



erfaringskompetanse.no



Erfaringskompetanse.no sin oversettelse og tilpasning av "Harm Reduction Guide to Coming Off Psychiatric Drugs", som ble publisert av The Icarus Project and Freedom Center.  
[www.theicarusproject.net](http://www.theicarusproject.net)

# Skadereduserende veileder for å slutte med eller bruke mindre psykofarmaka

erfaringskompetanse.no 2010:5



erfaringskompetanse.no **2010:5**

©erfaringskompetanse.no 2010

ISSN: 1891-6503

ISBN: 978-82-998301-6-4

Utgiver: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

Forsideillustrasjon: Wera AS

Grafisk design og trykk: Wera AS, Porsgrunn

**[www.erfaringskompetanse.no](http://www.erfaringskompetanse.no)**

The Icarus Project  
www.theicarusproject.net  
info@theicarusproject.net  
C/o Fountain House  
425 West 47th Street  
New York, NY 10036  
(877) 787-5883

Icarus-prosjektet er et sosialt nettsted, et støttenettverk av lokale grupper og medieprosjekter skapt av og for mennesker som sliter med bipolar lidelse og andre "farlige" tilstander, vanligvis omtalt som "psykiske lidelser". The Icarus Project er ment å skape en ny kultur og et nytt språk som samsvarer med våre faktiske erfaringer med galskap i stedet for å tilpasse våre liv til de tradisjonelle rammene.

Freedom Center  
www.freedom-center.org  
info@freedom-center.org  
Box 623  
Northampton, MA 01062  
(877) 677-6424

Freedom Center er en prisbelønt støtte- aktivist- og rettighetsorganisasjon i Western Massachusetts. Den drives av og for mennesker som er diagnostisert med psykiske lidelser som bipolar, schizofreni og ustabil personlighetsforstyrrelse, eller som opplever veldig uvanlige bevissthetstilstander. Freedom Center arbeider for tilgang til helhetlige alternativer, varm omsorg, og kjemper for å få slutt på tvungen psykiatrisk behandling.

Engelsk originaltekst av Will Hall. Utgitt av Icarus Project og Freedom Center.

Takk til Amy Bookbinder, Dave Burns, Dryx Cohen, Mary Kate Connor, Marc Dinacola, Dianne Dragon, Sascha DuBrul, Empties, Vikki Gilbert, Chaya Grossberg, Richard Gilluly, Molly Hardison, Gail Hornstein, Mollie Hurter, Jonah, Krista MacKinnon, Ashley McNamara, Alex Samets, Seven, Bonfire Madigan Shive, Jessica Max Stein, Terramuggus, og mange andre samarbeidspartnere.

Den engelske veilederen er gratis tilgjengelig som en nedlastbar fil på Freedom Centers og Icarus Projects nettsteder.

Denne oversettelsen er gratis tilgjengelig som nedlastbar fil på [erfaringskompetanse.no](http://erfaringskompetanse.no)  
Engelsk utgave utgitt september 2007. Norsk utgave utgitt 2010.

Opphavsrett: Creative commons: Du kan fritt kopiere og distribuere med kildehenvisning uten at innhold endres, og uten økonomisk gevinst. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>. Ta kontakt med [erfaringskompetanse.no](http://erfaringskompetanse.no) for andre bruksområder av norsk utgave, og The Icarus Project for andre bruksområder av engelsk utgave.

Forfatterne og oversetterne fraskriver seg medisinsk ansvar:

Denne veiledningen er skrevet i en atmosfære av gjensidighet, hjelp og støtte fra likesinnede. Veilederen er ikke ment å være medisinsk eller helsefaglig rådgivning. Det finnes alltid store individuelle forskjeller, men psykofarmaka har sterke virkninger, og derfor kan det være direkte farlig å slutte brått med slike medikamenter.

# Utgivers forord

Mange mennesker bruker psykofarmaka i Norge i dag. Noen er fornøyd med situasjonen, mens andre har et ønske om å slutte med medikamenter, eller redusere bruken. Denne veilederen er primært skrevet av hensyn til mennesker som vurderer å redusere, eller slutte med psykofarmaka.

Det har manglet en norskspråklig veiledning for mennesker som ønsker, eller vurderer å trappe ned eller slutte med medikamenter. Erfaringskompetanse.no har sett på noen av de internasjonale ressursene som finnes, og valgt å oversette "Harm Reduction Guide to Coming Off Psychiatric Drugs, som ble publisert av "The Icarus Project" og "Freedom Center" i 2007. Denne veilederen bygger på en rekke menneskers og fagpersoners erfaringer og kunnskap. Den har ikke et antimedikamentelt utgangspunkt, men tar en samfunnsmedisinsk tilnærming med skadereduksjon som utgangspunkt: Både å fortsette med psykofarmaka og å slutte med psykofarmaka vil kunne ha risiko og skade knyttet til seg, men hvordan kan dette gjøres minst mulig risikabelt? Veilederen skal ikke erstatte medisinske råd, men er skrevet for å kunne hjelpe enkeltmennesker som vurderer å slutte med medikamenter til å balansere så godt som mulig mellom problemer og ulemper knyttet både til å fortsette med medikamenter, trappe ned medikamenter eller slutte med medikamenter.

"Harm reduction guide..." er skrevet med utgangspunkt i amerikanske forhold, slik bruker-miljøer rundt Ikarus-prosjektet og Freedom Center opplevde og vurderte situasjonen frem mot utgivelsen i 2007. På noen områder kan situasjonen i Norge være annerledes i 2010, og noen vil derfor kunne vurdere at veilederen ikke samsvarer med leserens vurdering av et balansert bilde. Slike selvstendige vurderinger er helt i tråd med veilederens ånd, for du bør vurdere kritisk all informasjon om legemidler og psykiske lidelser. Bruk flere ulike kilder og finn ut hva som passer, eller er riktig og relevant for din situasjon.

Erfaringskompetanse.no har så langt som mulig forholdt seg til den opprinnelige teksten, men har foretatt tilpasninger til norske forhold når det gjelder amerikanske og norske legemiddelnavn, lovverk for tvungent psykisk helsevern, klageadgang, tvungen behandling, legemiddeloven og noen konsekvenser av den, samt mulighetene for å saksøke legemiddelfirmaer. De stedene det er gjort slike tilpasninger er "Norge" nevnt. Den engelske teksten er lesverdig og finnes på [www.theicarusproject.net](http://www.theicarusproject.net).



Landsforeningen - We Shall Overcome

En stor takk til We Shall Overcome WSO for samarbeid og gode innspill underveis i prosessen. [www.wso.no](http://www.wso.no)

*Erfaringskompetanse.no*

# Forfatterens forord

Jeg skulle ønske jeg hadde denne veilederen da jeg brukte psykofarmaka. Prozac hjalp meg en stund, men bidro etter hvert til at jeg ble manisk og fikk selvmordstanker. Jeg var kvalm i dagesvis etter at jeg sluttet med Zoloft, mens hjelpeapparatet bare sa at jeg gjorde meg til. Sykepleierne som tok blodprøver for å måle litiumnivået fortalte meg aldri at det var for å sjekke at medikamentet ikke holdt på å forgifte meg. Jeg trodde også at Navane og andre antipsykotika jeg tok for å roe de ville følelsene og tankene mine var nødvendige fordi det var så mye feil med hjernen min.

Jeg brukte mange ulike psykofarmaka i flere år, men helsepersonellet som anbefalte og gav dem fikk meg aldri til å føle meg informert, eller at jeg hadde kraft og innflytelse i mitt eget liv. De forklarte ikke hvordan medikamentene virket, drøftet ikke hvilke farer de kunne medføre og inviterte ikke til andre former for hjelp. Når jeg ønsket å slutte med medikamenter, fikk jeg heller ikke hjelp til å trappe ned eller slutte. Informasjonen jeg trengte manglet, eller var ufullstendig og uriktig. Til slutt begynte jeg å finne ut hvordan jeg kunne få det bedre uten medikamenter, men det var på tross av den psykiske helsehjelpen jeg hadde fått – ikke på grunn av den.

En del av meg ønsket egentlig ikke å ta psykofarmaka, men en annen del av meg hadde et desperat behov for hjelp. Jeg slet tungt, med flere selvmordsforsøk, onde stemmer som forfulgte meg, voldsom mistillit til andre, bisarre opplevelser, gjemte meg alene i leiligheten og maktet ikke ta vare på meg selv. Terapi hadde ikke virket, og ingen hadde fortalt meg om andre muligheter. Jeg ble presset til å tenke at problemene mine skyldtes biologiske feil, at de trengte å medisineres, i stedet for å kunne vurdere medikamenter som en av mange muligheter. I en periode så det ut til at medikamenter var eneste utvei. Det tok flere år å finne svar – og omsider skjønnte jeg at svarene faktisk kunne finnes hos meg selv.

Til slutt forlot jeg sykehusene, bosenterne og overnattingsstedene for hjemløse. Jeg begynte selv å undersøke mulighetene. Jeg baserte meg på det jeg selv lærte og fant ut, ikke på hva feilinformerte autoriteter sa jeg skulle gjøre. Det endte med at jeg ble med å starte Freedom Center, en støttegruppe i Vest-Massachusetts der folk samlet seg og stilte lignende spørsmål som meg.

Gjennom arbeidet med Freedom Center oppdaget jeg at noen hadde tatt fra meg en grunnleggende pasientrettighet: Informert samtykke, inkludert korrekt informasjon om diagnose og behandling. Jeg oppdaget at slik feilbehandling jeg hadde opplevd, var det vanlige i psykisk helsehjelp. Jeg oppdaget forskning som var ignorert av amerikanske media, blant annet undersøkelser av den britiske organisasjonen MIND og den britiske psykologforeningen, som bekreftet mine erfaringer: De fleste fagfolk er ikke bare uvitende om å trappe ned og slutte med psykofarmaka, de står til og med i veien, og ender noen ganger opp med å skade.

Freedom Center ble utgangspunkt for arbeidet med Icarus-prosjektet, og disse to like-mannsprosjektene har hjulpet mange mennesker til å treffe bedre beslutninger om medikamenter, inkludert muligheten for å bli medisinfri. Mange av oss lever nå uten å ta psyko-farmaka, uten medikamentene legene har sagt vi vil trenge hele livet. Selv om jeg har fått diagnoser som schizoaffektiv forstyrrelse og schizofreni har jeg nå vært medisinfri i over 13 år.

Denne veilederen samler den beste informasjonen vi har funnet og de viktigste erfaringene vi har gjort i arbeidet med Freedom Center og Icarus-prosjektet

Den er ikke perfekt, og du er velkommen til å dele dine erfaringer og oppdagelser for senere utgivelser. Jeg håper likevel veilederen vil være til hjelp og nytte.

*Will Hall.*



# Innhold

Skadereduksjon for psykisk helse.....	8
Introduksjon: Vi lever i en verden som er ganske sprø når det gjelder stoffer.....	9
Alle har ulike erfaringer.....	10
Kritisk blikk på "psykisk sykdom" og psykiatri.....	12
Prinsippene vi bygger på.....	16
Hvordan virker psykofarmaka?.....	17
Helserisiko ved psykofarmaka.....	23
Risiko for din psykiske helse.....	25
Andre forhold ved psykofarmaka.....	26
Hvordan avvenning påvirker hjerne og kropp.....	27
Hvorfor ønsker noen å slutte med psykofarmaka.....	28
Skadereduksjon og fortsatt psykofarmaka.....	28
Hva gjør jeg når jeg vil slutte med psykofarmaka, men legen sier nei?...	30
Avvenning fra medikamenter: Trinn for trinn.....	36
Spesielle forhold.....	40
Ressurser.....	45
Rådgivere i helsespørsmål til denne guiden.....	49
Ordliste.....	51

# Skadereduksjon for psykisk helse

Ideologiske tilnærminger til psykofarmaka og rus som kun snakker om avhold og "bare si nei" virker for noen. Men for mange andre fungerer ikke slike tilnærminger. Og de mange som verken vil følge det legen vil skrive på resept-blokka, eller en prinsipiell medikamentfri tilværelse risikerer å bli nedvurdert, og stående uten støtte eller hjelp.

"Skadereduksjon" eller "farereduksjon" er derimot pragmatisk, og ikke dogmatisk eller ideologisk. Skadereduksjon er en internasjonal bevegelse i samfunnsmedisin, som vektlegger at det ikke finnes en enkelt løsning til et problem. Medikamentfrihet er ikke nødvendigvis den rette vei. I stedet for å presse mennesker til å slutte, aksepterer den skadereduserende tilnærmingen at mennesker er i ulike situasjoner, og forsøker å stimulere dem til å treffe informerte valg og avveie ulike risikofaktorer, slik at de kan redusere risiko og få bedre helse. Folk trenger informasjon, valgmuligheter, ressurser og støtte slik at de kan leve sunnere – i eget tempo og på egne premisser.

Å anvende skadereduksjonstilnærmingen til psykisk helse er i startgropa. Det innebærer å anerkjenne at mange mennesker bruker psykofarmaka, og at mange av dem allerede nå forsøker å slutte. Skadereduksjonstilnærmingen oppfordrer til å finne ut hvilke former for risiko den enkelte står overfor: Skade og smerte fra krisene, vonde følelser og erfaringer som diagnostiseres som psykiske lidelser, men også skade og risiko fra behandling, som skulle håndtere disse opplevelsene, for eksempel fra psykofarmaka, diagnosemerkelapper, sykehusopphold og tvang. Å treffe skadereduserende avgjørelser innebærer å se nøye på risikoer knyttet til de ulike sidene av situasjonen. Det innebærer nøktern ærlighet om hva medikamentene kan hjelpe til med når livet er ute av styring, men også ærlighet om hvor skadelig psykofarmaka kan være, og ærlighet om hva som finnes av mulige alternativer. Alle beslutninger innebærer å prøve seg fram; lære av egne erfaringer og feil. Skadereduksjonstilnærmingen aksepterer dette, og tror at kjernen i ethvert sunt liv er evnen til å ha og ta myndighet over eget liv.

# Introduksjon: Vi lever i en verden som er ganske sprø når det gjelder stoffer

På den ene siden er det nulltoleranse for noen psykoaktive stoffer, de regnes som ulovlige, og bidrar til å fylle fengslene, men uten at ulovlig rusbruk stopper av den grunn. Så finnes det lovlige stoffer som alkohol, tobakk og koffein som selges ganske fritt, selv om de forårsaker sykdom, avhengighet og død. Så finnes det stoffer på resept; antidepressiva, sovetabletter og beroligende medikamenter, som kan være like avhengighetsskapende og risikable som noen av gatestoffene, men som legen har godkjent ved å stemple resepten. Og så er det nevroleptika, litium, og antiepileptika, medikamenter som har skadelige virkninger på hjernen, men som kan hjelpe når noen føler de mister kontrollen, derfor kalles de antipsykotika og stemningsstabiliserende.

Når medisiner og rusmidler kommer på banen står mye på spill, forhold som avhengighet, negative bivirkninger, og faren ved emosjonelle kriser og galskap. Når dette kommer i tillegg til samfunnets forvirrende meldinger om psykoaktive stoffer, er det lett for enhver å bli redd. Psykoaktive stoffer blir demoner eller engler. Vi må fortsette med dem for enhver pris – eller slutte med dem for enhver pris. Vi ser bare på risikoen, eller vi er for vettskremte til å overhodet å vurdere risiko. Det blir alt for kompromissløst, sort-hvitt, alt eller intet.

Psykofarmaka har lett for å få oss til å tenke i absolutter. Noen er for medikamenter og fokuserer på farene ved ekstreme følelsesbelastninger. Andre er mot medikamenter og fokuserer på risikoen ved å ta psykofarmaka. Denne veilederen tror på nyanser, mangfold og valg, og tror at enten-eller-tenkning er en viktig del av problemene rundt psykofarmaka i dag.

# Alle har ulike erfaringer

Det finnes ingen formel for å lykkes med å slutte med psykofarmaka. Det som denne veilederen presenterer er noen felles erfaringer, grunnleggende forskning og viktige opplysninger som kan gjøre prosessen mindre vanskelig. Mange mennesker har greid å slutte med psykofarmaka, med eller uten veiledning, mens andre synes det har vært veldig vanskelig å slutte. Og så finnes det mange mennesker som fortsetter med psykofarmaka, fordi de ikke er klar over at noe annet kan være mulig.

Hvis vi hører på leger, annonser og medikamentomtaler kan det virke som om det er umulig å mestre ekstreme følelser uten psykofarmaka. Kanskje har vi aldri hørt om noen som kom seg gjennom samme situasjon som meg, uten hjelp av psykofarmaka. Kanskje endte det opp med en resept den første gangen noen anerkjente at vi trengte hjelp, og kanskje føles psykofarmaka som den eneste måten å få aksept for smerten og dybden i problemene? Og når alle rundt oss tenker at psykofarmaka er avgjørende for at vi skal klare oss, kan det føles for skummelt å begynne og tenke på, eller prøve andre måter å leve på.

Mange av oss synes medikamentene hjelper, men forstår ikke egentlig hvordan de virker og hvilke alternativer som finnes. Noen av oss syntes aldri psykofarmaka hjalp noe særlig. Andre synes de gjorde problemene enda verre og vil helst prøve å leve uten psykofarmaka. Noen av oss rives mellom risikoen ved å fortsette med psykofarmaka og faren ved å slutte, eller vi tar flere ulike psykofarmaka og mistenker at vi ikke trenger alle. Andre ønsker kanskje å slutte, men har ikke funnet det rette tidspunktet. Noen har kanskje forsøkt å slutte tidligere og opplevd at vonde følelser eller "psykotiske" symptomer kom tilbake, og bestemte seg for å fortsette med psykofarmaka en stund til.

Våre veier til bedring er ulike og unike. Noen av oss trenger ikke å endre så mye på livet – tid og tålmodighet gjør jobben for oss. Andre av oss må gjøre større endringer i ernæring, arbeid eller forholdet til menneskene rundt oss. Kanskje må vi fokusere mer på egenomsorg, kunst og kreative uttrykk, eller finne andre behandlinger som psykoterapi eller alternativ behandling. Kanskje må livet fylles med nye ting som utdanning, interesser eller friluftsliv. Kanskje oppdager vi at det første skrittet er å få til å sove slik at vi blir uthvilt, kanskje trenger vi struktur for å finne igjen motivasjonen, eller vi trenger å slutte med alkohol eller andre rusmidler. Kanskje er det viktigste å skaffe bolig eller arbeid, kanskje trenger vi mer støtte fra nettverket, eller å finne venner vi kan stole på. Kanskje trenger vi å stå fram med større ærlighet og sårbarhet om våre erfaringer eller situasjon.

Bedringsprosessene kan virke mystiske og tilfeldige. Vi kan trenge akseptering og tålmodighet, både fra oss selv og andre. Læring innebærer å prøve og feile. Fordi vi alle er forskjellige, er det som om vi navigerer gjennom en labyrinth, vi går oss bort og finner veien igjen, og former vårt eget kart underveis.

## Viktige ressurser hvis du vil lære mer

Denne veilederen baserer seg særlig på forskning gjennomført av MIND, den ledende frivillige organisasjonen for psykisk helse i Storbritannia, av British Psychological Society (Britisk psykologforening) og bøker fra Peter Lehmann Publishing, et forlag som er spesialisert på psykiatrisk bruker/overleverlitteratur

### **MIND – Making sense of coming off psychiatric drugs**

[www.mind.org.uk/Information/Booklets/Making+sense/Making+sense+of+coming+off+psychiatric+drugs.htm](http://www.mind.org.uk/Information/Booklets/Making+sense/Making+sense+of+coming+off+psychiatric+drugs.htm) or <http://snipurl.com/MINDComingOffGuide>

### **MIND Coping With Coming Off Study**

[www.mind.org.uk/NR/rdonlyres/BF6D3FC0-4866-43B5-8BCA-B3EE10202326/3331/CWCOREportweb.pdf](http://www.mind.org.uk/NR/rdonlyres/BF6D3FC0-4866-43B5-8BCA-B3EE10202326/3331/CWCOREportweb.pdf) or <http://snipurl.com/MINDComingOffStudy>

### **Recent Advances in Understanding Mental Illness and Psychotic Experiences: A report by The British Psychological Society Division of Clinical Psychology.**

Available free online at [www.freedom-center.org/pdf/britishpsychologicalsocietyrecentadvances.pdf](http://www.freedom-center.org/pdf/britishpsychologicalsocietyrecentadvances.pdf)

### **Coming Off Psychiatric Drugs: Successful Withdrawal from Neuroleptics, Antidepressants, Lithium, Carbamazepine and Tranquilizers**

Edited by Peter Lehmann, [www.peter-lehmann-publishing.com/](http://www.peter-lehmann-publishing.com/)



# Kritisk blikk på ”psykisk sykdom” og psykiatri

Leger setter diagnoser og gir psykofarmaka til mennesker som har ekstremt vonde følelser, overveldende lidelse, ville humørsvingninger, uvanlige oppfatninger, mystiske gale tilstander eller som forstyrrer andre med sin væremåte. Verden over finnes det millioner av mennesker, inkludert spedbarn og eldre, som tar psykofarmaka etter å ha fått diagnoser som bipolar forstyrrelse, schizofreni, depresjon, angst, ADHD eller posttraumatisk stress. Og hver dag blir det flere som tar psykofarmaka.

Psykofarmaka er nyttig for mange mennesker. Å få bremsset et liv som er uten kontroll, å klare å fungere på jobb, skole eller i parforholdet, å få sove eller legge et lokk over ekstreme følelser, kan oppleves som livredning. Psykofarmaka kan gi sterk lettelse, og til og med føles som en frelse eller redning for noen. Da kan det bli lite rom for å anerkjenne at andre opplever psykofarmaka negativt, at det skader og kanskje kan være livstruende. Et resultat av dette er at det er vanskelig å danne seg en god forståelse av hvordan og hvorfor psykofarmaka virker, eller en åpen diskusjon av risiko, alternativer eller hvordan man kan trappe ned og slutte hvis man ønsker det.

Legemiddelfirmaene og en del leger har hatt et budskap om at psykofarmaka er nødvendig i forhold til biologisk forårsakede psykiske lidelser, akkurat som insulin for diabetes. De markedsfører en oppfatning om at psykofarmaka retter opp kjemisk ubalanse, eller reparerer en unormal hjerne. Men sannheten er en annen. ”Biologi” og ”kjemisk ubalanse” er blitt overforenklede begreper som overtaler folk til å tro på leger og legevitenskap, men de viser i realiteten til kompliserte og uklare forhold. Biologiske faktorer (for eksempel ernæring, hvile og matallergier) påvirker alt vi opplever, mens ”biologisk årsak” eller ”biologisk basis” fremmer en oppfatning av at dette er røttene, eller en nøkkelfaktor i problemene. Å si at noe har en underliggende biologisk årsak eller grunnlag, har blitt å si at løsningen må være medisinsk og at ”behandlingen” må inneholde psykofarmaka. Og når man har fått en diagnose og begynt å bruke psykofarmaka, er det lett å tenke at medikamentene er fysisk nødvendig for å overleve.

Men det mangler solid vitenskap bak oppfatningen om at psykiske lidelser er forårsaket av biologi. I tillegg finnes det mange mennesker med alvorlige diagnoser som schizofreni og bipolar, som oppnår full tilfriskning uten psykofarmaka. De særtrekkene som blir gitt psykiske diagnoser er ikke ”uhelbredelige” eller ”livsvarige”. For noen mennesker er medikamentene nyttige verktøy, men de er ikke medisinsk nødvendige for å behandle slike lidelser. Og straks man aksepterer at noen blir friske uten psykofarmaka, blir det viktig å granske de samlede virkningene av psykofarmaka, som faktisk kan være alvorlige, inkludert kronisk sykdom, mental svekkelse, avhengighet, forverring i de psykiske symptomene, og enkelte ganger til og med dødsfall.

Psykofarmaka representerer enorme økonomiske interesser og er storindustri, som både har interesse og virkemidler til å skjule en del fakta rundt produktene sine, på liknende måte som oljeindustri og våpenindustri. Ser du mer nøye på forskningen og undersøker hvordan psykisk helsehjelp fungerer, får du et ganske annet bilde enn det legemiddelindustrien og mange leger forsøker å overbevise oss om. Legemiddelfirmaer trener og hindrer presise vurderinger av risikoen ved psykofarmaka. De villeder om hvor objektiv en psykisk diagnose er, og de gir et uriktig bilde av hvordan psykofarmaka virker. De bidrar til at forskning på andre former for hjelp ikke blir finansiert eller publisert, og de har utydeliggjort hvilken rolle traumer og undertrykkelse spiller for psykiske lidelser. I psykisk helsehjelp har det vært samme tiltak for alle, uavhengig av den menneskelige prisen. Det har vært skandaler, bedrag og korrupsjon rundt enkelte medikamenter, og situasjonen har fellestrekk med situasjonen for tobakksindustrien.

I denne situasjonen trenger folk presis informasjon om mulige fordeler og farer, så de kan treffe informerte valg for sin egen situasjon. Altfor ofte hører vi at mennesker som trenger hjelp til å slutte med psykofarmaka, har blitt stående uten støtte eller veiledning – og til og med blitt behandlet som om ønsket om å slutte med medikamentet i seg selv er et tegn på psykisk lidelse – og behov for mer psykofarmaka.

Når man drøfter risiko og fare, er det viktig å huske at alle måter å leve på innebærer risiko. Hver eneste dag treffer vi valg om å ta akseptabel risiko, for eksempel kjøre bil eller ha et belastende arbeid. Vi vet ikke nøyaktig hvordan faren vil slå ut og kan ikke fjerne alle farer, men det er viktig å vite at risikoen finnes og finne ut så mye vi kan om den. Å se på farene ved psykofarmaka innebærer også å se på farene for psykiske symptomer. Først da kan du treffe de beste beslutningene for deg, enten det er at psykofarmaka er det beste valget i din situasjon, eller det er at du vil utforske mulighetene for å slutte med psykofarmaka.

Det er en medikamentpositiv ubalanse i medisin og forskning, og derfor har det vært lite forskning på å trappe ned og slutte med psykofarmaka. Vi har basert denne veilederen på den beste tilgjengelige informasjonen. Vi har funnet noen gode kilder fra Storbritannia, og rådspurt mange helsefaglige rådgivere, som har bred klinisk erfaring med å hjelpe mennesker til å slutte med medikamenter, inkludert psykiatere, sykepleiere og alternative behandlere (se s. 49). Vi bygger også på kollektiv kunnskap fra et internasjonalt nettverk av likemannsarbeidere, allierte, kolleger, aktivister og hjelpere som er i kontakt med Freedom Center og Icarus-prosjektet. Denne veilederen bør ikke brukes som den eneste ressursen, men som et utgangspunkt for din egen utforskning og læring. Vi håper at du deler med oss og med andre det du lærer, og dermed bidrar til bedre kunnskap om å slutte med psykofarmaka.

## Hvor vanskelig er det å slutte med psykofarmaka?

Vi har fulgt hundrevis av mennesker over flere år, og har lært at det er umulig å forutsi hvordan prosessen med å slutte med psykofarmaka vil forløpe. Det finnes faktisk ingen måte vi kan forutsi hvem som klarer og hvem som ikke klarer å leve uten å ta psykofarmaka, hvem som klarer seg med mindre doser, eller hvor tøff nedtrappingen blir. Vi har sett mennesker som fint klarer å slutte etter å ha tatt psykofarmaka i 20 år. Og vi har sett mennesker som må fortsette, selv om de forsøkte å slutte etter bare et år med psykofarmaka. Alle kan ha potensial for å klare å slutte, og for å finne ut hvem som kan, må man faktisk forsøke langsomt og forsiktig, og se hvordan det går. Alle bør ha rett til å kunne forsøke dette.

MINDs undersøkelse om å slutte med psykofarmaka bekrefter våre erfaringer. MIND fant at *"Hvor lenge man har stått på medikamentet er den faktoren som spilte størst rolle for om man klarte å slutte. Fire av fem som hadde brukt medikamentet i mindre enn seks måneder lyktes i å slutte. Derimot var det under halvparten (44 prosent) av de som hadde brukt medikamentet i mer enn fem år som lyktes. Litt over halvparten av de som hadde brukt medikamentet mellom 6 mnd og fem år klarte å slutte"* (se Viktige ressurser hvis du vil lære mer s. 11).

Å slutte med psykofarmaka har også viktige politiske aspekter. Mennesker fra alle sosiale lag klarer å trappe ned, eller slutte med psykofarmaka. Men den enkeltes ressurser påvirker likevel tilgangen på informasjon og opplæring, muligheten til å betale alternativ behandling og til å endre andre forhold i livet. De som er fattige eller uten utdanning er ofte de mest sårbare for krenkelser fra behandlingsapparatet og medikamentskader. Helse er en menneskerett for alle, og det er behov for en fullstendig overhaling av den psykisk helsehjelpen, som må gjøre virksomme, frivillige og medfølende alternativer tilgjengelig for alle, uavhengig av inntekt. Det må bli slutt på å kjøre frem risikable og dyre medikamenter som den obligatoriske, første eller eneste hjelp. Vi må prioritere trygge steder for tilflukt og behandling som ikke skader. Det finnes mange undersøkelser og alternativer, som Soteria House og eksempler fra Europa, som viser at ikke-medikamentelle tilnærminger kan være effektive og koste mindre enn dagens system. Og hadde legemiddelindustrien og verdens regulerende helsemyndigheter lagt nøktern og ærlig kunnskap om effekt, risiko og alternativer til grunn, er det mange typer psykofarmaka som aldri hadde nådd markedet.

I stedet for å se erfaringer med galskap som en funksjonshemming, som kan være stigmatiserende og undertrykkende, er det bedre å tenke at de av oss som gjennomgår ekstreme sinnstilstander er en del av menneskehetens funksjonsspredning. Samfunnet må også tilpasse seg behovene til de følsomme, kreative, sårede og uvanlige menneskene som bidrar til fellesskapet på andre måter enn gjennom konkurranse, materialisme og individualisme. For virkelig å hjelpe mennesker som er merket med "psykisk lidelse", må vi tenke nytt om hva som er normalt, akkurat som vi tenker nytt om hva det betyr å mangle hørsel eller syn, eller

ha vanskelig for å bevege seg rundt omkring. Vi må utfordre funksjons-isme i alle former, og stille spørsmål ved hvor klokt det er å tilpasse seg til et undertrykkende og usunt samfunn, et samfunn som selv er ganske sprøtt. Våre behov er sammenvevet med et bredt behov for sosial rettferdighet og økologisk bærekraft.

### **Den universelle erklæringen for psykiske rettigheter og frihet**

Alle mennesker er skapt forskjellige.

Alle mennesker har rett til å være mentalt frie og uavhengige.

Alle mennesker har rett til å føle, se, høre, sanse, tenke, tro eller erfare alt mulig, på hvilken som helst måte, når som helst.

Alle mennesker har rett til å oppføre seg på enhver måte som ikke skader andre eller bryter rimelige og rettferdige lover.

Uten et eksplisitt samtykke kan ingen mennesker sperres inne, bindes fast, straffes, bli gitt medisinsk eller psykologisk behandling med den hensikt å kontrollere, undertrykke eller endre enkeltmenneskets tanker, følelser eller erfaringer

Fra Adbusters.org



# Prinsippene vi bygger på

## Valg

Psykofarmaka endrer indre og intime forhold i sinn og bevissthet. Vi må ha rett til selvbestemmelse: Rett til å definere våre erfaringer slik vi selv ønsker, søke hjelpere som vi stoler på, og avslutte behandlingsopplegg som ikke virker for oss. Vi dømmer ingen, enten de velger å bruke eller ikke bruke psykofarmaka. Når mennesker har vansker med å uttrykke seg eller bli forstått av andre, fortjener de tilpasning, støtte til å treffe beslutninger og tålmodighet fra omsorgfulle mennesker, ut fra prinsippet om aldri å skade og det minste inngreps prinsipp. Ingen bør tvinges til å bruke psykofarmaka mot sin vilje.

## Informasjon

Legemiddelfirmaer, helsepersonell og media må gi presis og korrekt informasjon om risikoen som er knyttet til psykofarmaka, realiteten rundt psykiatriske diagnoser, alternative behandlingsmuligheter og hvordan man bør gå fram for å slutte med psykofarmaka. Medisinsk etikk krever at helsepersonell forstår behandlingstiltakene de foreskriver, beskytter pasientene mot skade og fremmer de tryggeste alternativene.

## Tilgjengelighet

Når vi velger alternativer til psykofarmaka og standard behandling, bør det finnes et finansieringssystem som dekker dette. Valgfrihet uten reell tilgang til valgmuligheter er ikke sann valgfrihet. Alle som ønsker hjelp til å slutte med psykofarmaka i Norge bør få tilbud om det gjennom et offentlig helsetilbud. Alle som ønsker å møte sine ekstreme sinnstilstander uten psykofarmaka bør få hjelp til det gjennom et offentlig helsetilbud. Vi oppfordrer alle hjelpere i det private markedet til å tilby rimelige tjenester til en del av sine brukere, og alle andre til å arbeide for at alternativ til psykofarmakabehandling skal bli en reell mulighet for alle.

# Hvordan virker psykofarmaka?

De fleste begynner å bruke psykofarmaka fordi de "forstyrrer og er forstyrret". Kanskje blir de overveldet av vonde følelser, eller noen andre blir uroet av dem og sender dem til en lege – eller en blanding av de to. Slike tilstander har mange forskjellige merkelapper: Angst, depresjon, mani, psykose, paranoid eller høre stemmer. Merkelappene har også forandret seg gjennom tidens løp. Ofte får man høre fra legene at de spesielle vonde følelsene skyldes en psykisk forstyrrelse med et biologisk grunnlag. Videre blir man fortalt at belastningen ved tilstanden er farlig og må stoppes, for eksempel på grunn av fare for selvmord, og at psykofarmaka er den mest passende behandlingen.

Psykofarmaka virker på hjernen og forandrer humør og bevissthet – akkurat som andre psykoaktive stoffer. Mange medikamenter kan sløve eller kontrollere psykiske symptomer – enten ved å øke eller senke tempoet for personen, redusere følsomheten eller gjøre trøtt – og dette kan ta brodden av ekstreme sinnstilstander. Psykofarmaka hjelper noen mennesker til å føle at de mestrer livet bedre. Men det er viktig å vite at psykofarmaka ikke kan endre de underliggende årsaker til de ekstreme sinnstilstandene. Det er mer dekkende å se medikamentene som verktøy eller mestringsmåter som noen ganger letter symptomer, men som innebærer betydelig risiko eller fare for mennesker som bruker dem.

## Retter medikamentene opp hjernekjemien din?

Vi får ofte høre at psykiske lidelser skyldes at hjernekjemien er "unormal", "i ubalanse" og at dette skyldes en nedarvet "genetisk predisposisjon" fra noen slektninger. Videre hører vi at psykofarmaka fungerer slik at de retter opp denne ubalansen i hjernen. Men disse uttalelsene har aldri hatt rimelig dekning i vitenskapelig forskning.

På tross av flere tiårs forskningsinnsats til milliarder av kroner, har man aldri funnet troverdige, reproducerbare bevis for at kjemisk ubalanse, eller genetisk predisposisjon kommer på forhånd og er årsak til psykiatriske diagnoser. Selv i reklamemateriellet fra legemiddelfirmaene kan det nå stå med liten skrift "trolig forårsaket av" eller "antatt forårsaket av" kjemisk ubalanse, i stedet for mer bastante utsagn. Oppdatert genetisk kunnskap vektlegger det komplekse samvirket med omgivelsene. Omgivelsene varierer fra det ene mennesket til det andre, og det biologiske uttrykket kan også påvirkes av tidligere erfaringer og opplevelser, og trenger ikke skyldes genetisk oppskrift eller genetiske årsaker.

**Man har aldri klart å knytte forhøyet eller redusert konsentrasjon av noen neurotransmitter til en psykisk lidelse på en konsistent måte.** Man har ikke greid å fastsette grensene for hva som er "normal" hjernekjemi, og det finnes ingen fysiske tester som urinanalyse eller blodprøve som kan vise at det foreligger en psykisk lidelse. Hjernescanning har aldri klart å skille konsistent mellom "normale" og mennesker med psykiske lidelser, selv om psykofarmaka kan forårsake hjerneendringer som synes i hjernescanning. Tre mennesker

med identisk diagnose kan ha helt ulik hjernekjemi, og mennesker med samme hjernekjemi som en av de tre kan godt være uten diagnose eller store plager. Vestlig medisin har ikke klart å isolere noen biologiske årsaker til dagens psykiske lidelser på tilsvarende måte som den kan beskrive de fysiske mekanismene som ligger bak for eksempel tuberkulose, Downsyndrom eller diabetes.

Galskap og psykiske lidelser forekommer oftere i noen familier. Men det gjør også barnemishandling og kunstneriske ferdigheter. Læring og erfaring gjør at familiehistorie kan bety mange andre ting enn at det er genetisk bestemt. Man har heller ikke greid å isolere genetiske årsaker, en markør eller sett av markører for psykiske lidelser, selv om enkelte ambisiøse forskere har påstått dette i media. Tvert imot; dess mer vi forstår av genetikk, atferd og hjernen, dess mer komplisert blir det samlede bildet. Det blir faktisk mindre og mindre sannsynlig at vi kan finne den genetiske nøkkelen til en psykisk lidelse. Å bruke genetikk for å forklare spekteret av menneskets atferd på en forenklet måte, er et tilbakeslag i retning av sosialdarwinisme og eugenikk.

Eneggede tvillinger har de samme genene, men har ikke alltid samme psykiske lidelser, som viser at gener alene ikke kan være årsak. Undersøkelser viser at tvillinger har noe høyere sjanse for å ha samme diagnose, noe som indikerer en genetisk rolle, men dette er ofte metodisk dårlige undersøkelser, og resultatene blir overdrevet. De fleste foreldre ser at barna kan ha ulike egenskaper og temperament allerede ved fødselen. Men individuelle trekk, som følsomhet og kreativitet, blir først galskap og ekstreme følelser etter at kompliserte sosiale faktorer og erfaringer, inkludert traumer og undertrykkelse, har spilt en rolle.

Alle sinnstilstander, tanker og erfaringer har en eksistens i hjernen og vil i og for seg kunne uttrykkes som biologisk forhold. Men samfunn, læring og forstand påvirker også tanker og følelser og endrer hjernen, og det er umulig å peke på klare årsaksretninger. I mange hundre år har filosofer og forskere spekulert over hvordan forholdet mellom bevisstheten og hjernen er. Nevrovitenskap og psykiatri kan på ingen måte hevde å ha løst mysteriet med forholdet mellom kropp og sjel.

Til syvende og sist krever en psykiatrisk diagnose at behandleren gjør en subjektiv psykologisk vurdering av personen, og denne bygger på behandlerens egne fortolkninger, som delvis er farget av egne forhåndsvurderinger og for eksempel frykt. Behandlere kan ofte være uenige om diagnosen, de kan skifte diagnose over tid, og diskriminering basert på klasse, rase eller kjønn er ikke uvanlig.

**Beslutningen om å bruke eller ikke bruke psykofarmaka bør baseres på hvor nyttig medikamentet er for personen som trenger hjelp, sett i forhold til risikoen som medikamentet innebærer. Beslutning om psykofarmaka bør ikke bygge på en uriktig oppfatning om at man "må" ta medikamentet på grunn av biologi eller gener.**

## Hvem har skylda; du, biologien eller ingen av delene?

Hvis ikke biologi eller hjernekjemi har skylda for angst, stemmer, selvmordstanker eller andre plager, betyr det at du har skylda selv? Er det enten din feil eller hjernens feil?

Å få en psykiatrisk diagnose og en resept kan være en stor lettelse om alternativet er å bebreide deg selv for å være lat, svak eller bare late som. Hvis smerten og fortvilelsen din ikke har blitt tatt på alvor av folk rundt deg, så kan legens avgjørelse om at du har en psykisk lidelse føles som en befrielse. Å velge å slutte med medikamenter kan derfor oppfattes som et dårlig budskap, om at du egentlig ikke trenger hjelp og at vanskene dine egentlig ikke er så ille.

Dette er en urettferdig forestilling om enten-eller som holder mennesker fast i den psykiske helsehjelpen. Markedsføringen av psykofarmaka utnytter dette dilemmaet. Å slutte med psykofarmaka og utfordre en snever medisinsk modell for sykdom, betyr at du og menneskene rundt deg må lære å tenke forbi denne snevre todelingen.

Når legevitenskapen ikke har noe klart svar på hva galskap og ekstreme tilstander er, må hver person kunne forstå sine opplevelser på en måte som gir mening for dem. Solide kilder, som noen av de som brukes i denne veilederen, kan være en god motgift mot den tradisjonelle informasjonen. I rapporten "Recent advances in Understanding Mental Illness and Psychotic Experiences" fra den britiske psykologforeningen, blir begrensningene i teoriene bak sykdomsmodellen tatt på alvor, og belastninger og sårbarhet løftes fram som en mer nøytral og ikke-sykkeligjørende måte å forstå det som oftest blir kalt psykisk sykdom eller lidelse. Andre forklaringer som åndelige forhold, mishandling, misbruk, traumer, skadelige omgivelser eller forklaringer fra alternativ medisin kan også passe. Å være sammen med andre mennesker som har lignende erfaringer kan være viktig. Man kan finne støtte på hjemstedet, men via internett er det nå blitt mulig å skaffe støtte også fra mennesker langt borte.

Om man bruker medikamenter betyr ikke det at lidelsen er mer alvorlig enn for noen som ikke bruker medikamenter. Om du fokuserer på ikke-biologiske faktorer som traumer, følsomhet eller åndelighet, betyr ikke det at du har større skyld i problemene dine enn andre som er opptatt av biologi, gener eller hjernekjemi. Du fortjener ikke mindre hjelp selv om du ikke mener at du har en forstyrrelse eller er syk.

## Hva gjør psykofarmaka med hjernen din?

Både gatestoffer og psykofarmaka endrer sinnstilstanden din gjennom å endre hjernekjemien.

Det meste av psykofarmaka virker gjennom å endre nivået av noen stoffer som kalles neurotransmittere, eller gjennom å endre virkningen av dem. Antiepileptika og "stemningsstabiliserende" som litium ser ut til å virke gjennom å endre blodgjennomstrømming, og dels også forhold ved neurotransmittere. I hjernen og resten av nervesystemet er neurotransmittere en viktig del av mekanismen som overfører en impuls fra en nervecelle til en annen, som gjør at cellene kan kommunisere med hverandre. Hvis konsentrasjonen av en neurotransmitter reduseres, kan reseptorene på "neste" celle tilpasse seg, og cellen kan bli mer "følsom" for denne neurotransmitteren.

SSRI-antidepressiver (selektive serotonin reopptakshemmere), de såkalte "lykkepillene", skal øke nivået av serotonin mellom avsender og mottaker av cellen. Antipsykotiske medikamenter som Haldol senker dopaminnivået, og etter hvert øker derfor antallet dopaminreseptorer. Slike virkemåter for neurotransmittere og reseptorer følger lignende mønster som for mange gatestoffer (narkotika). Eksempelvis endrer kokain nivået på dopamin, serotonin og noradrenalin, og reseptorene endrer seg for å tilpasse seg det.

Når slike kjemiske endringer skjer, jobber bevissthetsen din for å tolke og møte disse endringene, mens kroppen responderer på sin måte. Alle er forskjellige, og din erfaring med psykofarmaka trenger ikke være den samme som andres, til syvende og sist er den unik for deg. Stol på deg selv.

## Hvorfor synes noen at psykofarmaka hjelper?

Nytten av medikamenter for psykiske lidelser får god plass i media. Det hjelpsomme ved medikamentene blandes sammen med upresise påstander om biologiske årsaker til psykiske lidelser og overdrevne påstander fra markedsføringsmateriellet. Nedenfor gir vi oversikt over de viktigste positive virkningene av medisiner for psykiske lidelser, ut fra brukeres egne erfaringer.

- Mangel på søvn er en av de enkeltfaktorene som bidrar mest til å skape eller utløse psykiske kriser. I en kortere periode kan medikamenter bidra til at du får sove.
- I en kortere periode kan psykofarmaka avbryte eller bremse en voldsom bevissthets-tilstand eller en akutt krise. Langvarig bruk kan noen ganger hindre, eller dempe maniske eller depressive episoder. Noen forteller at symptomer og ytterpunktene føles mindre alvorlig og mer håndterlige når man tar psykofarmaka.
- Å forstyrre krisen og få sove litt kan redusere stresset i kroppen og roe deg. Det kan gi deg rom til å redusere kaos i livet og få bedre forhold til andre, spise bedre og ta bedre vare på deg selv på andre måter. Slik kan man få grunnlag for en mer stabil psyke og andre endringer, som man kanskje ikke hadde klart uten medikamentene.

- Medikamenter kan bidra til at du klarer å møte opp og fungere på skole, i arbeid og ellers i livet. Dette kan være ekstra viktig om det er umulig for deg å få endret på vanskelige forhold rundt deg. Arbeidet kan kreve at du klarer å stå opp og unngå humørsvingninger, forholdet til andre kan kreve at du unngår følsomhet og sterke reaksjoner.
- Alle medikamenter har potensial for kraftige placeboeffekter: Hvis man bevisst eller ubevisst tror at de virker, kan det være nok til å skape en betydelig virkning. Får man en uvirksom pille eller tror man får en operasjon som man tror skal ha effekt, kan det gi bedring, også fra alvorlige psykiske lidelser. I klinisk forskning er det mange medikamenter som bare har en litt større effekt enn effekten av en uvirksom pille som man tror på. Det mentale spiller en sentral rolle i all helbredelse, og det er umulig å avgjøre om virkningen av psykofarmaka skyldes placeboeffekt eller medikamenteffekt hos det enkelte menneske.
- Å følge et fastlagt opplegg kan også bidra til placeboeffekt: Noen ganger får man det bedre når man får en forklaring på lidelsen som man kan tro på, og når man følger råd og får støtte fra behandlere eller pårørende.
- I USA er det tillatt med reklame overfor forbrukere for reseptbelagte legemidler. Reklamen påvirker folks opplevelse på en måte som passer til håp og forventninger mange hadde fra før.

## **Fakta om psykofarmaka som du kanskje ikke er kjent med**

- Høyere doser og bruk av psykofarmaka over lang tid kan bidra til at hjerneendringer blir dypere og varer lengre. Da kan det også være vanskeligere å slutte med medikamentene, og de kan ha mer alvorlige, negative bivirkninger. Men hjernen vår er mer motstandsdyktig enn tidligere antatt, og den kan helbrede og reparere seg selv på ulike måter.
- Det hevdes ofte at nevroleptika (som betyr nervelammere) er "antipsykotiske". Fakta er at virkningsmekanismen ikke angriper psykose eller andre spesifikke symptomer, eller spesifikke psykiske lidelser. Nevroleptika er beroligende medikamenter, og svekker hjernens generelle fungering, enten man har en psykisk lidelse eller ikke. I veterinærmedisin brukes slike medikamenter til å berolige dyr. Mange mennesker som tar disse medikamentene forteller at de psykotiske symptomene fortsetter, men at man blir mer likegyldig overfor symptomene.
- Litium og Thorazine ble brukt i psykiatrien før man fant opp teoriene om kjemisk ubalanse. Disse medikamentene er ikke et resultat av noen forståelse av årsakene til psykisk sykdom.
- Nyere antipsykotika virker på flere neurotransmittere, men i det store og hele virker de på samme måte som de gamle medikamentene. Legemiddelprodusentene markeds-

førte disse nye og dyrere medikamentene som bedre og mer effektive, og med færre bivirkninger, og de ble hyllet som mirakelmedisin. Men slike påstander ble etter hvert vurdert som uriktige, for eksempel i tidsskriftet Archives of General psychiatry, New York Times, Washington Post og andre steder. Noen legemiddelfirmaer har til og med skjult omfanget av negative bivirkninger, som diabetes og metabolsk syndrom. Men fordi det også er noen forskjeller mellom tradisjonelle og nyere medikamenter, kan noen mennesker oppleve at det fungerer bedre ved å bytte til nyere typer. Dette kan for eksempel være fordi man har hatt for høye doser av gamle medikamenter og man får en bedre tilpasset dose av det nye, negative effekter kommer senere til syne, og fordi man har forskjellige forventninger til forskjellige medikamenter.

- Noen ganger blir det sagt at negative medikamenteffekter skyldes allergiske reaksjoner. Dette er misvisende: Psykofarmaka har ikke en biologisk virkning som ligner på mat- eller pollenallergi. Å kalle medikamenteffekter for allergi indikerer at reaksjonen skyldes individet som tar medikamentet, og at det ikke er en effekt av medikamentet.
- For benzodiazepiner som for eksempel diazepam (Valium), alprazolam (Xanor), lorazepam (Temesta), klonazepam (Rivotril) er avhengighet et stort helseproblem. Å slutte med disse medikamentene kan være veldig vanskelig, og bruker du de i mer enn 4-5 dager kommer det en stor økning i faren for avhengighet.
- I fengsler og på sykehjem brukes mye psykofarmaka, blant annet for å kontrollere fanger og eldre.
- Man kan bli avhengig av sovemedisiner som Zolpidem eller Triazolam. Søvnens kan ofte forverres igjen etter man har tatt medikamentet en periode, og noen får farlige endringer i bevissthetstilstanden.
- Noen medikamenter selges illegalt på gata, fordi de kan gi ruslignende opplevelser. Stimulanter som Ritalin og beroligende som Valium og Rohypnol misbrukes i stor skala. Fordi de er lett tilgjengelige, er misbruk av psykofarmaka ganske vanlig, og forekommer også hos barn.
- Kampen mot narkotika skjuler likhetene i virkemåte mellom ulovlige rusmidler og psykofarmaka. De antidepressive selektive serotonin reopptakshemmerne virker på lignende måte som når man langsomt tar kokain gjennom munnen. Kokain var faktisk et resept-belagt medikament, som ble markedsført som følelses- og bra antidepressiva, men det ble senere forbudt. Coca, utgangspunktet for kokain, har til og med blitt brukt som ingrediens i Coca Cola.

# Helserisiko ved psykofarmaka

Å bestemme seg for om man vil slutte med psykofarmaka innebærer å gjøre en best mulig vurdering av farer og fordeler ved begge alternativer. Men da må man også ta i betraktning den viktige informasjonen om farer ved psykofarmaka, som ofte behandlere og brosjyrer ikke er opptatt av. Noen farer er det verdt å utsette seg for, noen bør man kanskje unngå, men man må ta i betraktning alle farer. Fordi alle mennesker er ulike og medikamentvirkningene varierer så mye, så må du til syvende og sist selv observere og vurdere hvordan medikamentene virker på din kropp og ditt sinn. Følgende liste er ikke utfyllende, og nye farer avdekkes stadig. Du kan sjekke nettressurser som [www.ahrp.org](http://www.ahrp.org) for oppdatert informasjon.

## Risiko for den fysiske helsen

- Psykofarmaka har giftvirkninger og kan skade kroppen. Nevroleptika kan for eksempel gi den livstruende giftreaksjonen malignt nevroleptikasyndrom, samt symptomer som ligner Parkinsons sykdom. For å sikre mot alvorlig organskade er man nødt til å ta jevnlig blodprøver ved noen medikamenter, for eksempel Litium og Clozapin. Mange medikamenter kan gi vektøkning, opptil flere titalls kilo, dessuten diabetes, hjerteslag, nyresvikt, alvorlige blodsykdommer og generell fysisk svekkelse og sammenbrudd. Det finnes også en rekke andre giftvirkninger, for eksempel forstyrrelse av menstruasjonssyklusen, farer ved svangerskap og livstruende serotonin-syndrom når antidepressiva blandes med andre medikamenter.
- Psykofarmaka kan skade hjernen. Mange av dem som bruker antipsykotika over lang tid kan få tardiv dyskinesi, en alvorlig nervesykdom med blant annet ansiktstics og kraftige, skjæmmende grimaser. Selv ved kortere bruk er det noe risiko. Antidepressiva kan også skade hjernen. Andre virkninger kan være hukommelsessvikt og at man tenker mindre konsentrert og klart.
- Legemiddelindustriens undersøkelser av hvor effektive og trygge medikamentene er, blir ofte korrumpert og juks er ikke uvanlig. Det er få langtidsundersøkelser eller undersøkelser av hvordan medikamenter virker sammen. Vi vil kanskje aldri få vite hvor farlige psykofarmaka egentlig er. Dagens bruk av psykofarmaka er på noen måter et gigantisk samfunnseksperiment med medikamentbrukerne som forsøksdyr.
- Å kombinere psykofarmaka med alkohol kan øke risiko og fare dramatisk.
- Medikamentvirkningene kan gi lavere livskvalitet, for eksempel dårligere sexlyst, nedtrykthet, rastløshet og generelt svekket helse.
- Psykofarmaka kan gi kroppseffekter som rastløshet og stivhet, som kan bidra til at andre unngår deg og til å øke din isolasjon og avstand.

- Litium virker på salter og vann i kroppen. Når væskebalansen din endres gjennom trening, svette eller kosthold, kan medikamentet endre konsentrasjon. Selv med jevnlig blodprøver og justering av dosen, risikerer man å få skadelige konsentrasjoner av litium i kroppen.
- Medikamenter mot ADHD, som Ritalin og Concerta, kan hemme veksten hos barn og innebære andre ukjente farer for hjernen og fysisk utvikling. I likhet med andre amfetaminlignende stoffer kan de gi psykose og hjerteproblemer, inkludert dødsfall.
- ADHD-medikamenter, sovetabletter og beroligende benzodiazepiner kan gi fysisk avhengighet på tilsvarende måter som narkotika. Benzodiazepiner kan faktisk være enda mer avhengighetsskapende enn heroin.



# Risiko for din psykiske helse

Det er mye vi ikke vet om hvordan psykofarmaka kan skade den psykiske helsen på kort eller lang sikt. Dette gjør det veldig komplisert å vurdere om man bør slutte eller trappe ned medikamentene. Her følger noen av de tingene du kanskje ikke har fått høre av behandleren din.

- Psykofarmaka kan øke sannsynligheten for eller forverre psykotiske symptomer. Medikamentene kan endre reseptorene for neurotransmittere som dopamin, og gjøre deg overfølsom, med større risiko for psykose. Samme type mekanismer kan øke sensitiviteten for følelser og andre erfaringer. Noen mennesker forteller at deres første psykosesyntomer startet etter at de begynte å bruke psykofarmaka.
- Mange medikamenter har nå advarsler om at risikoen for selvmord og voldshandlinger kan øke om man tar medikamentet.
- Mange mennesker opplever negative personlighetsendringer. Det kan være at de ikke føler seg som seg selv, de kan føle seg dopet, at følelsene sløves, mindre kreativitet og redusert psykisk eller åndelig åpenhet.
- Mennesker som bruker psykofarmaka, særlig antipsykotika, kan lett få en kronisk lidelse og bli langtidspasient. I fattige land som bruker mindre psykofarmaka skjer bedringen raskere enn i rike land, som bruker mye medikamenter. Mange blir raskere bra uten medikamenter.
- Når du har startet med psykofarmaka, kan personlighet og kritisk tenkevne endre seg ganske mye. Det kan derfor være vanskelig å gjøre en riktig vurdering av nytten du har av medikamentet. Det kan være at du trenger å slutte med medikamentet, men fordi det påvirker tankene og følelsene dine, så ser du det ikke selv.
- Psykofarmaka kan svekke den naturlige evnen til å regulere og bedre emosjonelle problemer. Mange mennesker forteller om hvordan de på nytt måtte lære å håndtere vanskelige følelser etter at de sluttet med medikamenter.
- Selv noen mennesker som opplever de aller dypeste kriser eller psykoser mener at de ble sterkere og friskere ved å gå gjennom det aller vanskeligste, fremfor å undertrykke det med medikamenter. Det "å bli gal" kan være en åpning for personlig endring, og noen mennesker er takknemlig for de smertefulle lidelsene de har gjennomlevd. Medikamenter kan rote til en slik mulig positiv virkning av psykiske lidelser. Kunstnere, filosofer, diktere, forfattere og healere mener ofte at innsikten fra vonde følelser og ekstreme tilstander har hatt stor verdi for dem.

# Andre forhold ved psykofarmaka

Det er også mange andre forhold rundt psykofarmaka som det kan være verdt å tenke på når du skal treffe en beslutning om hvorvidt du skal slutte eller fortsette med dem.

- Alternative behandlingsformer, samtaleterapi og selv placeboeffekt kan være effektive for psykiske lidelser, uten samme risiko eller fare som psykofarmaka.
- Å ta sine piller hver dag kan være vanskelig for enhver. Å glemme dosen kan være farlig på grunn av avvennings symptomer, og du kan være sårbar for ujevnt medikamentinntak.
- Det vanlige er at man treffer legen i sjeldne og korte møter, og det blir vanskelig for legen å oppdage eventuelle alvorlige eller farlige virkninger av medikamentene.
- Mennesker med en psykisk lidelse kan ha problemer med å få helse relaterte forsikringer.
- For mange innebærer å begynne med psykofarmaka at man lar styringen bli opp til legens vurderinger, som kanskje ikke trenger å være til ditt beste.
- Å bruke psykofarmaka kan bety at du blir sett på som psykisk syk i samfunnet, og at du begynner å se deg selv som psykisk syk også. Stigma, diskriminering og fordommer kan være ødeleggende og kan skape selvoppfylgende profetier. Det er vanskelig å slette psykiatriske diagnoser fra journalene. Det finnes undersøkelser som viser at når man prøver å overbevise andre om at psykiske lidelser er en sykdom på linje med andre sykdommer, så bidrar det faktisk til negative holdninger.
- Omtalen av psykofarmaka kan oppfattes dit hen at det normale er å være produktiv, lykkelig og veltilpasset hele tiden, uten humørsvingninger, plager og dårlige dager. Dette fremmer et falskt bilde av hva det er å være menneske.
- Å ta psykofarmaka kan legge et passivt håp i en magisk pillekur, i stedet for at enkeltmennesker og samfunnet tar ansvar for handling og endring.

# Hvordan avvenning påvirker hjerne og kropp

All psykofarmaka virker ved å lage organiske endringer i hjernen. Avvenningseffekter oppstår, fordi hjernen har blitt vant til å fungere sammen med medikamentstoffene og får det tøft med å tilpasse seg når medikamentstoffene forsvinner. Når du slutter med et medikament, tar det tid før hjernen klarer å få reseptorer og andre kjemikalier tilbake til den tilstanden som var før du startet med medikamentet. Leger bruker noen ganger forvirrende begreper som avhengighet, tilbakefall (rebound) eller seponeringssyndrom, men forholdet mellom hjerne og medikament som skaper avvenningssymptomene, er grunnleggende sett de samme som ved avhengighet. *Å trappe gradvis ned er vanligvis best.* Det gir hjernen tid til å venne seg til å være uten kjemikalier fra medikamentet. Å trappe raskt ned fører ofte til at hjernen ikke rekker å tilpasse seg, og du kan oppleve verre avvenningssymptomer.

**Viktig: Avvenningssymptomene fra psykofarmaka er noen ganger helt lik den psykiske lidelsen som de i utgangspunktet skulle behandle.**

Avvenningsreaksjonen kan inneholde psykose, angst eller hvilket som helst annet psykisk symptom, uten at det trenger å være noe annet enn avvenningssymptomer. Psykiske reaksjoner under og etter nedtrapping trenger *ikke* være den opprinnelige psykiske lidelsen.

Når noen slutter med et medikament kan de få angst, mani, panikk, depresjon eller andre smertefulle symptomer. Disse kan være like eller til og med verre enn det som ble kalt psykose eller psykiske lidelser før man begynte med medikamenter. Da sier ofte behandlerne at sykdommen har kommet tilbake og at dette viser at man trenger medikamentet. *Men det kan rett og slett være avvenningsreaksjonene som forårsaker disse symptomene.*

Avvenningssymptomer trenger ikke å bety at du trenger medikamentet. Vi tenker ikke at hodepine etter at man slutter med kaffe viser at man trenger koffein, eller at delir etter at man slutter å drikke viser at man trenger alkohol. Det betyr bare at hjernen har blitt avhengig av kjemikalierne, og at den trenger tid til å tilpasse seg fravær av stoffene fra medikament, kaffe eller alkohol.

Psykofarmaka er ikke som insulin ved diabetes, men er snarere et verktøy eller en mestringsmåte.

Tidligere mente legevitenenskapen at en voksen kropp ikke kunne lage nye nerveceller eller helbrede seg selv. Nå ser vi at det var uriktig, og at alle kan bli bedre. En sterk og frisk kropp kombinert med en sunn livsstil og positiv innstilling kan gi støtte og næring, slik at kropp og hjerne kan leges. Hvis du har brukt psykofarmaka over flere år, kan det likevel ta flere år å klare å trappe ned eller slutte. Mennesker som bruker nevroleptika eller andre antipsykotika

over lang tid, kan utvikle hjerneskader. Det trenger ikke være permanent, men noen ganger lever de resten av livet med disse endringene i hjernen. Kanskje finner du ut at det rette for deg ikke er å slutte. Kanskje er det bedre for deg å bruke psykofarmaka, og du bestemmer deg for redusere dosen, eller beholde samme dose og bruke kreftene på å få et bedre liv på andre måter.

## Hvorfor ønsker noen å slutte med psykofarmaka

Noen hevder at det er bedre å ta medikamenter enn å ha en ubehandlet psykisk lidelse, uansett negative virkninger eller bivirkninger. Noen leger hevder at psykiske lidelser pleier å forverre seg og ødelegge hjernen, og at tidligst mulig medisinerer alltid er best. I dag er det liten grunn til å tro at dette er riktig. Selv med de alvorligste lidelsene er det mennesker som blir bedre uten medikamenter, og mennesker som mener livet er bedre uten medikamenter. En del mennesker klarer å gjennomgå psykose eller ekstreme følelser uten medikamenter. Enkelte ikke-vestlige kulturer møter og forstår slike opplevelser på andre måter, og enkelte ser slike tilstander som positive, åndelige eller grenseoverskridende.

Valget står ikke mellom å bruke psykofarmaka eller å la problemene utspille seg av full kraft. Det finnes mange forskjellige muligheter for hjelp og mestring som du kan forsøke. For enkelte mennesker kan det faktisk være slik at noen av deres såkalte "psykiske lidelser" er forårsaket av medikamentene de tar.

## Skadereduksjon og fortsatt psykofarmaka

Det kan være at du bestemmer deg for å fortsette med psykofarmaka, for eksempel fordi vanskene er store og det er umulig å få til alternative mestringsmåter nå. Det kan likevel være lurt å tenke skadereduksjon. Du kan gjøre andre endringer i livet, og gjøre en innsats for å minimere risiko eller skade ved medikamentene du bruker.

- Bruk ulike kunnskapskilder for å lære om de negative effektene av medikamentene du bruker. Bruk ernæring, urter og tilsetninger for å redusere disse virkningene.
- Vurder om du kan klare en litt lavere dose av medisinen, selv om du ikke planlegger å slutte. Men husk at selv små reduksjoner kan gi nedtrappingsreaksjoner.
- Hvis du skal starte med et medikament for første gang, så husk at mange mennesker forteller at noen ganger kan selv veldig små doser, mye mindre enn anbefalt minstdose, være effektivt og ha lavere risiko.
- Hvis du tar flere forskjellige medikamenter, kan du prøve å kutte et av dem som ikke virker mest nødvendig og som innebærer betydelig risiko. Du kan også innrette deg med sikte på midlertidig bruk, om det er mulig.
- Ta et aktivt grep om helsa di gjennom andre behandlingsmåter og ulike tiltak for helhetlig velvære. Hent ideer fra denne veilederen eller andre steder. Klarer du å ha en bedre egenomsorg, kan det være du trenger mindre medikamenter og kan redusere dosene senere.
- Sørg for å ha tilstrekkelig med medikamenter og resepter, for dropper du en dose kan det øke stresset for kropp og hjerne.
- Vær nøye med å få de testene av medikamentkonsentrasjon og forgiftningsfare som du skal ha. Følg opp blodprøver og andre tester, som for eksempel av lever og nyrefunksjon.
- Gå til jevnlig fysiske undersøkelser hos helsepersonell, slik at du kan passe på helheten i helsetilstanden.
- Hvis du tar ulike medikamenter eller medikamenter for ulike sykdommer, så sjekk ut hvordan de ulike medikamentene kan virke sammen.
- Vær forsiktig med å blande psykofarmaka med alkohol og andre rusmidler. Slike blandinger kan forverre negative virkninger og være farlige.
- Ikke stol blindt på legens veiledning. Prøv å få kontakt med andre mennesker som bruker samme medikamenter som deg, bruk internett, eller finn brukermiljøer eller organisasjoner i nærheten, der du kan finne støtte og diskutere.

# Hva gjør jeg når jeg vil slutte med psykofarmaka, men legen sier nei?

Mange leger vil ikke støtte en beslutning om å trappe ned eller slutte med psykofarmaka. Kanskje er de redd for nye innleggelser eller selvmord. Noen har tatt en vokterrolle og føler at alt som kan skje med pasienten er legens ansvar. Hvis legen ikke støtter målene du har for ditt forhold til psykofarmaka, så kan du be legen å gi en grundig forklaring av hvorfor. Gjør en grundig vurdering av legens forklaring – kanskje vil du endre planen din eller utsette den hvis legens råd er fornuftige. Kanskje kan du få en venn, talsperson eller alliert til hjelpe deg å legge fram tankene dine for legen. Har du med noen med autoritet, for eksempel en slektning, helsearbeider eller terapeut, så kan det hjelpe til å få legen til å ta argumentene dine mer alvorlig. Vis at du forstår risikoen ved å trappe ned, og beskriv hvordan du forbereder og planlegger forsiktige endringer i dosene. Du kan fortelle om noe av forskningen som presenteres i denne veilederen, særlig undersøkelsene som viser at mange mennesker lykkes i å redusere og slutte med psykofarmaka. Fortell legen om begrunnelsene dine for å trappe ned. Du kan minne legen om at behandlernes rolle er å hjelpe deg med å nå dine egne mål, ikke leve livet for deg. Du har rett til å gjøre prioriteringer og ta risiko.

Det kan være du bør informere legen om at du går videre med planen på tross av advarslene. Noen leger kan samarbeide, selv om de ikke tror på planen. Hvis legen fortsatt ikke vil samarbeide kan du vurdere å prøve å skifte lege. Du kan også søke hjelp og støtte hos andre helseprofesjoner eller alternativterapeuter. Noen har også valgt å trappe ned og slutte uten å si fra til helsepersonell. Dette kan være forståelig i sammenhenger der for eksempel bolig eller andre tilbud er betinget av at du er lydig mot behandlingsopplegg som andre har bestemt. Vurderer du å gå til et slikt skritt, så bør du gjøre en grundig vurdering av risikoen.

Den britiske organisasjonen MIND gjorde en undersøkelse av brukeres erfaringer med å forsøke å slutte med psykofarmaka. De fant at mennesker som sluttet med medikamenter på tvers av legens råd, lyktes like ofte som de som fikk legens tilslutning. MIND endret derfor anbefalingene sine, og sier ikke lenger at ingen andre enn de som har legens tilslutning bør prøve å trappe ned eller slutte med psykofarmaka.

## **Før du starter å trappe ned**

Ingen er like og det finnes ikke noen ferdig kokebokoppskrift for å slutte med eller trappe ned fra psykofarmaka.

På disse sidene presenterer vi en trinnvis fremgangsmåte som mange mennesker synes har vært nyttig. Den er laget for at du skal forme og endre den, slik at den passer nettopp din situasjon og dine behov. Kjenn etter, observer deg selv, følg signalene fra kropp og hjerte og søk råd fra mennesker som bryr seg om deg og er glade i deg. Skriv ned hvordan du redu-

serer medikamentene og hva som skjer, så du kan studere hva som skjer med deg selv under nedtrappingen, og slik at andre kan dra nytte av dine erfaringer.

## **Finn informasjon om medikamentene og nedtrappingen**

Det er klokt å forberede seg ved å finne ut så mye du kan om å trappe ned fra psykofarmaka. Oppsøk mennesker som har klart å slutte, og diskuter utfordringene. Les om medikamentene fra ulike kilder, både den offisielle informasjonen, samt alternativ og holistisk orientert informasjon. En del engelskspråklige informasjonskilder er referert til slutt i denne veilederen.

## **Finne rette tidspunkt**

Når passer det å begynne nedtrappingen? Når er det lurt å vente?

Det er viktig å finne rette tidspunkt. Det er oftest lurt å vente med nedtrappingen til du har det du trenger, fremfor å trappe ned uforberedt. Men noen ganger gjør medikamentvirkningene det vanskelig å få gjort de nødvendige forberedelsene. Husk at å slutte med medikamenter kan være en stor og langvarig prosess, så det kan være lurt å forberede seg som ved andre store livsendringer. Å slutte med medikamenter er neppe løsningen i seg selv, men kan være starten på ny læring og nye utfordringer. Tenk på følgende i vurderingen av om det er rett tidspunkt for nedtrapping:

- Har du en stabil bolig og en forutsigbar timeplan? Hvis ikke, kan det være lurt å ordne opp i bolig, døgnrytme og ukeplan først.
- Er det store problemer eller utfordringer som du har utsatt eller lagt til side? Har du andre bekymringer enn psykofarmaka, som du bør ordne først? Løser du andre problemer først, kan du føle mer kontroll.
- Har du nettopp kommet ut fra institusjon eller vært i krise? Kanskje er det et dårlig tidspunkt for nedtrapping, eller kanskje er medikamentene en del av problemet?
- Virker medikamentene dårligere eller gir flere bivirkninger? Har du tatt psykofarmaka lenge og føler at du sitter fast? Dette kan være et godt tidspunkt for å forberede og starte nedtrappingen.

## **Skaffe støtte**

- Finn hjelp, hvis du kan. Det kan være til stor hjelp om du finner en lege eller helsearbeider som kan støtte deg på dine premisser. Prøv å få venner eller familie til å hjelpe deg å legge planen din. Sørg for at folk rundt deg vet at nedtrapping kan bli tøft, og at nedtrappingsreaksjoner ikke nødvendigvis betyr at du må trappe opp dosen igjen. Støttepersoner kan se situasjonen utenfra, gi innspill til planen din, og hjelpe og styrke deg når det blir tøft. Ha mobiltelefon tilgjengelig, slik at du alltid kan få tak i støttepersonene dine. Det kan være en fordel å bo nært noen som kan hjelpe deg med sunn og god mat,

som kan være i nærheten hvis det blir tøffe tak. Mangler du støtte, trenger ikke det hindre deg i å trappe ned medikamenter – en del mennesker har lyktes med dette alene. Men for mennesker i alle situasjoner er det viktig med støtte fra omgivelsene for å ha det bra.

- Lag en forhåndserklæring – en beredskapsplan som forteller andre hva de skal gjøre hvis du kommer i en alvorlig krise og får problemer med å snakke med andre eller ta vare på deg selv. Beredskapsplanen kan liste opp varselsignalene dine og hvordan andre kan møte de på en god måte. Den kan gi instruks om hvem som skal kontaktes for hjelp, og dine ønsker for behandling og medikamenter. Beredskapsplanen gir behandlingssystemet en mulighet til å ta utgangspunkt i dine ønsker og preferanser, men de er foreløpig ikke juridisk forpliktet til å følge slike forhåndserklæringer. Forhåndserklæringen gjør det mulig for andre å gjøre det du trenger hvis du får det som vanskeligst. Internasjonale ressurser for beredskapsplaner kan du finne ved å søke på internett etter "advance directive" og "mental". Aktuelle norske søkeord er "beredskapsplan", "kriseplan" og "psykiatrisk testamente", eventuelt sammen med "psykiske lidelser".
- Få utført en skikkelig helseundersøkelse av en fagperson som kan gi en grundig vurdering av hvor godt du har det, og som kan gjennomføre eller gi råd om oppbyggende og forebyggende helsetiltak. Mange mennesker med psykiske lidelser har ubehandlede fysiske helseproblemer. Dårlig tannhelse, kroniske fysiske sykdommer, dårlig ernæring og miljøgifter kan svekke helsen og gjøre det vanskeligere å trappe ned eller slutte med psykofarmaka. Bruk tid på å bedre fysisk helse, og finn tiltak du har råd til. Vurder å kontakte alternative behandlere, noen av dem kan gi rabatter til mennesker i en vanskelig økonomisk situasjon.
- Følg ekstra godt med på helsa di når du trapper ned, for nedtrapping er en belastende avgiftningsprosess. Styrk allmenntilstanden og immunforsvaret ved å sørge for hvile, rent vann, sunn mat, trening, frisk luft, solskinn, naturopplevelser og kontakt med nettverk og lokalmiljø.

## Innstilling

Tro at du kan forbedre ditt eget liv. Tror du på din egen endringskraft, kan du klare å gjøre enkelte positive endringer, enten det er å slutte, trappe ned medikamentene eller ha det bedre på andre måter. Selv blant mennesker som har fått høye doser psykofarmaka i flere tiår, er det mange som har sluttet med medikamenter eller bedret livet på andre måter. Innstill tankene på at det er mulig å ta mer kontroll over din egen helse og livskvalitet. Sørg også for at mennesker rundt deg tror på din endringskraft.

Husk at å redusere dosen kan være et stort skritt. Det viktige er at du tror at du kan få et bedre liv ved å ta grep om dine egne valg i forhold til psykofarmaka.

## Vær forberedt på sterke følelser

Når du trapper ned eller slutter med psykofarmaka, kan du måtte lære nye måter å mestre vonde følelser, erfaringer og traumer. Vær tålmodig og raus med deg selv, og gjør det beste du kan, med støtte. Nye erfaringer og endringer i følelsene er en del av livet: Alle har vonde følelser i blant, og det er også en del av deg som et unikt menneske. Snakk med andre om det du går gjennom, prøv å beholde kontakten med signaler og følelser fra kroppen, og jobb for å tåle og bruke dine egne reaksjoner bedre. Vis menneskene rundt deg hvordan de kan hjelpe.

## Planlegg forskjellige mestringsstrategier

Forsøk å finne nye mestringsmåter før du begynner å trappe ned, selv om det ikke alltid er mulig. Trapper du ned, kan du trenge nye mestringsmåter til erstatning for hjelpen medikamentene tross alt kanskje ga. Det finnes mange muligheter, for eksempel ernæring, alternativ behandling, trening, støttegrupper, psykoterapi, åndelighet og kontakt med naturen. Ingen er like, så det kan ta tid å finne hva som er virksom "personlig medisin" for deg. Det kan være godt å erfare at andre mestringsmåter virker, før du begynner nedtrappingen. Sørg for at hjelperne dine kan minne deg på de nye mestringsmåtene og støtte deg i å bruke dem. Om mulig, få på plass alternativene før du trapper ned.

### Arbeide med redsel

Mange som har sluttet med psykofarmaka forteller at frykt er det største hinderet for å starte nedtrappingsprosessen. Kanskje er du redd for å bli innlagt igjen, miste jobben, komme i konflikter med venner og familie? Kanskje er du redd for å få sterke opplevelser, kraftige avvenningsreaksjoner, selvmordstanker, eller for å gi slipp på et redskap som tross alt har hjulpet deg å mestre vonde følelser og problemer. Og fordi nedtrapping kan innebære risiko, er det fornuftig med noe redsel.

Å starte en stor livsendring er som å ta fatt på en lang reise: Det ukjente kan være en spennende mulighet eller en skremmende trussel. Husk at du kan være en ganske annen person nå, sammenlignet med da du begynte å ta medikamenter. Du kan ha modnet, du kan ha fått nye ferdigheter, og kanskje forstår du mer enn før. Kanskje hjelper det å liste opp det du frykter og få hjelp av en venn til å vurdere hva som er overdrevet, hva som er realistisk, og kanskje bekymringer du ikke har tenkt på. Klarer du å være realistisk om bekymringer og de ulike mulighetene? Hvordan kan du forberede deg? Kan du finne rom for håp – og endring?

Framtida trenger ikke bli som fortida. Ikke la et stempel med "forstyrrelse" eller en trist spådom fra en lege overbevise deg om at det er umulig å komme i bedring.

## Hva er alternativer til psykofarmaka?

- Vennskap med mennesker som tror på dine evner til å påvirke egen situasjon kan være sentralt. Helst bør dette være mennesker som har kjent deg når du har hatt det som vanskeligst, som stiller opp når du får problemer, og som vet hva nedtrapping kan innebære for deg. Samtidig bør det være mennesker som kjenner sine egne grenser for hva de kan tilby, som klarer å si nei og dermed kan beskytte seg fra å brenne seg ut.
- Vurder å slutte med alkohol eller andre rusmidler. Mennesker som har gjennomgått ekstreme kriser og påkjenninger, og som får psykiatiske diagnoser kan være mer følsomme enn andre. Det som påvirker vennene dine på en måte, kan virke sterkere på deg. Avstår du fra stoff og alkohol kan det bedre sinnstilstanden dramatisk. Noen erfarer at både milde rusmidler som marijuana, og helt vanlige stoffer som koffein kan undergrave helse, stabilitet og søvn. Sukker (inkludert søte drikker) og sjokolade kan også påvirke humør og trivsel. For noen mennesker kan til og med koffein eller endringer i blodsukkernivå gi reaksjoner som forveksles med psykiske symptomer eller til og med psykose.
- Hvile. Sørg for å ha gode søvnrutiner, og finn tiltak og virkemidler så du får sove. Sove-tabletter, også medikamenter som benzodiazepiner, kan være godt å ha i bakhånd, men prøv først med melatonin, urter eller alternativ behandling. Har du problemer med å sove, så prøv å kutte kaffe og brus. Koffein kan forstyrre søvnen og gi den dårligere kvalitet. Husk at hvis du er lenge oppe, så kan søvnen få dårligere kvalitet, selv om du sover mange timer. Om du ikke føler deg uthvilt, bør du prøve å gå til sengs før kl 23.
- Ernæring kan spille stor rolle for stabil psyke og andre helseforhold. Prøv å finne ut om det er mat du ikke tåler, som gluten eller melk. Vurder å ta kosttilskudd som gir næring til hjernen og som støtter kroppens avgiftningsarbeide, for eksempel C-vitamin, tran, fettsyrer og b-vitaminer. Spis godt med frukt og grønnsaker, og pass deg for fast-food. Noen mennesker tåler dårlig kunstige søtningstoffer som aspartam eller sakkarin, konserveringsmidler eller andre tilsetningsstoffer i ferdigmat. Hvis du tar urter eller medikamenter for fysiske sykdommer, så spør aktuelle behandlere om interaksjoner; om det å ta eller slutte med et middel kan påvirke effekten av andre midler. Dette er særlig aktuelt ved graviditet eller amming.

### Periodisk bruk: Å ta medikamenter nå og da

Noen medikamenter bruker tid på å bygge opp virkning i kroppen, mens andre – særlig medikamenter for søvn og angst – kan virke med en gang og tas ved behov (ofte forkortet prn). Det kan være lurt å bruke dem en gang imellom for å få hvile, forebygge krise eller beskytte deg fra overveldende følelser. Selv om mange som slutter med medikamenter begynner med dem etter en stund, er det lite forskning på mulig risiko ved å slutte og så starte med nevroleptika, litium eller antiepileptiske medikamenter.

- Drikk mye rent vann i løpet av dagen. Vann er viktig for kroppens avgiftningsarbeid. Det anbefales å drikke like mange desiliter vann per dag som kroppsvekten delt på tre. Veier du 60 kg bør du drikke 20 dl vann, altså 2 liter. Veier du 80 kg bør du drikke 27 dl vann per dag. Hvert glass med vin, øl, kaffe, svart te eller brus tapper deg for vann, og bør erstattes med tilsvarende mengde vann. Hvis tappevannet ditt har dårlig kvalitet kan du sette inn vannfilter. Hvis du blir veldig varm eller svetter, så pass på å fylle på med salt, sukker og kalium.
- Miljøgifter kan belaste kroppen og iblant forårsake alvorlige kroppslige og mentale problemer. Om mulig kan du prøve å fjerne noen av forurensningskildene rundt deg, for eksempel avgasser fra møbler og interiør, husholdningskjemikalier, sjenerende lyder og skjemmende lys. Noen mennesker som slutter med psykofarmaka blir mer sensitive for miljøgifter i en periode.
- Gå nøye gjennom andre medikamenter du tar for fysiske lidelser. Noen av dem, for eksempel enkelte kortikosteroider, kan være årsak til angst, søvnforstyrrelse og psykose.
- Det finnes alternative behandlere som har erfaring med å hjelpe mennesker som trapper ned psykofarmaka. Noen kan tilby giftfrie midler som kan hjelpe mot angst og andre symptomer. Spør mennesker du stoler på hvem de kan gi hjelp som passer deg. Du bør være forberedt på å få forslag om å endre livsstil, for eksempel om bedre matvaner, trim og mindre alkohol og rusmidler. Har du dårlig råd kan du be om rabatt eller avbetaling. Hvis du spiser urter eller kosttilskudd, sjekk om de kan påvirke medikamenteffekten i noen retning.
- En veileder, psykoterapeut eller støttegruppe kan gi støtte og hjelp. Gi deg selv tid til å finne deg til rette som ny klient eller nytt medlem før du begynner på nedtrappingsplanen.
- Mange opplever at åndelige aktiviteter hjelper dem til å tåle belastninger og lidelse. Finn miljøer eller trossamfunn som ikke dømmer deg, men aksepterer deg for den du er.
- Kontakt med naturen, planter og dyr kan bidra til mer ro og gi deg mer perspektiv på nåværende situasjon.
- Kunst, musikk, håndverk og kreativitet kan si mer enn tusen ord og skape mening av prøvelsene du går gjennom. Selv en blyantskisse i en bok eller å lime bilder fra aviser og ukeblader ut fra temaet "hvordan har jeg det akkurat nå", kan skape kraftfulle bilder.
- Fysisk aktivitet som å gå, svømme, sykle, yoga og annen sport, kan gi betydelig reduksjon i angst og stress. Trening hjelper også kroppen med å kvitte seg med gifter.
- Du kan finne støttegrupper på nettet som kan gi hjelp. Prøv å ha nettstøtte som tillegg til direkte støtte, og ikke som erstatning for direkte støtte fra mennesker du kjenner.

# Avvenning fra medikamenter: Trinn for trinn

## Oppdage og mestre avvenningssymptomer

Ikke alle vonde symptomer du opplever når du avvenner deg fra medikamentene skyldes at du tar mindre av dem. Du kan også oppleve følelser og ubehag, som har vært dempet eller borte på grunn av medikamentene du har tatt. Det er ikke alltid mulig å skille dette fra hverandre, selv om mange også forteller at symptomer, angst eller depresjonen er litt ulik, og at de kan skille mellom hva som skyldes medikamentet, og hva som er "dem selv". Avvenningssymptomer begynner ofte rett etter reduksjon i medikamentdosen og endrer seg raskere etter hvert som hjernen venner seg til mindre av virkestoffene. Avvenningssymptomer er også mindre likt vanlige følelser eller bevissthetstilstander, og kan være vanskeligere å påvirke ved å bruke følelser og psykologiske virkemidler. Man må vente de ut og gi hjernen tid til å tilpasse seg. Hvis symptomene blir uutholdelige og forstyrrer deg alt for mye, trapper du kanskje for raskt ned. Vurder å øke dosen igjen og redusere i et langsommere tempo.

Noen opplever langvarige avvenningssymptomer og avhengighet. Risikoen for at det trekker i langdrag øker hvis du har brukt medikamenter lenge. Mange har opplevd at det er spesielt vanskelig å slutte med Paroxetin, samt medikamentgruppene benzodiazepiner og nevroleptiske antipsykotiske medikamenter. Husk at målet er å få et bedre liv: Å trappe langsomt ned eller å bli stående på en lavere dose er det beste for noen.

## Trygg nedtrapping

Punktene nedenfor er generelle erfaringer – husk at dette ikke nødvendigvis passer for deg!

- Ta det med ro og trapp ned gradvis, det er vanligvis best. Selv om noen klarer å kutte alt på en gang, kan det utløse farlige reaksjoner, for eksempel kramper eller psykose. Dess lenger du har brukt medikamentet, dess lenger tid kan det ta å trappe ned og slutte. Har du brukt medikamentet i under 2 år, kan du beregne like lang tid på nedtrappingen som tidsrommet der du har brukt medikamentet. Har du brukt medikamenter mer enn 2 år, kan du ta høyde for at nedtrappingen tar 18-24 måneder. Så hvis du har brukt et medikament i 6 måneder, kan du planlegge å trappe ned over 6 måneder. Har du brukt medikamentet i halvannet år, så beregn minst halvannet år på nedtrappingen. Har du brukt medikamentet i 5 år, så trapp ned over 1,5 til to år.
- Begynn med ett medikament. Velg det som gir deg de verste bivirkningene, det du føler er minst nødvendig, eller det du tror er lettest å slutte med.
- Du kan også skifte til en tilsvarende dose av et medikament med lengre halveringstid. Da bruker kroppen lengre tid på å kvitte seg med medikamentet og det blir lettere å få

til en gradvis prosess (se avsnitt om halveringstid under overskriften "Spesielle forhold"). Beregn minst to uker på å venne deg til det nye merket, ta deg lengre tid hvis overgangen blir vanskelig.

- Hvis du trenger veldig små reduksjoner i dosene eller veldig små doser, kan du kjøpe en tablettdele eller få medikamentet i væskeform, slik at dosen kan kontrolleres mer nøyaktig enn å kappe piller med en kniv.
- Lag en plan. En grei tommelfingerregel er å trappe ned med 10 % fra den opprinnelige dosen annenhver uke. Det er oftest ikke lurt å droppe doser, men heller redusere dem gradvis. Lag en tabell som viser nøyaktig hvor store doser du skal ta hver dag. Eksempel: Hvis den opprinnelige dosen var 400 mg daglig, så kan du prøve å redusere med 10 % (40 mg) til 360 mg daglig. Hvis avvenningssymptomene ikke er for ille etter 2 uker, kan du kutte ytterligere 40 mg til 320. Etter nye 2 uker kan du kutte til 280 mg, så 240 etc. Hvis du kommer til 200 mg og finner ut at en ny reduksjon på 40 mg blir for vanskelig, kan du sette et nytt startpunkt. Hvis du nå hadde kommet til 200 mg per dag, kan du gå ned 10 % av det annenhver uke, slik at du nå ikke går ned med mer enn 20 mg hver annen uke. Først 180 mg, så 160mg etc.
- Hvis du tar antiparkinson-medikamenter for bivirkninger av nevroleptiske antipsykotika, bør du fortsette med antiparkinson-midlene under første del av nedtrappingen. Først når du har redusert dosen av antipsykotika betydelig, kan du gradvis redusere bivirkningsmedikamentene.
- Hvis du tar andre medikamenter i tillegg til psykofarmaka, kan det være at de har interaksjonseffekter. Ett medikament kan altså styrke eller svekke effekten av et annet. Vær spesielt forsiktig, gå langsomt fram, og prøv å få gode råd fra lege.
- Hvis du tar et medikament "ved behov" (prn), kan du prøve å bruke det sjeldnere. Du kan eventuelt ha det i bakhånd for å avhjelpe avvenningsprosessen fra andre medikamenter. Til slutt kan du gradvis slutte med medikamentet du har tatt "ved behov".
- Følg nøye med på alle endringer etter den første dosereduksjonen. Prøv å føre en oversikt over symptomene, og få gjerne hjelp av andre. Husk at hvis symptomene forverrer seg rett etter en reduksjon, kan det være avvenningsreaksjoner som kan gå over etter hvert.
- Hvis avvenningsreaksjonen gjør alt for vondt for deg eller varer for lenge, så øk dosen igjen. Dette er ikke noe nederlag, men er en klok strategi på lengre sikt. Gi deg selv to uker til på den forrige dosen, og prøv igjen. Har du fortsatt problemer kan du redusere i mindre trinn. Du kan komme til å oppleve at avvenning blir for vanskelig, og det bør du trolig godta som en mulighet. Da finnes det fortsatt andre måter å få det bedre på.

## Hvordan vil det føles?

Ingen er like, så vær forberedt på at nedtrapping kan oppleves på mange slags måter. Kanskje opplever du ingen avvenningsreaksjoner – kanskje slår de deg som en murvegg. Noen får flere tøffe uker før det demper seg, andre opplever avvenningsreaksjoner over enda lengre tid.

40 % av deltagerne i MINDs avvenningsundersøkelse fortalte ikke om noen problemer av betydning når de trappet ned. Men noen ganger kan avvenningsreaksjonene være så markante at du må begynne med pillene igjen, eller øke dosen. Det ser ut til dess lengre du har brukt medikamentene, dess større er sjansene for at du får reaksjoner når du kutter dosen. De kjemiske endringene i hjernen kan være store, og det kan ramme alle. Det er likevel mer sannsynlig at du tåler avvenning, hvis du har mange mestringsstrategier og en sunn og sterk kropp. Bygg oppunder kroppens selvhelbredende evner, og husk at i alle avgiftningsprosesser arbeider tiden for deg. En nøkkel kan være å forberede seg på problemer som kan oppstå, og ikke minst hvordan man kan håndtere eventuelle kriser.

Den vanligste avvenningsreaksjonen er angst og søvnvansker. Andre symptomer kan være å føle seg generelt dårlig, panikk-anfall, tankekjør, tvangstanker, hodepine, influensalignende symptomer, depresjon, skjelvinger, pustevansker, dårlig husk, ufrivillige bevegelser, muskel-spasmer, rykninger og kvalme. Nedtrapping kan også utløse kriser, personlighetsforandringer, mani, psykose, vrangforestillinger, kraftig rastløshet, samt andre psykiske symptomer. Nedtrapping fra antidepressiva kan gi alvorlig rastløshet, følelse av elektrisk støt, selvmordstanker, selvskading og aggresjon. Mange forteller at de sterkeste avvenningssymptomene kommer på de aller siste trinnene av nedtrappingen, når dosen går ned i null eller nær null. Noen velger derfor å bli stående på en svært liten vedlikeholdsdose.

Å slutte med Litium eller antiepileptiske "stemningsstabiliserere" ser ikke ut til å påvirke signalstoffer mellom nerveceller (nevrotansmittere) på samme måte som andre psykofarmaka, men endrer blant annet cellemembraner og blodtilstrømning til hjernen. Dette kan også gi avvenningsreaksjoner. Brå nedtrapping fra antiepileptika kan utløse kramper.

Alle disse effektene kan vare i flere dager eller uker, så forsøk å være så tålmodig du kan. Endrede følelser og spenninger kan vare opp til måneder eller år. Det kan ta lang tid å lære å håndtere følelser og minner som har vært satt til side av medikamentene. *For mange mennesker er den tyngste fasen etter at nedtrappingen er ferdig og man må forholde seg til følelser og erfaringer som medikamentene satte til side, sammen med langsiktige avgiftningssymptomer og tilheling.*

Malignt nevroleptikasyndrom er en sjelden, men alvorlig bivirkning ved bruk av antipsykotika. Enkelte har også utviklet dette syndromet under avvenning. Syndromet kan være livstruende, og innebærer endret bevissthet, bevegelsesforstyrrelser og feber. Hvis du har stått på nevroleptiske antipsykotika og får slike symptomer under nedtrappingen, må du straks søke legehjelp.

Får du ekstrem rastløshet, oppkast, muskelrykninger og vedvarende psykotiske symptomer, er det mulig at du opplever en tardiv psykose. Denne reaksjonen avtar som oftest hvis du øker dosen igjen. Når du føler deg bedre kan du starte nedtrapping på nytt, men med en mer gradvis og langsom reduksjon.



# Spesielle forhold

## Rett dose på hvert trinn i nedtrappingen: Medikamenter som mikstur eller spesialdoseringer

Når du skal trappe ned i mange små trinn, kan det bli en utfordring å få rett dose på hvert trinn. Det finnes noen forskjellige muligheter

- Å bytte fra piller til samme medikament i miksturform gjør det mulig å redusere dosen mer gradvis. Spør apoteket eller legen om medikamenter i væskeform. I et høyt og tynt målebeger er det enklere å utmåle korrekt dose.
- En pillekutter eller tablettdele er et redskap som hjelper deg med å dele pillene mer nøyaktig enn med kniv eller for hånd.
- Det finnes også utenlandske spesialapotek (custom pharmacie) som kan blande medikamenter i doser etter din spesifisering. Foreløpig er det tillatt for privatpersoner å importere reseptbelagte medikamenter fra apotek i EØS-området til Norge.
- På direkte spørsmål i 2010 har norske sykehusapotek oppgitt at de ikke spesialblander pilledoseringer til gradvise nedtrappingsformål.

## Halveringstid

Halveringstid er et mål på hvor raskt medikamentet skilles ut av kroppen etter at du slutter å ta det. Kortere halveringstid betyr at stoffene skilles raskere ut av kroppen din. Nedtrappingsreaksjonene blir ofte vanskeligere når du trapper ned et medikament med kort halveringstid, så det kan være en fordel å bytte til en likeverdig dose fra et medikament fra samme gruppe, men som har lengre halveringstid. Spør lege om råd. Organisasjonen MIND har satt opp følgende liste:

Fluoxetin har lengre halveringstid og er ofte lettere å trappe ned. Har du tatt 20 mg Paxil/Seroxat, 75 mg venlafaxine (Efexor), 20 mg citalopram (Celexa/Cipramil), eller 50 mg sertraline (Zoloft/Lustral), kan du vurdere å bytte til 20 mg Fluoxetin mikstur.

Diazepam (Valium) har lengre halveringstid og er ofte lettere å trappe ned. Har du tatt 15 mg chlordiazepoxid, 0,5-1,0 mg lormetazepam, 5 mg nitrazepam, 15 mg oxazepam eller 10 mg temazepam, kan du vurdere å bytte til 5 mg Diazepam/Valium.

## Barn og psykofarmaka

Bruk av psykofarmaka øker, også for ungdommer og barn. De mest brukte medikamentene er stimulerende midler for AD/HD, men også andre psykoaktive medikamenter gis til barn og unge. Dette er en ny trend som henger sammen med hvordan legemiddelprodusenter markedsfører psykisk sykdom og medikamenter.

Vi kjenner ikke de langsiktige konsekvensene av barns bruk av psykofarmaka, heller ikke gjennom forskning. I USA blir en del barn gitt medikamenter som det amerikanske legemiddelverket ikke har anbefalt for barn. Tidligere så man barn som individer i endring, med personlighet i utvikling, og man diagnostiserte ikke ut fra samme kriterier som voksne. De senere årene har barne- og ungdomspsykiatrien beveget seg mer i retning av voksenpsykiatrien på dette området.

Vi kjenner ikke nøyaktig hvilken risiko medikamentene utsetter barna for, og legemiddelfirmaene har ikke vært ærlige på dette området. Først etter flere år med press fikk det amerikanske markedet pakningsvedleggsadvarsler på en del antidepressiver om at de kunne forårsake selvmord, og på ADHD-medikamenter om avhengighet og psykoserisiko.

Barn har atferdsproblemer og psykiske lidelser, og familiene trenger hjelp for å møte utfordringene. Men å tilby medikamenter som hjelp reiser noen alvorlige spørsmål. Barn kan ikke nekte å ta medikamenter hvis foreldrene sier de skal. Barnas hjerne og kropp er sårbar og fortsatt i endring og utvikling. Barnets personlighet og følelser er i stor grad påvirket av omgivelsene og kvaliteten på omsorgen de får. Det er derfor ekstra vanskelig å vurdere hva problemene skyldes og hvorvidt det er klokt å ta i bruk medikamenter for å bedre vanskene. Barn kan også i stor grad påvirkes av kosthold, fysisk aktivitet og forurensning. Noen familier møter krav til prestasjoner på skolen, og kan møte press for å ta i mot hjelp, få status som "barn med spesielle behov" og medikamentene som noen ganger følger i kjølvannet av det.

Bildet er enda mer komplisert – fordi barn med atferdsproblemer lett får oppmerksomhet gjennom kjeft og straff for problemene sine. Resultatet kan bli at barnas problematferd belønnes med denne oppmerksomheten og kommer oftere og sterkere. Da kan barnet bli den fra familien som regnes som pasient, selv om mye av problemene kan ligge i samspillet med foreldrene.

Å redusere eller trappe ned medikamenter kan ofte fungere godt for barn og unge, siden de ofte ikke har brukt medikamenter så lenge, de tåler mye fysisk, og de har som regel voksne rundt seg som legger hverdagen til rette. Alternativer til medikamenter dreier seg ofte om å møte foreldrenes behov og å endre barnas omgivelser og livsbetingelser. Selv om familier opplever ulike former for press og belastning utenfra, er det dokumentert at foreldretrening og familierterapi er effektivt. Også diett, trening, søvn og naturopplevelser hjelper mange.

## **"Innsikt" og tvangsmedisinering**

Noen mennesker må ta medikamenter mot sin vilje. Tvangsmedisinering rettfærdiggjøres av at man angivelig mangler innsikt, eller ikke kan ta vare på seg selv, eller at man kan skade seg selv eller andre. I Norge er den viktigste lovbetingelsen at legeskjønn tilsier at medikamenter er nødvendig for bedring eller for å hindre forverring. I praksis er begreper som "innsikt" og "til fare for selv eller andre", eller "vesentlig bedring/forverring" subjektive begreper med stort innslag av skjønn. Det kan avhenge like mye av hvilken lege som vurderer, hvilket sykehus du er innlagt ved, eller hva foreldrene dine mener er best, som av et objektivt innhold i kriteriene

for tvangsmedisinering. Hvis du er i konflikter eller oppfører deg på måter som andre ikke kan styre, kan det lede til tvangsmedisinering. Tvang kan også være en aktuell handlemåte for ansatte som ikke har lært å hjelpe på andre måter. Noen tvangsmedisineres bare fordi de roper eller kutter seg (noe som vanligvis ikke er selvmordsforsøk). Biologiske sykdomsteorier som hevder at folk trenger medisiner blir tatt til inntekt for tvangsmedisinering. Hvis du er uenig med en psykiater som vurderer at du er syk og bør ta medikamenter, kan det være nok til at vedtaksansvarlige i institusjon, kontrollkommisjonsmedlemmer eller dommere i retten mener at du mangler innsikt.

Lovgivningen omkring behandling for psykiske lidelser er undertrykkende og krenkende for mange. Reaksjoner fra brukerorganisasjoner og aktivister har bidratt til en økende oppmerksomhet om at medikamenter og tvang kan skade, og det er nå krav om at de minst inngripende tiltak skal brukes, og at tidligere negative erfaringer med tvang skal tillegges vekt. Men ofte følges ikke disse retningslinjene ordentlig opp.

Å tvinge folk til behandling og medisinering kan være traumatiserende og forverre situasjonen. Det bryter med grunnleggende menneskerettigheter, som rett til selvbestemmelse over eget sinn, bevissthet og selvbylde. Tvangsmedisinering og innesperring med henvisning til risiko innebærer straff som begrunnes i handlinger, som vedtaksansvarlige tror kan bli begått i framtida. Noen føler seg hjulpet av tvangsinnleggelse og tvangsmedisinering. Likevel er risikoen for krenkelser uforholdsmessig stor, særlig hvis aktuelle frivillige tilnærminger ikke engang forsøkes.

Enkelte ganger ser det ut som om andre mangler innsikt og ikke klarer å forstå at de har problemer. Slike vurderinger er ett menneskes mening om et annet, og gir ikke grunn til å merke andre med medisinske diagnoser og nekte dem grunnleggende rettigheter. Åndelige bevissthetstilstander, særegne meninger, konflikter med manipulerende eller misbrukende familiemedlemmer eller traumereaksjoner kan bli vurdert som "manglende innsikt", men trenger snarere å bli lyttet til og forstått, enn å bli omgjort til sykdom. Selv mennesker som virkelig har problemer og treffer dårlige beslutninger har samme rett som alle andre til å lære av egne feil. Det som noen vurderer som selvdestruktive handlinger, kan for andre være den best mulige mestringsmåten, for eksempel i lys av andre problemer man også har for øyeblikket. Da kan tvungen behandling bli mer skadelig enn "selvdestruktiv" atferd.

Dette betyr ikke at man ikke trenger hjelp, men hjelpen må baseres på hva personen selv mener er hjelp, og ikke hva andre bestemmer. Sett utenfra kan kutting, selvmordstanker eller rusmisbruk se ut som de viktigste problemene, mens personen selv for eksempel mener de trenger hjelp til bolig, mot en voldelig kjæreste eller behandling for fysiske plager. Dette innebærer et hjelpeapparat basert på frivillighet, medfølelse og tålmodighet, ikke makt, kontroll eller paternalisme. Det betyr også at mennesker i lokalsamfunnene må vise mer ansvar og omsorg for hverandre.

Når noen strever med å kommunisere, trenger de talspersoner som kan bygge bro mellom

galskap og vanlig virkelighet. Tvangsmedisinering hevdes ofte å være til pasientens beste, og derfor bør personen bruke forhåndserklæringer eller kriseplaner, slik at de på forhånd gjør det klart hva de vil og ikke vil i en eventuell framtidig krise. Forhåndserklæringer kan gi instruksjoner om hva du ønsker, hvem som skal kontaktes og hva slags behandling du ønsker, eller om du eventuelt vil være i fred, selv om du kommer i en krise hvor du ikke klarer å kommunisere. Forhåndserklæringer er ikke juridisk bindende, selv om deler av brukerbevegelsen arbeider for det. Men de kan likevel bli tillagt vekt i en konkret vurdering, og kan tydeliggjøre for behandlere at det er flere muligheter enn tvang eller ingenting.

## **Søksmål**

I USA er det langt vanligere med erstatningssøksmål enn i Norge, for eksempel hvis medikamenter har gitt bivirkninger eller ikke virket som forutsatt. I Norge kan man kreve erstatning fra Norsk pasientskadeerstatning ved bivirkninger, og det er særlig leverskader og muskelforstyrrelser det hittil har vært søkt erstatning for.

## **Nye medikamenter i framtida**

Legemiddelprodusentene planlegger å lansere mange nye medikamenter. De vil bli markedsført som bedre enn de gamle medikamentene.

Historien gir grunn til skepsis overfor slike fortellinger om innovasjon og forbedring. Flere ganger har det kommet "nye og bedre" medikamenter, som på sikt viser seg å ha skadelige bivirkninger. Så blir det avslørt lureri eller tilbakehold av opplysninger, og det reises erstatningssaker i USA. En stund etter introduseres enda "nyere og bedre" medikamenter, og så har neste runde begynt.

Medikamenter blir mindre lønnsomme når patentet går ut etter noen år. For legemiddelprodusentene lønner det seg å sette nye og dyre medikamenter opp mot de gamle og billigere, selv om man må forlede offentligheten for å lykkes.

Framtidige medikamenter kan utvikles til å påvirke dypt i hjernen, noe som er bekymringsfullt. Det utvikles medikamenter som for eksempel skal forsøke å viske ut traumatiske minner, koble ut lystsentre som medvirker til rusavhengighet, eller påvirke hormonsystemer for frykt eller stress. Lansering av nye medikamenter er sosial eksperimentering. Det er stor fare for negative bivirkninger og misbruk. Nye påstander om mirakelkurer vil trolig lede til nye skandaler.



# Ressurser

Trenger du mer detaljert informasjon om psykofarmaka og psykiske lidelser fra andre kilder enn de pro-medikamentelle, anbefaler vi de kildene og referansene vi har brukt i denne veilederen. I tillegg til Viktige ressurser på s. 11, anbefaler vi nettsidene til Alliance for Human Research Protection overvåkningsgruppe <http://ahrp.blogspot.com>. De følger med på ledende aviser og tidsskriftartikler.

## *Advice On Medications*

Rufus May and Philip Thomas

<http://www.hearing-voices.org/publications.htm>

## *Alliance for Human Research Protection*

<http://ahrp.blogspot.com/>

## *Alternatives Beyond Psychiatry*

Redigert av Peter Stastny and Peter Lehmann

<http://www.peter-lehmann-publishing.com/books/without.htm>

## *Antidepressant Solution: A Step-By Step guide to Safely Overcoming Antidepressant Withdrawal, Dependence, and "Addiction"*

Joseph Glenmullen

Free Press

## *"Are Schizophrenia Drugs Always Needed?"*

Benedict Carey

The New York Times, March 21, 2006

[www.freedom-center.org/pdf/NYT3-21-06AreSchizophreniaDrugsAlwaysNeeded.pdf](http://www.freedom-center.org/pdf/NYT3-21-06AreSchizophreniaDrugsAlwaysNeeded.pdf)

## *"Atypical Antipsychotics in the Treatment of Schizophrenia: Systematic Overview and Meta-regression Analysis"*

John Geddes, et al.

British Medical Journal. 2000; 321:1371-1376 (2 December). Referert i "Leading Drugs for Psychosis Come Under New Scrutiny" av Erica Goode, The New York Times, May 20, 2003.

## *Benzodiazepenes: How They Work and How To Withdraw (The Ashton Manual)*

C. Heather Ashton

[www.benzo.org.uk](http://www.benzo.org.uk)

## *"The Case Against Antipsychotic Drugs: a 50 Year Record of Doing More Harm Than Good"*

Robert Whitaker

Med Hypotheses. 2004; 62: 5-13

## *Coming Off Psychiatric Drugs: Successful Withdrawal from Neuroleptics, Antidepressants, Lithium, Carbamazepine and Tranquilizers*

Redigert av Peter Lehmann  
<http://www.peter-lehmann-publishing.com/withdraw.htm>

*Philip Dawdy*  
[www.furiousseasons.com](http://www.furiousseasons.com)

*Depression Expression: Raising Questions About Antidepressants*  
[www.greenspiration.org](http://www.greenspiration.org)

*"The Emperor's New Drugs: An Analysis of Antidepressant Medication Data Submitted to the U.S. Food and Drug Administration"*

Irving Kirsch, Thomas J. Moore, Alan Scoboria, and Sarah S. Nicholls  
Prevention & Treatment. July 2002; 5(1)

*"Factors Involved in Outcome and Recovery in Schizophrenia Patients Not on Antipsychotic Medications: A 15-Year Multifollow-Up Study"*

Martin Harrow and Thomas H. Jobe  
Journal of Nervous & Mental Disease. May 2007; 195(5):406-414  
<http://psychrights.org/Research/Digest/NLPs/OutcomeFactors.pdf>

*Faktaark og hefter fra MIND i England*  
[www.mind.org.uk/Information/Factsheets](http://www.mind.org.uk/Information/Factsheets)

*Full Disclosure: Towards a Participatory and Risk-Limiting Approach to Neuroleptic Drugs*

Volkmar Aderhold and Peter Stastny  
[www.psychrights.org/Research/Digest/NLPs/EHPPAderholdandStastnyonNeuroleptics.pdf](http://www.psychrights.org/Research/Digest/NLPs/EHPPAderholdandStastnyonNeuroleptics.pdf)

*Halting SSRI's*

David Healy  
[www.mind.org.uk/NR/rdonlyres/59D68F19-F69C-4613-BD40-A0D8B38D1410/0/David-HealyHaltingSSRIs.pdf](http://www.mind.org.uk/NR/rdonlyres/59D68F19-F69C-4613-BD40-A0D8B38D1410/0/David-HealyHaltingSSRIs.pdf)

*Harm Reduction Coalition*

[www.harmreduction.org](http://www.harmreduction.org)

*Hearing Voices Network*

[www.hearing-voices.org](http://www.hearing-voices.org)

*The Icarus Project drug withdrawal forum*

[www.theicarusproject.net//forums/viewforum.php?f=64](http://www.theicarusproject.net//forums/viewforum.php?f=64)

*"Is it Prozac, Or Placebo?"*

Gary Greenberg  
Mother Jones. November/December 2003; [www.motherjones.com/news/feature/2003/11/ma\\_565\\_01.html](http://www.motherjones.com/news/feature/2003/11/ma_565_01.html)

*"The Latest Mania: Selling Bipolar Disorder"*

David Healy  
PLoS Medicine. Vol. 3, No. 4, e185  
<http://doi:10.1371/journal.pmed.0030185>

*Law Project for Psychiatric Rights*  
[www.Psychrights.org](http://www.Psychrights.org)

*Long-Term Follow-Up Studies of Schizophrenia*  
Brian Koehler  
[http://isps-us.org/koehler/longterm\\_followup.htm](http://isps-us.org/koehler/longterm_followup.htm)

*Mad In America: Bad Science, Bad Medicine, and the Enduring Mistreatment of the Mentally Ill*  
Robert Whitaker  
Perseus Publishing

MIND National Association for Mental Health (UK)  
[www.mind.org.uk](http://www.mind.org.uk)

*MIND Making Sense of Coming Off Psychiatric Drugs*  
[www.mind.org.uk/Information/Booklets/Making+sense/Making+sense+of+coming+off+psyc+hiatric+drugs.htm](http://www.mind.org.uk/Information/Booklets/Making+sense/Making+sense+of+coming+off+psyc+hiatric+drugs.htm)  
<http://snipurl.com/MINDComingOffGuide>

*MIND Coping With Coming Off Study*  
[www.mind.org.uk/NR/rdonlyres/BF6D3FC0-4866-43B5-8BCA-B3EE10202326/3331/CWC0reportweb.pdf](http://www.mind.org.uk/NR/rdonlyres/BF6D3FC0-4866-43B5-8BCA-B3EE10202326/3331/CWC0reportweb.pdf)  
<http://snipurl.com/MINDComingOffStudy>

*My Self Management Guide to Psychiatric Medications*  
Association des Groupes d'Intervention en Defense des Droits en Sante Mentale du Quebec

National Resource Center on Psychiatric Advance Directives  
[www.nrc-pad.org](http://www.nrc-pad.org)

Peter Lehmann Publishing  
[www.peter-lehmann-publishing.commailing\\_lists](http://www.peter-lehmann-publishing.commailing_lists):  
[www.peter-lehmann-publishing.com/info/maillinglists.htm](http://www.peter-lehmann-publishing.com/info/maillinglists.htm)

Evelyn Pringle  
[www.opednews.com/author/author58.html](http://www.opednews.com/author/author58.html)

*Protocol for the Withdrawal of SSRI Antidepressants*  
David Healy  
[www.benzo.org.uk/healy.htm](http://www.benzo.org.uk/healy.htm)

*"Psychiatric Drug Promotion and the Politics of Neoliberalism"*  
Joanna Moncrieff  
The British Journal of Psychiatry. 2006; 188: 301-302. doi: 10.1192/bjp.188.4.301

*Recent advances in Understanding Mental Illness and Psychotic Experiences: A Report by The British Psychological Society Division of Clinical Psychology*

[www.freedom-center.org/pdf/britishpsychologicalsocietyrecentadvances.pdf](http://www.freedom-center.org/pdf/britishpsychologicalsocietyrecentadvances.pdf)

*Rethinking Psychiatric Drugs: A Guide for Informed Consent*

by Grace Jackson

AuthorHouse Publishing

*Self-Injurer's Bill Of Rights*

[www.selfinjury.org/docs/brights.html](http://www.selfinjury.org/docs/brights.html)

*"Serotonin and Depression: A Disconnect between the Advertisements and the Scientific Literature"*

J.R. Lacasse and J. Leo

PLoS Med. 2005; 2(12): e392 doi:10.1371/journal.pmed.0020392

*"Soteria and Other Alternatives to Acute Psychiatric Hospitalization: A Personal and Professional Review"*

Loren Mosher

The Journal of Nervous and Mental Disease. 1999; 187:142-149

Soteria Associates

[www.moshersoteria.com](http://www.moshersoteria.com)

*Universal Declaration of Mental Rights and Freedoms*

[www.adbusters.org](http://www.adbusters.org)

*Wellness Recovery Action Plan*

by Mary Ellen Copeland

[www.mentalhealthrecovery.com](http://www.mentalhealthrecovery.com)

<http://polk.ia.networkofcare.org/mh/library>

<http://snipurl.com/wraponlineregister>

*Your Drug May Be Your Problem: How and Why to Stop Taking Psychiatric Medications*

Peter Breggin & David Cohen HarperCollins Publishers

# Rådgivere i helsespørsmål til denne guiden

En rekke ansatte i helsetjenester som har erfaring med å hjelpe mennesker som forsøker å trappe ned og slutte med psykofarmaka har gitt råd i arbeidet med denne guiden. De har ikke vært medforfattere, men har gått gjennom innholdet.

<b>Alexander Bingham, PsyD</b>	Full Spectrum
<b>Patrick Bracken, MD</b>	University of Central Lancashireco-author, Post-Psychiatry, Mental Health in a Postmodern World
<b>David Cohen, PhD</b>	co-author, Your Drug May Be Your Problem
<b>Daniel Fisher, MD</b>	National Empowerment Center
<b>Peter Lehmann</b>	Editor, Coming off Psychiatric Drugs: Successful Withdrawal from Neuroleptics, Antidepressants, Lithium, Carbamazepine and Tranquilizers
<b>Bruce Levine, PhD</b>	author, Surviving America's Depression Epidemic: How to Find Morale, Energy, and Community in a World Gone Crazy
<b>Bradley Lewis, MD</b>	New York University
<b>Rufus May, PhD</b>	Clinical Psychologist, Bradford, UKEvolving Minds
<b>Renee Mendez, RN</b>	Windhorse Associates
<b>Joanna Moncrieff, MD</b>	University College Londonauthor, The Myth of the Chemical Cure: A Critique of Psychiatric Drug Treatment
<b>Matthew Morrissey, MA</b>	Full Spectrum
<b>Catherine Penney, RN</b>	Dante's Cure: A Journey Out of Madness
<b>Maxine Radcliffe, RN</b>	Action Medics
<b>Judith Schreiber, LCSW</b>	Soteria Associates
<b>Claudia Sperber</b>	Licensed Acupuncturist
<b>Peter Stastny, MD</b>	International Network Towards Alternatives for Recovery
<b>Philip Thomas, MD</b>	University of Bradfordco-author, Post-Psychiatry, Mental Health in a Postmodern World
<b>Barbara Weinberg</b>	Licensed Acupuncturist



# Ordliste

## Definisjonene er innhentet fra ulike kilder: Wikipedia, Pfizer m.fl.

- **ADHD** (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) – diagnosen stilles når en eller flere av kriteriene oppmerksomhetssvikt, hyperaktivitet og/eller impulsivitet er av en slik karakter at det hindrer/forstyrrer mental, kognitiv og sosial funksjon
- **Alprazolam** – en type Benzodiazepiner (se lenger ned i listen for betydning) som brukes bl.a. ved panikkangst
- **Antidepressivum** – (antidepressiva) er legemidler som brukes i behandling av mange psykiatriske tilstander, særlig depresjon, angst og tvangslidelser.
- **Antiepileptika** – legemidler som skal forebygge epileptiske anfall
- **Antipsykotika** – en gruppe medikamenter som spesielt benyttes i behandlingen av psykotiske lidelser, herunder schizofreni. Tidligere kalt nevroleptika.
- **Benzodiazepiner** – er en gruppe kjemisk beslektede psykotrope (se lenger ned i listen for betydning) medikamenter med kraftige antiepileptiske, angstdempende, muskelavslappende, anestetiske, respirasjonsdempende og søvnfremmende(sedative) virkninger.
- **Celexa** – er Citalopram som er et antidepressivum (se over for betydning). I Norge selges legemiddelet som Cipramil, Citalopram og Desital.
- **Cipramil** – se Celexa
- **Clozapin** – en type antipsykotika (se over for betydning)
- **Concerta** – er et amfetamin-tilsvarende stoff brukt i medikamenter for behandling av ADHD hos barn og voksne.
- **Diazepam** – se benzodiazepiner
- **Efexor** – et legemiddel som brukes i behandling mot angst og/eller depressive lidelser
- **Eugenikk** – er det samme som arvehygiene, dvs. læren om hvordan en kan forbedre arveanlegg
- **Fluoksetin** – virkestoff i antidepressiva av den typen som ofte kalles lykkepillen
- **Gatestoffer** – medisiner, eller narkotiske stoffer kjøpt illegalt på gata.
- **Hjernekjemi** – kjemiske prosesser som skjer i hjernen.

- **Informert samtykke** – er en standard og et rettsgrunnlag for forskning eller helsehjelp til mennesker. Forsøksperson skal gis relevant og nødvendig informasjon om hva forskningen går ut på, og pasient skal gis relevant og nødvendig informasjon om behandlingen. På grunnlag av denne informasjonen kan forsøkspersonen takke nei til å delta i forskningen eller pasienten takke nei til behandlingen. Informert samtykke er hovedgrunnlaget for utføre helsehjelp, men psykisk helsevernloven tillater tvungen helsehjelp når spesielle betingelser er tilstede.
- **Klonazepam** – er et legemiddel, et benzodiazepin, som først og fremst brukes i behandlingen av epilepsi. Etter at restriksjoner i bruken av flunitrazepam har blitt iverksatt, brukes klonazepam i økende grad som rusmiddel. Klonazepam markedsføres i Norge som Rivotril, mens i andre land er Klonopin og Klonopin vanlige merkenavn.
- **Kortikosteroider** – Behandling med kortikosteroider (KS) har i flere årtier vært kjent for å kunne avhjelpe nedsatt matlyst, kvalme, smerter, tretthet, trykksymptomer fra en svulst, allmenn sykdomsfølelse og nedsatt stemningsleie
- **Likemann** – jevnbyrdig person
- **Litium** – metallisk grunnstoff (alkalimetall), kjemisk symbol Li. Inntak av større mengder litium forårsaker forgiftning. Det er først og fremst sentralnervesystemet som blir påvirket. Salter av litium (-karbonat, -citrat og -sulfat) brukes til behandling av bipolar lidelse (manisk-depressiv psykose).
- **Lorazepam** – markedsføres under merkenavnene Ativan og Temesta. Det er et benzodiazepinstoff med kort til mellomlang virkning. Brukes til å behandle symptomer på angst.
- **Lustral** – Lustral/Zoloft, antidepressiva. Brukes i behandling av depresjon, panikk-syndrom, sosial fobi og posttraumatisk stresslidelse og tvangslidelse.
- **Lykkepiller** – se Selektive serotoninreopptakshemmere
- **Malignt nevroleptikasyndrom** – er en meget farlig tilstand som av og til oppstår hos personer som bruker såkalte nevroleptika, dvs. antipsykotiske legemidler.
- **Metabolsk syndrom** – er en fellesbetegnelse for en samling av risikofaktorer for hjerte- og karsykdom og diabetes type 2, med utspring i økt livvidde (abdominal fedme) og arvelige egenskaper.
- **Nevroleptika** – se antipsykotika.
- **Nevroleptika syndrom** – se Malignt nevroleptikasyndrom
- **Nevrotransmittere** – er kjemiske forbindelser som forbinder, forsterker eller nyanserer elektriske signaler mellom et nevron og en annen celle.

- **Nevrovitenskap** – vitenskapelig studie om det nevrologiske system
- **Paxil** – Paroxetin er et legemiddel mot depresjon i gruppen selektive serotoninreopptakshemmere. I Norge selges preparatet som Seroxat og Paroxetin.
- **Psykoaktive stoffer** – Et psykoaktivt eller psykotropisk stoff et kjemisk stoff som i hovedsak virker på sentralnervesystemet der det forandrer hjernens funksjon og fører til midlertidige endringer i oppfattelse, humør, bevissthet, eller adferd.
- **Psykofarmaka** – samlebetegnelse for legemidler hvis hovedeffekt er å påvirke psykiske funksjoner og dermed brukes i behandlingen av psykiske lidelser.
- **Psykose** – (fra gresk psykhe, «sinn» og -osis, «abnorm tilstand») er et begrep som omfatter svært alvorlige psykiske symptomer hvor den rammede har vrangforestillinger (realitetsbrist), opplever gjennomgripende personlighetsforandringer og helt eller delvis mangler sykdomsinnsikt. Andre symptomer kan være hallusinasjoner, følelses- og humørsvingninger og forstyrrelser i språk, tanker og kommunikasjonsevne. Den mest kjente psykoselidelsen er schizofreni.
- **Psykotrope** – se Psykoaktive stoffer
- **Ritalin** – se Concerta
- **Rivotrin** – se benzodiazepiner
- **Rohypnol** – Flunitrazepam er et sterktvirkende benzodiazepin. Det ble opprinnelig lansert som sovemiddel med stor suksess, men på grunn av stor avhengighetsfare er medikamentet mest kjent som misbruksstoff og "voldtektsdop". Flunitrazepam er mest kjent under merkenavnet Rohypnol, men dette er trukket tilbake av produsenten Roche i Norge og Sverige på grunn av legemiddelets dårlige rykte. Flunitrazepam markedsføres fremdeles under merkenavnet Flunipam.
- **Selektive serotoninreopptakshemmere** – (selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI), populært kalt lykkepiller, er en gruppe legemidler som først og fremst brukes i behandling av angst og depressive lidelser.
- **Skadereduksjon** – viser til politikk, behandlingstilbud og prosjekter som har til hensikt å redusere helsemessige, sosiale og økonomiske skader og problemer forbundet med bruken av tobakk og psykoaktive stoffer.
- **Sosialdarwinisme** – Sosialdarwinisme var en samfunnsvitenskapelig strømning som ble grunnlagt av den britiske filosofen Herbert Spencer på slutten av 1800-tallet. Teorien innebar en rettferdiggjørelse av klasseskiller, kjønns- og rasediskriminering ved hjelp av den best tilpassets rett. Rundt århundreskiftet hadde strømmingen fått en del tilhengere, spesielt i USA. Den påvirket bl.a. eugenikk-bevegelsen og nazistenes raseteorier.

- **Soteria** – husene er steder å være for mennesker som opplever psykiske lidelser eller er i en akutt krise. I husene er det stort sett ikke-medisinsk bemanning og tilbudet bygger på recoverytenkning. Soteria-husene følger en felles tilnærming til mentale problemer: Man prøver å “være med” den enkelte beboer i å finne mening i den subjektive opplevelsen av psykose og styrke beboerens egne ressurser, sosiale nettverk og medborgeransvar. All bruk av medikamenter er frivillig, og de fleste bruker lite eller ingen antipsykotiske medikamenter. Dette gjør at Soteriahusene vurderes som et mildere alternativ enn psykiatrisk behandling ved en sykehusavdeling. Soteriahusene er noen ganger brukt som “tidlig intervensjon” eller “kriseløsnings”-tjeneste.
- **Tardiv** – Tardiv betyr forsinket, langsom eller sen. Tardiv dyskinesi er en alvorlig nevrologisk bivirkning som gjerne oppstår etter lengre tids antipsykotikabruk, med anstiktictics og kraftige skjemmende grimaser. Tardiv psykose kan oppstå under nedtrapping fra medikamenter i form av psykotiske symptomer, oppkast og ekstrem rastløshet.
- **Temesta** – se Lorazepam.
- **Thorazine** – er markedsført under navnet Thorazine (USA). Det er en gammel type antipsykotisk medisin.
- **Triazolam** – er markedsført under navnet under navnet Apo-Triazo, Halcion, Hypam, og Trilam. Det er et benzodiazepine og brukes som sovemedisin.
- **Valium** – Diazepam er et legemiddel i gruppen benzodiazepiner og anvendes mest mot angst, uro og søvnvansker.
- **Xanor** – Xanor / Xanor Depot virker dempende på sentralnervesystemet. Det benyttes ved behandling av panikksyndrom, når annen behandling ikke har ført frem eller anses som uegnet.
- **Xeroxat** – se selektive serotoninreopptakshemmere.
- **Zoloft** – Sertralin (markedsført i Norge som Zoloft), er et legemiddel av typen serotoninreopptakshemmere.
- **Zolpidem** – innsovningsmedisin - kortvarig behandling av søvnløshet.



Dette er en oversettelse av en amerikansk veileder for mennesker som vurderer å trappe ned og slutte med psykofarmaka. Den engelske originalen ble utviklet som et forsøk på å samle den beste kunnskapen, informasjonen og erfaringer om å trappe ned psykofarmaka fra The Icarus Project og Freedom center. Den bygger også på brukerorganisasjonen MINDs prosjekt som høstet erfaringer fra mennesker som har forsøkt å trappe ned og slutte med psykofarmaka. Meningen med veilederen er ikke å overtale mennesker til å slutte med psykofarmaka, men å informere enkeltmennesker om hvilke muligheter og utfordringer som finnes, hvis de ønsker å trappe ned eller slutte.

Mange opplever at informasjon om og holdninger til psykofarmaka er polarisert mellom de som argumenterer for og de som argumenterer mot. Denne veilederen forsøker å legge til rette for at enkeltmennesker kan ta et informert valg om hvordan de kan redusere skade eller fare mest mulig, enten de velger å bruke, redusere eller slutte med medikamenter.

En del mennesker vurderer at psykofarmaka hjelper og at det å bruke medikamenter er det beste valget, fordi fordelene oppveier negative eller skadelige virkninger. Men psykofarmaka kan også skade og skape problemer; skader og problemer som kan vokse seg større enn den lidelsen som var grunnen til at det ble aktuelt å få medikamenter i første omgang.

Det har vært alt for vanlig at mennesker som ønsker eller trenger hjelp til å slutte med psykofarmaka blir stående uten veiledning eller hjelp. Man kan da stå overfor en rekke små og store beslutninger rundt medikamenter og føle at hjelpeapparatet mangler kompetanse, eller ikke stiller opp når spørsmålet om å trappe ned eller slutte med psykofarmaka er tema. Derfor trengs det åpen informasjon og bredere diskusjoner om psykofarmaka, og håpet er at denne veilederen kan bidra til at enkeltmennesker stoler på egne vurderinger og gir hverandre bedre omsorg.

[www.theicarusproject.net](http://www.theicarusproject.net)

[www.freedom-center.org](http://www.freedom-center.org)

[www.erfaringskompetanse.no](http://www.erfaringskompetanse.no)



**erfaringskompetanse.no**

## KONTAKT OSS

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen  
psykisk helse

PB 298 Sentrum

3701 Skien

[post@erfaringskompetanse.no](mailto:post@erfaringskompetanse.no)

[www.erfaringskompetanse.no](http://www.erfaringskompetanse.no)



9 788299 830164

erfaringskompetanse.no 2010:5

ISSN: 1891-6503

ISBN: 978-82-998301-6-4