsningsne (som findes på Youtube) op på forsiden af [www.deadlymedicines.dk](http://www.deadlymedicines.dk).