



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

Skadereduserende veileder for å slutte med eller bruke mindre psykofarmaka

erfaringskompetanse.no 2014:1
2. utgave



erfaringskompetanse.no **2014:1**

©erfaringskompetanse.no 2014

ISBN 978-82-93171-25-6

ISSN 1891-6503

Publisert av The Icarus Project and Freedom Center

Oversatt og tilpasset av Erfaringskompetanse.no

Original tittel: "Harm Reduction Guide to Coming Off Psychiatric Drugs",

www.theicarusproject.net

Utgiver: Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse

Forsideillustrasjon: Wera AS

Grafisk design og trykk: Wera AS, Porsgrunn

www.erfaringskompetanse.no

The Icarus Project
www.theicarusproject.net
info@theicarusproject.net

Icarus-prosjektet er et sosialt nettsted, et støttenettverk av lokale grupper og medieprosjekter, av og for mennesker som sliter med bipolar lidelse og andre "farlige" tilstander, vanligvis omtalt som "psykiske lidelser". Vi skaper 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

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.

2. utgave, juni 2012. Vi ønsker dine tilbakemeldinger og ideer til framtidige versjoner av denne guiden.
Skrevet av Will Hall
Utgitt av The Icarus Project and Freedom Center
Norsk utgave ved Erfaringskompetanse.no.

Takk til Ben Abelow, George Badillo, John Banister, Amy Bookbinder, Dave Burns, Kent Bye, Mick Bysshe, Monica Cassani, Oryx Cohen, Colin, Mary Kate Connor, Laura Delano, Jacqui Dillon, Dionysia Dionysius, Marc Dinacola, Dianne Dragon, Dreamer, Sascha DuBrul, Empties, Steve Fenwick, Marian B.G., Vikki Gilbert, Richard Gilluly, Rhiannon Griffith, Chaya Grossberg, Molly Hardison, Gail Hornstein, Lee Hurter, Jenna, Jonah, Julie, Marianna Kefallinou, Ed Knight, Inez Kochius, Peter Lehman, Paul Levy, Krista MacKinnon, Jacks Ashley McNamara, Tsuyoshi Matsuo, Pheepho, Suzanne Richardson, Olga Runciman, Alex Samets, Sarah Seegal, Seven, Janice Sorensen, Lauren Spiro, Bonfire Madigan Shive, Stacco, Jessica Max Stein, Terramuggus, Amy Upham, Agustina Vidal, Dorea Vierling-Claassen, Robert Whitaker, Health Professional Advisors, og mange andre samarbeidspartnere og støttespillere.

Denne veilederen er tilgjengelig som gratis nedlastning på Freedom Centers og Icarus Projects nettsteder i versjoner tilpasset online lesning eller utskrift. Finnes også i engelsk, spansk, tysk og bosnisk oversettelse.

Erfaringskompetanse.no har så langt som mulig forholdt seg til den engelske teksten, men har foretatt tilpasninger til norske forhold når det gjelder amerikanske og norske legemiddelnavn, lovverk for tvungen psykisk helsevern, klageadgang, tvungen behandling, legemiddelloven og noen konsekvenser av den, samt mulighetene for å saksøke legemiddelfirmaer. De stedene det er gjort slike tilpasninger er "Norge" nevnt.

Erfaringskompetanse.no



Creative commons opphavsrett 2012: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>. Du kan uten videre tillatelse skrive ut, kopiere, dele, lenke til og distribuere så mange kopier du vil, så lenge du inkluderer kildehenvisninger, ikke endrer innholdet, og ikke har kommersiell finansiell nytte av det. Ta kontakt med The Icarus Project for andre bruksområder.

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.

I 2010 valgte vi å oversette og gi ut "Harm Reduction Guide to Coming Off Psychiatric Drugs», som ble publisert av "The Icarus Project" og "Freedom Center" i 2007. Det manglet en norsk-språklig veiledning for mennesker som ønsket, eller vurderte å trappe ned eller slutte med medikamenter. Veilederen bygde på en rekke menneskers og fagpersoners erfaringer og kunnskap.

Når vi nå har valgt å også oversette og gi ut 2.utgaven av veilederen, er det på grunn av den positive responsen vi har mottatt fra leserne på den første utgaven. Vi har fått overveldende tilbakemeldinger både fra brukerne selv, pårørende og helsepersonell. De uttrykker at de endelig har fått en veileder med et brukerperspektiv som kan være til nytte når noen ønsker å redusere eller slutte med medikamenter.

Veilederen 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. Den 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-, trappe ned- eller slutte med medikamenter.

"Harm reduction guide..." er skrevet med utgangspunkt i amerikanske forhold, slik bruker-miljøer rundt Icarus-prosjektet og Freedom Center opplevde og vurderte situasjonen frem mot utgivelsen av den første utgivelsen i 2007. I 2012 ble 2. utgave utgitt, og innholdet samsvarer godt med det vi kjenner fra 1.utgave. Blant endringene er noen konkrete tips til pårørende, forslag til en grundigere nedtrappingsplan og ytterligere fokus på nedtrappingssymptomer og forsiktighetsregler. I denne utgaven er også kilder og nettressurser fornyet og utvidet.

Fremdeles vil situasjonen på noen områder i Norge være annerledes i 2013, 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. Dette 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.



En stor takk til We Shall Overcome (WSO) for samarbeidet og gode innspill underveis i prosessen. 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 dagevis 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 skulle forgifte meg. Jeg trodde også at Navane og andre anti-psykotika jeg tok for å roe de ville følelsene og tankene mine var nødvendig fordi det var så mye feil i 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 på en ærlig måte, og inviterte ikke til andre former for hjelp. Når jeg ønsket å slutte med medikamenter fikk jeg heller ikke hjelp til det. 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, jeg 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 skyldes 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 skjønte jeg at svarene faktisk kunne finnes hos meg selv.

Til slutt forlot jeg sykehusene, bo-sentrene 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 startet 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 for pasienten, og ender noen ganger opp med å skade dem.

Freedom Center ble utgangspunkt for arbeidet med Icarus-prosjektet, og disse to likemannsprosjektene har hjulpet mange mennesker til å treffe bedre beslutninger om medikamenter, inkludert muligheten til å bli medisinfri. Mange av oss lever nå uten å ta psykofarmaka, uten de medikamentene legene har sagt vi vil trenge hele livet. Selv om jeg har fått diagnoser som schizoaffektiv forstyrrelse, har jeg nå vært medisinfri i over 15 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 veilederen vil være til hjelp og nytte.

Will Hall.

Innhold

Introduksjon: Vi lever i en verden som er ganske sprø når det gjelder stoffer	8
Skadereduksjon for psykisk helse	9
Alle har ulike erfaringer	10
Kritisk blikk på "psykisk sykdom" og psykiatri	12
Prinsippene for denne veilederen	16
Hvordan virker psykofarmaka?	17
Helserisiko ved psykofarmaka	24
Risiko for din psykiske helse	26
Andre forhold ved psykofarmaka	27
Hvordan avvenning påvirker hjerne og kropp	28
Hvorfor ønsker noen å slutte med psykofarmaka	29
Skadereduksjon og fortsatt psykofarmaka	29
Hva gjør jeg når jeg vil slutte med psykofarmaka, men legen sier nei?	31
Før du starter å trappe ned	32
Avvenning fra medikamenter: Trinn for trinn	38
Spesielle forhold	42
Ressurser	48
Medisinske og helsefaglige rådgivere	56



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 og tobakk. I mange land markedsføres de med løfter om lykke og suksess, selv om de forårsaker sykdom, avhengighet og død. Så finnes det stoffer på resept; oppkvikkende, smertestillende og beroligende medikamenter som kan være like avhengighetsskapende og risikable som gatestoffer, men som har legens godkjent-stempel. Og så er det nevroleptika, litium, og antiepileptika, medikamenter som har risikable bivirkninger. Men fordi de brukes til å håndtere og dempe bevisstheten når noen føler de mister kontrollen, kalles de antipsykotika og stemningsstabiliserende.

Når medisiner kommer inn i bildet, kan til og med livet stå på spill, enten det skyldes avhengighet, negative medikamentvirkninger eller risikoen ved emosjonelle kriser og galskap. Når dette kommer i tillegg til samfunnets forvirrede budskap om psykoaktive stoffer, kan resultatet bli stor frykt. Psykoaktive stoffer blir engler eller demoner. 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 i det hele tatt å vurdere risiko. Det er ikke noe kompromiss: Det er svart-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 imot og fokuserer på risikoen ved å ta psykofarmaka. Men både denne veilederen og arbeidet for å få velge i spørsmål om behandling ved Freedom Center og Icarus-prosjektet, bygger på at enten-eller-tenkning om psykofarmaka er en viktig del av problemet.

Skadereduksjon for psykisk helse

Det finnes ideologiske tilnærminger til psykofarmaka og sex, som kun snakker om avhold, "bare si nei" og alle må velge likt. Det fungerer for noen, men ikke for de fleste, og hvis du ikke følger modellen kan du bli nedvurdert og ikke hjulpet.

"Skadereduksjon" eller "farereduksjon" er derimot pragmatisk, og ikke dogmatisk eller ideologisk. Skadereduksjon er en internasjonal bevegelse i samfunnsmedisin som vektlegger at det ikke bare finnes én løsning for hver person. Det er ingen universell standard for godt eller dårlig resultat. Å bli kvitt problemet er ikke nødvendigvis den rette vei. Tilnærmingen med skadereduksjon anerkjenner at mennesker er i ulike situasjoner. Den lærer folk til å treffe informerte valg og veie fordeler og ulemper slik at de kan få redusert risiko og økt velvære. Folk trenger informasjon, valgmuligheter, ressurser og støtte slik at de kan leve sunnere – i eget tempo og på egne premisser.

Skadereduksjon er en ny tilnærming til psykisk helse, men den vokser. Den innebærer at man ikke alltid skal eliminere symptomer eller slutte med alle medikamenter. Skadereduksjon anerkjenner at mange mennesker bruker psykofarmaka, en del forsøker å slutte allerede nå, og andre lever med symptomer. I denne komplekse virkeligheten trenger folk skikkelig hjelp og ikke andres dom. Skadereduksjonstilnærmingen oppfordrer til å balansere de ulike formene for risiko man står overfor: skade og smerte fra ekstreme sinnstilstander og skade og risiko fra behandling, for eksempel negative medikamentvirkninger, diagnosemerkelapper som skaper avmakt eller traumatiske innleggelser.

Å treffe skadereduserende avgjørelser innebærer å se nøye på risikoen på begge sidene av situasjonen: Hvordan kan medikamentene hjelpe et liv som føles ute av kontroll, hvor risikable er disse medikamentene, og hva finnes av mulige alternativer? Beslutningene innebærer å prøve seg fram; lære av egne erfaringer og feil, og sette nye mål. Skadereduksjonstilnærmingen aksepterer dette, og tror at kjernen i ethvert sunt liv er evnen til å ta og ha myndighet over eget liv.

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 dette har vært veldig vanskelig. Andre fortsetter med psykofarmaka fordi fordelene oppveier ulempene. Atter andre fortsetter med psykofarmaka uten å utforske mulighetene, fordi de ikke er klar over at noe annet kan være mulig.

Hvis vi følger en del leger, annonser og medikamentomtaler kan det virke som om det er umulig å mestre ekstreme følelser uten psykofarmaka. Kanskje har jeg 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 å 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 eller synes de gjorde problemene enda verre, og er klare for å prøve å leve uten. Noen ganger rives vi mellom risikoen ved å fortsette og risikoen 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 forsøkt å slutte tidligere og opplevd at skremmende symptomer kom tilbake, og bestemt seg for at foreløpig fortsetter de med psykofarmaka.

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 må gjøre større endringer i ernæring, arbeid, familie eller andre relasjoner, eller ta i bruk likemannsarbeid, terapi, eller alternativ behandling. Kanskje må vi fokusere mer på egenomsorg, kunst og kreative uttrykk eller finne andre behandlinger som psykoterapi eller alternativ behandling. Eller vi trenger nye livsinteresser som utdanning eller friluftsliv. Kanskje oppdager vi at det første skrittet er å få til å sove og bli 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 nytt arbeid, kanskje trenger vi mer støtte fra nettverket eller finne venner vi kan stole på. Kanskje trenger vi å stå fram med større ærlighet og sårbarhet om det vi gjennomlever.

Bedringsprosessene kan virke mystiske og tilfeldige, og vi trenger aksept og tålmodighet. Læring innebærer å prøve og feile.

Fordi vi alle er forskjellige, er det som om vi navigerer gjennom en labyrint, vi går oss bort og finner veien igjen, og former vårt eget kart underveis.

Viktige ressurser hvis du vil lære mer

MIND “Making Sense of Coming Off Psychiatric Drugs”

<http://bit.ly/yPjusy>

“Recent Advances in Understanding Mental Illness and Psychotic Experiences”

Report by The British Psychological Society Division of Clinical Psychology

<http://bit.ly/fC7BGf>

Psychiatric Drug Withdrawal: A Guide for Prescribers, Therapists, Patients and their Families

by Peter Breggin, Springer Publishing, 2012.

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

edited by Peter Lehmann, www.peter-lehmann-publishing.com

Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America

by Robert Whitaker, Crown Books 2010.

Beyond Meds: Alternatives To Psychiatry website

www.beyondmeds.com

“Addressing Non-Adherence to Antipsychotic Medication: a Harm-Reduction Approach”

by Matthew Aldridge, Journal of Psychiatric Mental Health Nursing, Feb, 2012

<http://bit.ly/wbUA6A>

Coming Off Psychiatric Drugs: A Harm Reduction Approach - video with Will Hall

<http://www.youtube.com/watch?v=O4bdG601k4k> / <http://bit.ly/zAMTRF>

Kritisk blikk på ”psykisk sykdom” og psykiatri

Leger gir psykofarmaka for opplevelser som får merkelappen ”psykiske lidelser”. Dette kan være ekstremt vonde følelser, overveldende lidelse, ville humørsvingninger, uvanlige oppfatninger, forstyrrende atferd og mystiske gale tilstander. 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 antallet øker for hver dag som går.

Psykofarmaka er nyttig for mange mennesker. Å få brems 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 mot biologisk forårsakede psykiske lidelser, akkurat som insulin for diabetes. De bygger opp under oppfatningen om at psykofarmaka retter opp kjemisk ubalanse eller reparerer en unormal hjerne. Men sannheten er en annen. ”Biologi” og ”kjemisk ubalanse” er blitt overforenklete begreper som overtaler folk til å stole på legen og enkle løsninger. Men disse ordene viser i virkeligheten 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 medikamenter er en nøkkel til å løse problemene. Å si at noe har en underliggende biologisk årsak eller grunnlag blir lett et budskap om at løsningen alltid 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 lidelse som oppnår full tilfriskning uten psykofarmaka. De erfaringene som blir gitt psykiske diagnoser er ikke ”uhelbredelige” eller alltid ”livsvarige”. For noen mennesker er medikamentene gode verktøy som endrer bevisstheten på nyttige måter, men de er ikke medisinsk nødvendig behandling for sykdom. Og når man aksepterer det, åpner det seg flere muligheter. Da bør også risikoen ved psykofarmaka granskes nøye, for risikoen er alvorlig, og inkluderer kronisk sykdom, mental svekkelse, avhengighet, forverring i de psykiske symptomene, og til og med risikoen for en tidlig død.

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

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, ha et belastende arbeid eller drikke alkohol. Vi vet ikke nøyaktig hvordan faren vil slå ut og kan ikke fjerne alle farer, men det er viktig å vite så mye som mulig om hva risikoen er. Å se på farene ved psykofarmaka innebærer også å se på farene ved vonde følelser eller psykose, og treffe den beste beslutningen for deg. Kanskje er psykofarmaka det beste valget i din situasjon, eller kanskje du vil utforske mulighetene for å redusere eller slutte med psykofarmaka. Vi har ikke ønsket at denne veilederen skal overtale deg i den ene eller andre retningen, men hjelpe deg til mer kunnskap om mulighetene du har

Det er en medikament-positiv 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. Denne veilederen er basert på de beste kildene vi har funnet, inkludert gode kilder fra Storbritannia. Vi har arbeidet med 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. 56). 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 å forutsi hvem som klarer seg bra eller ikke 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 ett år med psykofarmaka. **Alle kan ha potensial for å klare å slutte. For å finne ut hvem som kan slutte, må man faktisk forsøke langsomt og forsiktig, og se hvordan det går.** Alle bør ha rett til å kunne forsøke dette.

MIND er en ledende ideell psykisk helseorganisasjon i England, og deres 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 (81 %) som hadde brukt medikamentet i mindre enn seks måneder lyktes i å slutte. Derimot var det under halvparten (44 %) 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)".**

Å forholde seg til denne usikkerheten betyr at man må være fleksibel, og lære underveis. Å slutte helt med psykofarmaka er kanskje – eller kanskje ikke – det beste for deg, men alle kan få mer innflytelse over eget liv.

Politiske sider ved nedtrapping

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 medikamentskader og krenkelser fra behandlingsapparatet. Helse er en menneskerett for alle, og det er behov for en fullstendig overhaling av den psykiske 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 i California og Åpen dialog i Finland, som viser at ikke-medikamentelle og lav-dose-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, hadde flertallet av psykofarmaka neppe kommet på markedet i utgangspunktet.

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 til-

passe 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 vanskeligere for å bevege seg rundt omkring. Universell tilgang og tilpasning til de av oss som er annerledes vil til syvende og sist være en fordel for alle. 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 faktisk er ganske sprøtt. En sosial modell for funksjonshemming innebærer å akseptere at mennesker er forskjellige, og slutte å behandle fattigdom som et medisinsk problem. Våre behov er sammenvevet med et bredt behov for sosial rettferdighet og økologisk bærekraft.

Den universelle erklæringen for psykiske rettigheter og frihet

1. Alle mennesker er skapt forskjellige.
Alle mennesker har rett til å være mentalt frie og uavhengige.
2. Alle mennesker har rett til å føle, se, høre, sanse, tenke, tro eller erfare alt mulig, på hvilken som helst måte, når som helst.
3. Alle mennesker har rett til å oppføre seg på enhver måte som ikke skader andre eller bryter rimelige og rettferdige lover.
4. Uten et eksplisitt samtykke skal 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.

Prinsippene for denne veilederen

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 omsorgsfulle 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, hva psykiatriske diagnoser egentlig er, alternative behandlingsmuligheter og hvordan man bør gå fram for å slutte med psykofarmaka. Medisinsk etikk krever at helsepersonellet 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 ekte 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 alternativer 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 litt av begge deler. Slike tilstander har mange forskjellige merkelapper: Angst, depresjon, tvang, 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 behandling med psykofarmaka er nødvendig.

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 endrer de underliggende årsakene til ekstreme sinnstilstander. Det er mer dekkende å se medikamentene som verktøy eller mestringsmåter som noen ganger letter symptomer**, men som innebærer betydelig risiko for mennesker som bruker dem.

Retter medikamentene opp hjernekjemien eller sykdommen din?

Vi får ofte høre at psykiske lidelser skyldes at hjernekjemien er "unormal", "i ubalanse" og at dette skyldes en nedarvet "genetisk predisposisjon". Videre hører vi at psykofarmaka er nødvendig for å avbryte sykdomsprosessen og rette opp ubalanser. Men det er ikke slik psykofarmaka virker, og disse sykdomsteoriene er ikke bevist i vitenskapelige undersøkelser. Å tro på disse påstandene kan forsterke følelsen av å være et hjelpeløst offer for biologien, og etterlate folk med følelsen av at det ikke er andre muligheter enn medikamenter.

På tross av flere tiårs kostbar forskningsinnsats har man ikke kunnet finne at kjemisk ubalanse, unormal hjerne eller genetisk predisposisjon er en konsistent årsak til diagnoser som bipolar, depresjon eller schizofreni. Media rapporterer "lovende" funn, der man "trenger mer forskning", men hittil er man uten gode konklusjoner. Selv i reklamemateriellet fra legemiddelfirmaene står det ofte med liten skrift "trolig forårsaket av" eller "antatt forårsaket av" kjemisk ubalanse i stedet for mer bastante utsagn.

Man bruker ikke fysiske tester, som hjerneavbildning eller blodprøver for å fastslå diagnoser som depresjon, bipolar eller schizofreni, og de testene kan ikke vise at hjernen din er unormal. (Endrede hjernetilstander med klar fysisk årsak, som for eksempel hjernerystelse eller delir fra alkoholmisbruk blir i stedet kalt "organiske psykoser"). Man har ikke greid å finne noen grenser for hva som er en psykologisk normal hjerne for alle mennesker. Tre men-

nesker med den samme diagnosen kan ha veldig forskjellig hjernekjemi, og noen mennesker med lik hjernekjemi som en av de tre kan godt være uten diagnose eller store plager. Det er mange som får fysiske problemer – som vitaminmangel – som en lege eller annen terapeut kan håndtere. Slik behandling kan noen ganger hjelpe for emosjonelle problemer – andre ganger hjelper det ikke. Medisinen har ikke funnet de biologiske årsakene til psykiske lidelser på tilsvarende måte som for tuberkulose, Down-syndromet eller diabetes. Emosjonell uro og galskap er fortsatt åpent for fortolkning.

Hva med genetikk? Galskap og psykiske lidelser forekommer oftere i noen familier. Men det gjør også barnemishandling og fattigdom. Delt miljø, felles forventninger og flergenerasjonelle traumer gjør at familiehistorie kan bety mye annet enn unngåelig genetikk. Undersøkelser viser at tvillinger har noe høyere sjanse for å få samme diagnose, men denne forskningen har metodiske problemer og resultatene blir overdrevet. Foreldre vet at barna har ulike egenskaper og temperament allerede ved fødselen, men også erfaringer i morslivet kan spille inn. Og 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. Selv kartleggingen av hele det menneskelige genom har ikke avslørt noen nøkkel til psykisk lidelse. Tanken på genetiske årsaker er fortsatt spekulativ og ikke bevist.

Tvert imot; dess mer vi forstår av gener, atferd og hjerne, dess mer komplisert blir det samlede bildet. Epigenetikk viser at i stedet for en “genetisk blåkopi”, virker miljøet inn og slår gener av eller på. Å bruke genetikk til å forklare mangfoldet av menneskets atferd på en forenklet måte er et tilbakeslag i retning av de diskrediterte ideene i sosialdarwinismen og eugenikken.

Alle sinnstilstander, tanker og erfaringer finnes i hjernen og vil i og for seg kunne uttrykkes som biologiske forhold. Men samfunn, læring og forstand virker inn og gjør det umulig å fastslå årsaksforholdet. Stress henger for eksempel sammen med hjernekjemi, men én person kan mestre belastninger som er ødeleggende for andre. Ny kunnskap om “nevroplastisitet” viser at hjernen fortsetter å vokse, og at læring også endrer hjernen. Psykoterapi kan for eksempel reorganisere hjernestruktur, og forskere har oppdaget at hjerneområder som er knyttet til å huske kart er større hos drosjesjåfører i New York City. Hvis læring har en så stor innvirkning på hjernen, er vi ikke så begrenset av biologi som man en gang trodde.

I mange hundre år har filosofer og forskere debattert de vanskelige spørsmålene om hvordan bevisstheten stiger opp fra hjernen og kroppen. Er det som kalles “psykiske lidelser” et sosialt og åndelig spørsmål, mer enn et medisinsk spørsmål? Er det å bli kalt “forstyrret” eller å bli gitt en “lidelse”, en politisk og kulturell vurdering? Psykiatrien kan ikke på noen troverdig måte hevde å ha løst mysteriet om forholdet mellom kropp, sjel og galskap.

Uten klare vitenskapelige svar, blir en psykiatrisk diagnose til syvende og sist ikke et faktum, men legens subjektive vurdering av pasienten. Det er ikke til å unngå at legen bygger på sine egne forhåndsvurderinger, antagelser, skjevoppfatninger og frykt. Behandlere er ofte uenige med hverandre, diagnosene endres, 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. Man bør ikke bygge medikamentbeslutningen 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 du føler deg maktesløs, og smerten din ikke blir tatt på alvor, så kan legens beskjed om at du har en psykisk lidelse virke som en bekreftelse. Å velge å slutte med medikamenter kan derfor oppfattes som et dårlig budskap om at du egentlig ikke trenger hjelp og at vanskene dine ikke er så ille. Og man kan føle seg mislykket hvis man ikke klarer å slutte, akkurat som om man bare kan prøve hardere, og at alt bare avhenger av en selv.

Dette er en urettferdig forestilling om enten-eller som holder mennesker fast i den psykiske helsehjelpen. Markedsføringen av psykofarmaka utnytter dette dilemmaet: Hvis smerten din virkelig er alvorlig trenger du medikamenter, hvis ikke, er du overlatt til deg selv. Empowerment og egenkraft betyr å gå lengre enn en enkel forståelse og omfavne et bredere syn på utfordringene dine.

Vi trenger alle støtte iblant; alle føler seg maktesløse overfor noen forhold i eget liv. Alle trenger å lære å balansere mellom personlig ansvar og å spørre andre om hjelp.

Du trenger ikke skyld på hjernen for å kunne gi deg selv omsorg og støtte.

Når legevitenskapen ikke har svaret, blir det opp til hver enkelt person å forstå sine opplevelser på en måte som gir mening for dem. Ressursene som brukes i denne veilederen kan åpne flere muligheter. For eksempel foreslår den britiske psykologforeningen at noen er litt mer sårbare for stress enn andre. Stemmemøringsbevegelsen oppmuntrer oss til å lære av de uvanlige erfaringene, i stedet for å se dem kun som meningsløse symptomer som vi skal bli kvitt. Det finnes mange mulige syn på galskap og endret bevissthet; for eksempel traumer og misbruk, åndelige oppvåkning, følsomhet, skadelige omgivelser eller virkninger av undertrykkelse. Det som kalles unormalt i ett samfunn kan til og med regnes som normalt i et annet.

Og hvis folk spør, kan du selv bestemme hva du vil si eller ikke si: For eksempel "Jeg har overlevd traumer", "jeg får ekstreme opplevelser iblant", "jeg er annerledes enn andre folk, og prøver fortsatt å finne ut mer av det" – eller velge ikke å svare. Å finne

sammen med andre som har tilsvarende erfaringer som deg – for eksempel støttegrupper eller likemannsarbeid på internett – kan være viktig når du utforsker hvem du er.

Din lidelse er viktig, enten du bestemmer deg for å bruke medikamenter eller ikke. Føler du deg maktesløs og trenger hjelp, betyr ikke det at du er en ødelagt person eller et passivt offer for biologi. Forklaringer som traumer, følsomhet eller åndelighet er like gyldige som andre forklaringer. Du fortjener fortsatt hjelp, selv om du ikke tror at hjernen din er unormal, eller om dine ord for situasjonen ligger utenfor språket om psykiatrisk sykdom eller psykiske lidelser.

Hva gjør psykofarmaka med hjernen din?

Som andre psykoaktive stoffer, endrer psykofarmaka sinnstilstanden og atferden gjennom å påvirke hjernekjemien. Både nytte og risiko stammer fra endringer i kropp og hjerne som både skyldes de kjemiske stoffene, forventinger og placebo.

Moderne medisinsk teori er at de fleste psykofarmaka virker gjennom å endre nivået av stoffer som kalles nevrotransmittere (antiepileptika, og "stemningsstabiliserende" som litium ser ut til å virke gjennom å endre blodgjennomstrømning og elektrisk aktivitet i hjernen mer generelt). Nevrotransmittere er knyttet til humør og psykisk fungering, og alle nerveceller bruker nevrotransmittere for å kommunisere. Hvis konsentrasjonen av en nevrotransmitter reduseres, kan mottagercellen som mottar og regulerer nevrotransmitteren bli mer "følsom", og kan vokse eller krympe for å tilpasse seg.

SSRI-antidepressiver (selektive serotonin reopptakshemmere), de såkalte "lykkepillene", ser ut til å øke nivået av serotonin i hjernen og redusere virksomme reseptorer for serotonin. Antipsykotiske medikamenter som Haldol senker dopaminnivået, og etter hvert øker derfor antallet dopaminreseptorer. Slike virkemåter for nevrotransmittere og reseptorer følger lignende mønster som for andre psykoaktive stoffer. Alkohol påvirker nevrotransmittere, inkludert dopamin og serotonin, og kokain endrer nivået på dopamin, serotonin og noradrenalin, og påvirker reseptorer.

Mens slike kjemiske endringer foregår, jobber bevisstheten din for å tolke og møte disse endringene på din egen måte. Alkohol kan gjøre deg avslappet eller nervøs, antidepressiva gjør noen mer energiske og andre mindre følsomme. **På grunn av placebo og forventninger er ingen like.** 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 bedre plass i media enn risikoene. Men det hjelpsomme ved medikamentene blir ofte blandet sammen med villedende påstander. Nedenfor prøver vi å bryte denne forvirringen, og beskrive hva ved psykofarmaka som mange brukere synes er til hjelp for dem.

- 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.
- Psykofarmaka kan avbryte eller bremse en voldsom bevissthetstilstand og berolige en akutt krise som føles ute av kontroll.
- Mange mennesker opplever at psykofarmaka beskytter dem fra følelseskriser som er så alvorlige at de truer stabiliteten, ja til og med livet. Noen rapporterer at symptomene blir mer håndterlige og at de holder seg mer forankret i den vanlige virkeligheten. Noen ganger kan psykofarmaka hjelpe til å unngå eller lette episoder av mani og depresjon.
- 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. Det kan være mye mindre belastende enn konstant krise. Slik kan man få grunnlag for en mer stabil psyke og andre endringer som ellers kunne vært vanskeligere.
- 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, konsentrere deg og unngå humørsvingninger. Forholdet til andre kan kreve at du unngår for sterk følsomhet.
- Å fortsette med noen medikamenter kan bidra til at du unngår nedtrappingsvirkninger.
- Alle medikamenter har kraftig placeboeffekt: Det at man bevisst eller ubevisst tror at de virker, kan få de til å virke. Selv fra alvorlige lidelser kan man bli bedre, dersom man får en placebopille eller placebo-operasjon som man tror er virksom. I klinisk forskning er det mange medikamenter som bare har en litt større effekt enn den kraftige mentale effekten av tro på behandlingen. Det mentale spiller en sentral rolle i all helbredelse, og for den enkelte pasient er det umulig å vite om virkningen av psykofarmaka skyldes placeboeffekt eller medikamentkjemi.
- Å følge et fastlagt behandlingsopplegg kan også bidra til placeboeffekt: Noen ganger får man det bedre når man får en forklaring på lidelsen man kan tro på, og når man følger råd og får støtte fra behandlere, pårørende eller annen autoritetsfigur. Medikamenter pleier å virke bedre dess sterkere og nærmere forhold man har til den som foreskriver dem.

- Reklame, særlig tv-reklame rettet direkte mot forbrukeren/pasienten (tillatt blant annet i USA og New Zealand) har stor effekt, og er laget for å spille på lag med håp og forventninger pasienten hadde fra før. Ikke bare psykofarmaka, men alle nye medikamenter pleier å virke bedre, bare på grunn av nyhetsforventningen.

Fakta om psykofarmaka som du kanskje ikke er kjent med

På tross av det medisinske prinsippet om informert samtykke, utelater leger viktig informasjon om medikamentene de foreskriver. De neste avsnittene er et forsøk på å formidle mindre kjente fakta, og gi et mer balansert bilde.

- 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 gi mer alvorlige negative bivirkninger. Men hjernen vår er mer motstandsdyktig enn tidligere antatt, og den kan helbrede og reparere seg selv på bemerkelsesverdige måter.
- Det hevdes ofte at nevroleptika, også kalt “major tranquilizers” (markant beroligende) er “antipsykotiske”. Fakta er at virkningsmekanismen ikke angriper psykose eller andre spesifikke symptomer eller spesifikke psykiske lidelser. Dette er beroligende medikamenter som 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 får svakere følelser overfor symptomene.
- De tidlige medikamentene Litium og Klorpromazin ble tatt i bruk før teoriene om kjemisk ubalanse, og ikke som en virkning av slike teorier. Legene var på utkikk etter “magiske piller”, slik som antibiotika mot infeksjoner, og merket seg hvilke kjemikalier som beroliget forsøksdyrene i laboratoriet.
- Nyere antipsykotika, også kalt *atypiske*, virker på flere nevrotransmittere, men i det store og hele virker de på samme måte som de gamle medikamentene. Legemiddelprodusentene markedsførte disse nye og dyrere medikamentene som bedre og mer effektive, og med færre bivirkninger, og de ble hyllet som mirakelmedisin. Men etter hvert ble det vist at slike påstander var usanne, der noen legemiddelfirmaer hadde skjult omfanget av negative bivirkninger som diabetes og metabolsk syndrom. Dette ledet til søksmål for millioner av dollar.
- Noen ganger blir det sagt at negative medikamenteffekter skyldes allergiske reaksjoner eller overfølsomhet for medikamentet. Dette er misvisende: Psykofarmaka har ikke en biologisk virkning som ligner på mat- eller pollenallergi. Hvis slike medikamenteffekter kalles “allergi” eller “overfølsomhet” legger man årsaken til medikamentbrukeren, mens slike virkninger faktisk kan ramme enhver som tar 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. Benzondiazepiner kan være mer avhengighetsskapende enn heroin, og bruker man de i mer enn 4-5 dager øker faren for avhengighet sterkt.
- Noen ganger blir man fortalt at man får en lav dose, men de kan likevel ha kraftfulle negative effekter.
- Psykofarmaka brukes i stort omfang for å kontrollere fanger i fengsler og eldre på sykehjem. I USA brukes de også til å kontrollere fosterbarn i fosterhjem.
- Sovemedisiner som Zolpidem eller Triazolam hjelper noen ganger på kort sikt. Men de kan skape avhengighet, gjøre søvnen gradvis dårligere ved lengre bruk, og noen får farlige blackouts og endringer i bevissthetstilstanden.
- Fordi psykofarmaka ligner rusmidler selges noen medikamenter illegalt på gata på grunn av rusvirkningen. 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 måter som når man langsomt tar kokain gjennom munnen. Kokain var faktisk et reseptbelagt medikament som ble markedsført som føl-deg-bra antidepressiva, men 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 behandlere og brosjyrer ofte 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 fortsatt oppdages det nye risikoforhold.

Risiko for din fysiske helse

- Psykofarmaka har giftvirkninger og kan skade kroppen. Nevroleptika eller antipsykotika kan for eksempel gi den livstruende giftreaksjonen malignt nevroleptikasyndrom samt kognitiv svekkelse og 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 kraftig vektøkning, diabetes, hjerteslag, nyresvikt, alvorlige blodsykdommer, og generell fysisk svekkelse og sammenbrudd. Det finnes også en rekke andre giftvirkninger for eksempel forstyrrelse av menstruasjon, farer ved svangerskap og amming, og livstruende "serotonin-syndrom" ved antidepressiva (alene eller blandet 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, skjemmende grimaser. Selv ved kortere bruk er det noe risiko. Antipsykotika gir også redusert hjernevolum. Antidepressiva kan svekke hukommelsen og øke risikoen for depresjon. Blant andre virkninger er hjerneskade og at man tenker mindre konsentrert og klart.
- Legemiddelindustriens undersøkelser av hvor effektive og trygge medikamentene 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 det sanne omfanget av risiko ved psykofarmaka. Å ta psykofarmaka er på noen måter et samfunnsekspériment der medikamentbrukerne er 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, fedme og stivhet, som kan bidra til at andre unngår deg og at du blir mer isolert.

- Litium virker på salter og vann i kroppen. Når væskebalansen din endres gjennom trening, svette, eller kosthold, kan virkestoffene få en annen 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 kan innebære foreløpig ukjente farer for hjernen og fysisk utvikling. I likhet med andre amfetaminlignende stoffer kan de gi psykose og hjerteproblemer, inkludert brå dødsfall.

Risiko for din psykiske helse

Risiko for den psykiske helsen er noe av det vi vet minst om ved bruk av psykofarmaka. Det gjør beslutningene om medikamenter og medikamentnedtrapping særskilt vanskelig. Her følger noen av de tingene du kanskje ikke har fått høre av legen din:

- Noen ganger forverrer psykofarmaka risikoen for psykotiske symptomer eller øker risikoen for en krise. 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 psykosesymptomer startet *etter* at de begynte å bruke psykofarmaka. Ibland svarer legen med en mer alvorlig diagnose og mer medikamenter.
- Noen medikamenter har nå advarsler om økt risiko for selvmord, selvskading og voldshandlinger.
- 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 lettere få en kronisk lidelse og bli langtidspasient. I noen land som bruker mindre psykofarmaka blir flere helt bra (økt recovery), og bedringen skjer raskere enn i rike land som bruker mye medikamenter. Prosjekter som Soteria House og Åpen dialog viser at mindre medikamentbruk kan hindre at lidelsen blir langvarig.
- Når du har startet med psykofarmaka kan personlighet og kritisk tenkeevne 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. Overmedisinering, særlig med antipsykotika, kan utgjøre en kjemisk tvangstrøye.
- Psykofarmaka kan svekke den naturlige evnen til regulering og bedring av emosjonelle problemer. Mange mennesker forteller om hvordan de måtte lære å håndtere vanskelige følelser på nytt, etter at de sluttet med medikamenter. Å være for sterkt medisinert kan gjøre det vanskeligere å jobbe deg gjennom følelsene bak lidelsen.
- Noen mennesker, selv i den dypeste galskap, sier at de blir sterkere av å gjennomleve framfor å undertrykke erfaringene. Det "å bli gal" er noen ganger en åpning for personlig endring. Kunstnere, filosofer, diktere, forfattere og healere mener ofte at innsikten fra vonde følelser og ekstreme tilstander har hatt stor verdi for dem. Medikamenter er nyttig for noen, men for andre kan de forvanske den mulige verdien og meningen ved galskap.

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 psykofarmaka.

- Selv om det er mindre blest rundt likemannsarbeid, alternative behandlingsformer, samtaleterapi eller placeboeffekt, kan de ofte være mer effektive enn psykofarmaka for psykiske lidelser, uten samme risiko.
- Å ta sine piller hver dag kan være vanskelig for enhver. Å glemme dosene kan noen ganger være farlig, på grunn av avvenningssymptomer som gjør deg sårbar.
- Det er vanlig at man treffer legen i sjeldne og korte møter, og det blir vanskelig for legen å oppdage eventuelle alvorlige negative virkninger av medikamentene.
- Mennesker med en psykisk lidelse kan ha problemer med å få helserelaterte forsikringer, og deres fysiske sykdommer kan bli ignorert.
- Når man begynner med psykofarmaka, lar mange styringen bli opp til legens vurderinger, som kanskje ikke trenger å være til ditt beste.
- I land uten offentlig helsesystem er psykofarmaka dyrt, og kan gjøre deg avhengig av jobb og helseforsikringer.
- Noen ganger kan behandlingen være koblet til trygdeytelser. Dette kan være nyttig i en periode, men kan også bli en livsvarig felle.
- Å bruke psykofarmaka kan bety at du blir sett på som psykisk syk i samfunnet, og at også du selv ser deg i den rollen. Stigma, diskriminering og fordommer kan være ødeleggende, og kan skape selvoppfyllende 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, dårlige dager eller sterke følelser. Dette fremmer et falskt bilde av hva det er å være menneske.
- Psykofarmaka kan bidra til at man ser normale følelser som symptomer som må stoppes. Dette fratar folk prosessen der man jobber seg gjennom og lærer av vanskelige følelser.
- Å ta psykofarmaka kan legge et passivt håp i en magisk pillekur i stedet for at enkelt-mennesker og samfunnet tar ansvar for handling og endring.

Hvordan avvenning påvirker hjerne og kropp

All psykofarmaka virker ved å lage organiske endringer i hjernen, samt placebo. Avvennings-effekter oppstår fordi hjernen har blitt vant til å fungere sammen med medikamentstoffene, og får det tøft med å tilpasse seg når medikamentstoffene forsvinner. Det tar tid før hjernen klarer å få reseptorer og andre kjemikalier tilbake til den opprinnelige tilstanden fra før medikamentstart. 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 angst, mani, panikk, depresjon eller andre vonde virkninger. Man kan få psykose eller andre symptomer fra selve avvenningen, uten at det trenger være den opprinnelige lidelsen. Dette kan være likt eller verre enn det som ble kalt psykose eller psykisk lidelse før du begynte med psykofarmaka. Ofte får man høre at dette viser at sykdommen er tilbake og at derfor trenger de medikamentene. *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 kjemikalier og at den strever med å tilpasse seg en lavere dose. Psykofarmaka er ikke som insulin ved diabetes, det er snarere et verktøy eller en mestringsmåte.

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 hjerneskrader. Det trenger ikke være permanent, men noen ganger lever man resten av livet med disse endringene i hjernen. Tidligere mente legevitenskapen 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*. Ny forskning om nevrogenese og nevroplastisitet viser at hjernen stadig vokser og endrer seg. Vennskap og kjærlighet, sammen med sunn livsstil, godt kosthold og positiv innstilling kan hjelpe hjernen og kroppen til bedring.

Kanskje finner du ut at det rette for deg ikke er å slutte nå. Kanskje kjennes det bedre for deg å bruke psykofarmaka, og du bestemmer deg for å redusere litt eller beholde samme

dose, og heller fokusere på andre måter å få et bedre liv. Følg dine egne behov, uten å bebreide deg selv: Prøv å finne støtte for dine beslutninger hvis du føler skam eller maktesløshet.

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 beskytter nervecellene og er best. Disse teoriene er fortsatt ikke bevist – men det er klart at pågående kriser og et liv ute av kontroll utgjør ekstra belastninger. Leger bør ikke spre unødig frykt: Selv om psykofarmaka er en viktig del av hjelpen for mange, er det mange andre mennesker som har funnet andre måter å bli bedre uten medikamenter. Mange forteller at livet er bedre uten medikamenter. Ingen er like, men noen klarer å håndtere psykose eller ekstreme følelser på en god måte, uten medikamenter. Enkelte ikke-vestlige kulturer møter og forstår slike opplevelser på andre måter, og kan til og med se slike tilstander som positive og åndelige. Det er et personlig valg hvordan man forholder seg til galskap.

Valget står ikke mellom å bruke psykofarmaka eller ingenting. 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 som 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. **Ikke bebreide deg selv for at du treffer den beste beslutningen du kan. Du har rett til å gjøre det som fungerer best for deg**, og andre vet ikke hvordan det er å leve ditt liv. 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 som du bruker:

- Ikke overlat alt til medikamentet. Vær aktiv og nysgjerrig på din egen helse, andre behandlingsformer og tiltak som gir velvære. Nye kilder til egenomsorg kan lette negative virkninger, og etter hvert redusere behovet for psykofarmaka.
- Behold jevnlig kontakt med helsetjenesten, og fortsett å drøfte medikamentene. Søk støtte hos venner og familie som du stoler på.
- Sørg for å ha tilstrekkelig med medikamenter og resepter, for glemmer du en dose kan det øke stresset for kropp og hjerne. Og ta ikke dobbel dose om du glemte den forrige.
- 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, eller være farlige.
- Ikke bare stol på legens veiledning. Undersøk selv, og ta kontakt med andre som har brukt samme medikamenter som deg.
- Bruk ulike kunnskapskilder for å lære mer om medikamentene du bruker. Bruk ernæring, urter og kosttilskudd for å redusere negative virkninger.
- 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 minstedose, være effektivt, og ha lavere risiko.
- Du kan prøve å redusere antall medikamenter til de mest nødvendige, og ta i betraktning hvilket som gir størst risiko. Hvis det er mulig kan du forsøke midlertidig bruk.
- Ta jevnlige tester for å følge med på reaksjonen på medikamentene. Sjekk utgangsnivået ditt før du begynner på nye medikamenter. Tester kan inkludere skjoldbruskkjertelen, elektrolytter, glukose, litiumnivå, tetthet i skjelettet, blodtrykk, leververdier, nyrer, prolaktin, EKG, kognisjon og andre negative virkninger. Bruk de beste og mest sensitive testene, slik at du raskt kan oppdage problemer.
- Antipsykotika sitter i kroppen en stund, og noe forskning antyder at en eller to medisinfridager kan reduseres giftigheten. Husk at ingen er like.
- Undersøk følelsene du har overfor medikamentene. Lag et bilde eller prøv rollespill der du gir medikamentet stemme og budskap, og ha en dialog. Finn ut hvilke krefter eller tilstander du opplever at medikamentene gir? Tenk etter om du kan oppnå slike krefter på andre måter.

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

Noen leger er opptatt av kontroll og 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. Noen treffer aldri personer som har blitt friske, eller de har møtt så mange kriser hos pasienter som kuttet medikamentene brått, at de ikke tror at noen kan trappe ned eller slutte.

Hvis legen ikke støtter målene du har for bruk av psykofarmaka, ber du legen gi en grundig forklaring på denne vurderingen. Vurder legens forklaring nøye – kanskje vil du endre planen din hvis legens råd er fornuftige. Kanskje kan du få en venn eller alliert til å hjelpe deg med å uttrykke ditt syn, gjerne en med autoritet, for eksempel en slektning, helsearbeider eller terapeut. Si klart fra om grunnene du har. Vis at du forstår risikoen ved å trappe ned, og beskriv hvordan du forbereder og planlegger forsiktige endringer. Gi en kopi av denne veilederen, og fortell om forskningen bak beslutningen din og at det er mange som har lyktes i å slutte med psykofarmaka. 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.

På alle medisinske områder er pasientene i ferd med å bli forbrukere med makt, så ikke gi opp! 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 er enige. Hvis legen ikke støtter deg, 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 er ikke det beste alternativet, men er forståelig, for eksempel hvis du kan miste enkelttiltak om du ikke er lydig mot behandlingsopplegg som andre har bestemt. Du bør gjøre en veldig grundig vurdering av risikoen før du trapper ned i skjul.

Den ledende britiske organisasjonen MIND gjorde en undersøkelse av brukeres erfaringer med å forsøke å slutte med psykofarmaka. De skrev: **“Mennesker som sluttet med medikamenter mot legens råd lyktes like ofte som de som fikk legens tilslutning”**. Dette førte til at MIND forstod at noen leger er for kontrollerende, og de endret derfor de offisielle anbefalingene sine: MIND sier ikke lenger at ingen andre enn de som har legens tilslutning bør prøve å trappe ned eller slutte med psykofarmaka. Men legens støtte er vanligvis det beste, så forsøk å få til samarbeid der det er mulig.

Før du starter å trappe ned

Ingen er like og det finnes ikke noen ferdig kokebokoppskrift for å slutte eller trappe ned fra noe psykiatrisk medikament.

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 reduserer 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 informasjon blant annet fra nettsiden *Beyond Meds*. Diskuter nedtrappingen med andre. Lag lister over negative virkninger hos deg, og sørg for at du får de testene du trenger. Bakerst i denne veilederen finner du mange kilder til mer informasjon.

Finne det rette tidspunkt

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

Det er viktig å finne det 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.

- Har du en stabil bolig, stabile relasjoner og en forutsigbar timeplan? Hvis ikke, bør du jobbe med slike ting 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?
- Er det noen tid på året som er ekstra vanskelig? Er du følsom for vær eller mørke? Tenk på hva som vil være årets vanskeligste måneder på forhånd.

- Virker medikamentene dårligere eller gir de flere bivirkninger? Har du tatt psykofarmaka lenge, og føler at du sitter fast? Føler du deg mer stabil, og at du tåler mer følelser? Dette kan være et godt tidspunkt for å forberede og starte nedtrappingen.
- Lag en liste over belastninger som har ledet til kriser tidligere. Hvor mye av dette er fortsatt til stede i dag? Hvilke belastninger tror du kommer i framtida? Forhold deg til dette før du starter nedtrapping.

Skaffe støtte

- **Finn hjelp, hvis du kan.** Lag et samarbeidsforhold med legen eller foreskriveren hvis det er mulig. Prøv å få venner eller familie til å hjelpe deg med å legge planen din. Forklar dem at du kan møte sterke følelser. Sørg for at folk rundt deg vet at nedtrapping kan bli tøft og at nedtrappingsreaksjoner ikke nødvendigvis betyr tilbakefall og at du må tilbake på medikamenter. Lag en liste over folk du kan ringe og være sammen med når det blir tøft. 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.
- **List opp dine egne triggere og varselsignaler.** Hvordan vet du at det går mot krise, og hva kan du gjøre da? Søvn, ensomhet, sterke følelser eller endret tilstand kan vise at du trenger ekstra omsorg og støtte.
- **Lag en forhåndserklæring, en galeguide (MadMap),** 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. Ta med både instruksjoner om hva de kan si til deg, hvem de kan kontakte, og hvordan de kan hjelpe, og hvilken behandling eller medikamenter du ønsker. Beredskapsplanen gir helsetjenesten mulighet til å ta utgangspunkt i dine ønsker og preferanser, og en gang i framtiden blir kanskje forhåndserklæringer juridisk bindende. Husk at et sykehusopphold ikke trenger å være et nederlag, det kan være et skritt i læringsprosessen din. Sjekk National Resource Center on Psychiatric Advance Directives på www.nrc-pad.org eller søk på forhåndserklæringer / beredskapsplan /kriseplan og “psykisk” for norske nettressurser.
- **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 udekte fysiske helseproblemer.** Alle de følgende sykdommene kan ha symptomer som ligner på psykiske lidelser: Kronisk fysiske- og tannhelseproblemer, miljøgifter, smerter og hormonell ubalanse kan svekke helsen og gjøre det vanskeligere å trappe ned eller slutte med psykofarmaka. Hypertyreose, tungmetall-forgiftning, karbonmonoksid, anemi, lupus, Cøliaki, allergier, Glykemi, Addisons og Cushings sykdom og sykdommer med kramper. Bruk tid på bedring av den fysiske helsen, 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. Få på plass egenomsorg som gir velvære før du begynner.

Hvilken innstilling har du?

Tro at du *kan* forbedre ditt eget liv. Tror du på egen endringskraft kan du klare positive endringer, enten det er å slutte, trappe ned medikamentene eller få økt velvære på andre måter. Selv blant mennesker som har fått høye doser psykofarmaka i flere tiår er det flere 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. Kanskje kan reduksjon være tilstrekkelig, så vær fleksibel. Det viktige er at du tror at du kan få et bedre liv ved å ta grep om dine egne valg rundt psykofarmaka.

Vær forberedt på sterke følelser

Når du trapper ned eller slutter med psykofarmaka må du kanskje lære nye måter å jobbe med følelser og erfaringer. Du kan bli mer følsom i en periode. Vær tålmodig og raus med deg selv, søk støtte hos andre, og gjør det beste du kan. Husk at livet stadig gir oss nye utfordringer: Sterke følelser er ikke alltid tegn på krise eller symptomer som trenger mer medikamenter. Det er greit å ha vonde følelser eller annerledes bevissthet i blant, det kan være en del av det rike og varierte ved deg. Snakk med andre om det du går gjennom, prøv å beholde kontakten med signaler og følelser fra kroppen, og tren opp ferdighetene dine på disse områdene. Vis menneskene rundt deg hva de kan si og gjøre for å hjelpe.

Planlegg forskjellige mestringsstrategier

Forsøk å finne nye mestringsmåter *før* du begynner å trappe ned, selv om det ikke alltid er mulig. Du har basert deg på medikamenter for å mestre, og nå kan du trenge nye mestringsmåter. Det finnes mange muligheter, for eksempel likemannsarbeid, ernæring, alternativ behandling, trening, psykoterapi, åndelighet og kontakt med naturen. Ingen er like, så det kan ta tid å finne hva som er virksam "personlig medisin" for deg. Kanskje ønsker du å bli trygg på at nye mestringsmåter virker før du begynner nedtrappingen. Sørg for at hjelperne dine kan minne deg på de nye mestringsmåtene og minne deg på å bruke dem. Om mulig, gi deg selv tid til å 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 eller 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 legge ut 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, lært nye ferdigheter, og forstår kanskje mer enn før. Du møter livet annerledes enn da du begynte med psykofarmaka: Tidligere belastninger er kanskje borte, livsomstendighetene kan være annerledes. Og uansett hvilke problemer du har, er det ikke nødvendigvis tegn på sykdom eller at du trenger medikamenter.

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 forhold du ikke har tenkt på. Klarer du å være realistisk om bekymringer og de ulike mulighetene? Hvordan kan du forberede deg? Hvilke ressurser, verktøy og støttespillere har du? 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 forandring er umulig.

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. Det kan være lurt å bruke dem en gang imellom for å få hvile, forebygge krise eller beskytte deg fra overveldende følelser. Vær fleksibel, men forsiktig med sonen mellom daglig bruk og "en-gang-iblant" ved behov. Mange som slutter med medikamenter tar dem igjen etter en stund, for eksempel en kort periode med antipsykotika eller litt benzodiazepiner ved behov. Likevel er det lite forskning på mulig risiko ved å slutte, for senere å starte opp igjen med nevroleptika, litium eller antiepileptiske medikamenter.

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 du kan være ærlig med, som stiller opp når du får problemer, og som vet hvor utfordrende nedtrapping kan bli. 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 slite seg ut.
- **Vurder å slutte med alkohol eller andre rusmidler.** Mange mennesker er 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. Noen erfarer at både svakere rusmidler som marihuana, og helt vanlige stoffer som koffein undergraver helse, stabilitet og søvn. Sukker (inkludert søt juice) og sjokolade kan også påvirke humør og trivsel. For noen kan til og med koffein eller endringer i blodsukkernivå gi reaksjoner som forveksles med psykose. Vær forsiktig med marihuana: Hos enkelte kan det dempe nedtrappingssymptomer (særlig cannabidiol), mens det kan bidra til depresjon eller psykotisk krise hos andre.
- **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 trening, urter som legevendelrot (bare bruk iblant) eller amerikansk skjoldbærer (skullcap), alternativ behandling, eller kosttilskudd som melatonin, magnesium eller kalsium. Har du problemer med å sove, bør du vurdere alle belastninger og problemer som bidrar til det, og prøv å kutte koffein fra kaffe og brus. Selv om du sover mange timer, får du best hvile om du sovner før elleve om kvelden. Gi deg tid til å roe deg før du går til sengs, uten data, mobil eller annen stimulering. Ta korte blunder, hvis det ikke forstyrrer nattesøvnen. Hvis du ikke får sove i det hele tatt, kan rolig våken hvile tross alt være bedre enn ingenting.
- **Vent det ut.** Noen ganger er tiden på din side, og særlig ved nedtrapping. Naturlige bedringsprosesser krever tålmodighet.
- **Ernæring kan spille stor rolle for stabil psyke og andre helseforhold.** Prøv å finne ut om det er mat du ikke tåler, som gluten, koffein eller melk. Vurder å ta kosttilskudd som gir næring til hjernen og hjelper kroppen å lege seg, for eksempel C-vitamin, tran, fettsyrer og D- og B-vitaminer, aminosyrer (for eksempel GABA, 5-HTP, tyrosin, teanin) og probiotika (for eksempel Biola) som fremmer fordøyelsen. Spis godt med grønnsaker, protein, fersk frukt og sunt mettet fett. Pass deg for fastfood. Får du mat- eller godtekick, så prøv å erstatte med et sunnere alternativ. Noen mennesker påvirkes av kunstige søtningsstoffer eller andre tilsetningsstoffer i ferdigmat. Lær deg mer om matslagenes glykemiske indeks hvis du har ustabil blodsukker. Hvis du tar urter eller medikamenter for fysiske sykdommer så spør aktuelle behandlere om det kan virke inn. Dette er særlig aktuelt ved graviditet eller amming.

- **Fysisk aktivitet** som å gå, trene, svømme, sykle, eller annen sport, kan gi stor reduksjon i angst og stress. Trening hjelper også kroppen med å kvitte seg med gifter. For noen er meditasjon god hjelp mot stress.
- **Drikk mye rent vann** i løpet av dagen. Vann er viktig for kroppens avgiftningsarbeid. Hvert glass med alkohol, 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, forurensning utenfra 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 Prednison kan gi angst, søvnforstyrrelse og psykose.
- **Hormoner spiller stor rolle for å ha stabilt følelsesliv.** Hvis du har uregelmessig menstruasjon eller sterke hormonsvingninger, så søk hjelp fra en helsearbeider.
- **Det finnes alternative behandlere** som vil hjelpe mennesker som trapper ned psyko-farmaka. Noen tilbyr giftfrie midler som kan hjelpe mot angst, søvnvansker og andre symptomer. Prøv å gjennomføre anbefalte livsstilsendringer som matvaner og trening. Har du dårlig råd er det enkelte behandlere som gir rabatt eller avbetaling. Det er store forskjeller på alternative behandlere, så sjekk andres erfaringer. Hvis du spiser urter eller kosttilskudd, så sjekk om de kan påvirke medikamenteffekten i noen retning (men mange leger og vanlige informasjonskilder overdriver risikoen ved urter og kosttilskudd).
- **En støttegruppe, psykoterapeut eller veileder 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 som den du er.
- **Kontakt med naturen, planter og dyr** kan bidra til fokus og ro og gi deg mer perspektiv på situasjonen din.
- **Kunst, musikk, håndverk, dansing 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. Å høre på stemningsfull musikk, også med ørepropper, er en livline for mange mennesker.

- **Du kan finne støttegrupper på nettet** som kan gi hjelp. Nettstøtte, for eksempel BeyondMeds, www.benzo.org.uk og www.theicarusproject, bør helst være et tillegg til direkte støtte, og ikke erstatning for direkte støtte fra mennesker du kjenner. En norsk ressurs er medisinmotpiller.no.

Avvenning fra medikamenter: Trinn for trinn

Trygg reduksjon av medikamentdosene

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

- **Det er vanligvis best å ta det med ro og trappe gradvis ned.** Selv om noen klarer å kutte raskt eller alt på en gang, kan det utløse farlige reaksjoner, for eksempel krampes eller psykose. Dess lenger du har brukt medikamentet, dess lenger tid kan det ta å trappe ned og slutte. Noen trenger flere år for å lykkes med å slutte helt.
- **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. (Husk at det bare er i de første ukene depotinjeksjoner mister effekten gradvis, så disse bør heller ikke kuttes fra en injeksjon til en annen).
- **Lag en plan.** Noen vil trappe ned fortere, andre mer gradvis, men en grei tommelfinger-regel er å trappe ned med 10 % fra den opprinnelige dosen hver annen eller tredje uke (eller lengre). Når du er nede i halvparten av den opprinnelige dosen, så gå ned ti og ti prosent fra dette nye nivået. 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 av hvert medikament hver dag. Skaff tabletter med forskjellig dose, bruk pillekutter eller et nøyaktig miksturglass, slik at du kan følge planen nøyaktig. Eksempel: Hvis den opprinnelige dosen var 400 mg daglig, så kan du prøve å redusere med 10 % (40 mg) til 360 mg daglig. Etter 2–3 uker, og hvis du fortsatt føler deg ålreit, kan du kutte ytterligere 40 mg til 320. Etter nye 2–3 uker kan du kutte til 280 mg, så 240 og så videre. Hvis du kommer til 200 mg, og nedtrapping til 160 blir for vanskelig, setter du et nytt startpunkt på 200 mg, og trapper 10 % av det (altså 20 mg) hver andre eller tredje uke, til 180 mg, deretter 160 mg og så videre. Dette er bare en generell anbefaling, og mange mennesker velger å gjøre det annerledes. Spør gjerne fagfolk om råd.
- **Hvis du har brukt psykofarmaka veldig lenge,** vil du kanskje begynne med en enda mindre reduksjon, og stå på dette trinnet en stund. Kanskje det ikke er riktig for deg å slutte helt.

- **Selv om gradvis nedtrapping vanligvis er best**, er noen bivirkninger, for eksempel malignt nevroleptikasyndrom og hudreaksjon ved Lamictal så alvorlige at brå seponering kan være medisinsk nødvendig. Fortsett med laboratorietester og si ifra om hva som skjer med deg.
- **Følg nøye med på virkningene etter det første nedtrappingstrinnet**. Hold tett kontakt med legen, en venn, en støttegruppe, veileder eller rådgiver. Vurder å skrive en dagbok eller journal over symptomene, kanskje med litt hjelp fra andre. Husk at hvis symptomene blir verre kort etter et nedtrappingstrinn, så kan det være nedtrappings-effekter som vil gå over.
- **Spesielt med antidepressiva og benzodiazepiner** kan nedtrappingen bli lettere om du skifter til tilsvarende dose med et liknende medikament, som har lengre "halveringstid". Da går medikamentet mer langsomt ut av kroppen. Beregne minst to uker på å venne deg til det nye merket, ta deg lengre tid hvis overgangen blir vanskelig.
- **Hvis du trenger veldig lave eller uvanlige doser**, kan du kjøpe en tablettdele (pill cutter) eller få medikamentet i væskeform, slik at dosen kan kontrolleres mer nøyaktig enn å kappe piller med en kniv. Undersøk mulighetene ved ditt apotek og hos din lege. I USA finnes det spesialapotek som kan lage spesialdoser, men vi er ikke kjent med at det finnes i Norge. Hvis du tar antiparkinsonmedikamenter eller andre medikamenter mot bivirkninger, bør du fortsette med det en stund. Først når du har redusert dosen av anti-psykotika 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". Du kan fortsatt ha det i bakhånd, for eksempel for å kunne sikre deg søvn i en krise.
- **Benzodiazepiner er veldig avhengighetsskapende**. De er ofte vanskelige å slutte med, spesielt de siste trinnene. Brå nedtrapping kan være farlig. Kanskje du vil vente med disse til slutt.
- **Det er ganske vanlig å begynne nedtrapping, og deretter oppdage at dette går litt for fort**. Hvis avvenningsreaksjonen gjør alt for vondt for deg eller varer for lenge, så øk dosen igjen. Gi deg selv to uker til på den forrige dosen, og prøv igjen. Har du fortsatt problemer kan du redusere i mindre trinn, eller fortsette på "forrige" dose.
- **Kommer du i en krise, så se det som et skritt i en større prosess med nye erfaringer og oppdagelser, ikke et nederlag**. Hvis du klarer det, så fortsett på den minste dosen der du fortsatt er stabil i stedet for å begynne på nytt. Husk at denne hindringen kan være selve effekten av å trappe ned, og ikke nødvendigvis underliggende følelser og tilstander, men det kan også være begge deler.

- Husk at det kan være vanskelig å slutte helt, så aksepter det som en mulighet, og ha fleksible mål. Fortsett å forbedre livet ditt på andre måter, og så kan du prøve igjen når tida er inne.

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 rapporterte ingen 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 at dess lengre du har brukt medikamentene, dess større er risikoen for at du får reaksjoner når du kutter dosen. De kjemiske endringene i hjernen kan være store, og det kan ramme alle. God helse, god støtte, mestringsstrategier og en omsorgsfull holdning kan bidra til at du tåler avvenningseffektene. 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. Ikke forvent det verste, men vær åpen for det som skjer.

Den vanligste avvenningsreaksjonen er angst og søvnvansker. Andre symptomer kan være å føle seg generelt dårlig, panikkanfall, tankekjør, tvangstanker, hodepine, influensalignende symptomer, depresjon, skjelvinger, pustevansker, dårlig husk, ekstreme følelser, ufrivillige bevegelser, muskelspasmer, 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. Vær kreativ og fleksibel.

Å slutte med Litium eller antiepileptiske "stemningsstabiliserere" ser ikke ut til å påvirke signalstoffer mellom nerveceller (nevrotransmittere) på samme måte som andre psyko-farmaka, men endrer de elektriske spenningsforholdene i cellene, og blodtilstrømningen til hjernen. Dette kan også gi avvenningsreaksjoner. Nedtrapping fra Litium kan gi stor økning i risiko for mani, og brå nedtrapping fra antiepileptika kan utløse kramper. Vær spesielt forsiktig når du trapper ned fra disse medikamentene.

Alle disse effektene kan vare i flere dager eller uker, så forsøk å være så tålmodig du kan. Avgiftning og endrede følelser kan vare opp til måneder eller år, mens du lærer å håndtere følelser og minner som har blitt dempet 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, bevegellesforstyrrelser og feber. Hvis du har stått på nevroleptiske antipsykotika og får slike symptomer under nedtrappingen må du straks søke legehjelp.

Tardiv psykose er en tilstand med ekstrem rastløshet, oppkast, muskelrykninger, og psykotiske symptomer som vedvarer når du trapper ned fra nevroleptiske antipsykotika. Disse symptomene 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.

Nedtrappingssymptomer eller følelser som kommer tilbake?

Ikke alle smertefulle symptomer under nedtrapping skyldes nedtrappingsreaksjonene: Du kan også få tilbake vanskelige følelser eller ekstreme tilstander som medikamentene har hjulpet til med å undertrykke. Nedtrappingssymptomer pleier å begynne raskt etter dosereduksjonen, og avtar over tid, ettersom hjernen tilpasser seg lavere dose; du trenger bare å vente på at de skal begynne å avta. Følelser som kommer tilbake sitter ofte lengre i, og du må kanskje jobbe deg gjennom dem med aktiv innsats og erkjennelse. Det er umulig å skille sikkert mellom disse to forholdene, særlig når du tar i betraktning effekten av forventning og placebo. Hvis symptomene er mer enn du kan håndtere og altfor forstyrrende, så trapper du kanskje ned for fort. Vurder å øke dosen og trappe ned mer gradvis.

Hvis nedtrappingssymptomene stadig er utålelige, kan det være at du bestemmer deg for å fortsette med medikamentene på lang sikt. Kroppen din kan ha utviklet avhengighet, og risikoen for slik avhengighet øker dess lengre du har brukt medikamentet. Langvarig avhengighet er mer vanlig med paroxetin (blant annet Seroxat), benzodiazepiner og nevroleptiske antipsykotika. Fortsett med samme dose en stund, og behold fokus på det overordnede målet om å få til et bedre liv.

Jeg tror noen er overmedisinert, hva skal jeg gjøre?

Det hender folk ikke innser at de er overmedisinert, eller det kan være for vanskelig for dem å si ifra eller håpe på forandring. Og psykofarmaka kan være temmelig berusende, omtrent som folk som er for fulle til å skjønne at de er fulle. Kanskje legger du merke til skjelving, voldsomt søvnbehov, stiv kropp, dempede følelser, uro, alvorlig vektøkning, treghet, vansker med å tenke eller andre tegn på overmedisinering hos andre. Ikke bare anta at legen tar seg av dette. *Vær en aktiv tilskuer.* Bekreft at du respekterer personens avgjørelser, og ta spørsmålet forsiktig opp. Ikke kom med vurderinger eller konklusjoner, men hold deg til hva du har lagt merke til, og spør om personen også har lagt merke til det. Spør om de har fortalt det til legen sin, og hva de fikk til svar. Kanskje passer det å snakke sammen om fordeler og risiko ved de medisinalgene han eller hun har tatt. Hvis han eller hun er veldig tilbaketrukket eller passiv, kan du vurdere å ta opp temaet med venner, familie, eller ansatte de har rundt seg. Ikke la din egen oppfatning

eller redsel komme i veien – du vet ikke hvordan de har det – men involver deg, og bli trygg på at du får formidlet det du har lagt merke til. Det kan ta tid før personen får til forandring. Bare husk at folks selvbestemmelse ikke bør bli en unnskyldning for å ignorere situasjonen deres. Hjelp personen å få støtte til å tale sin egen sak, og minn dem på at det finnes alternativer.

Se framover

Når du lider kan diagnose og medikamenter havne i sentrum for identiteten din. I noen perioder kan det være livsviktig å fokusere på hvordan du har det psykisk. Men det kommer også til et punkt hvor vi må finne tilbake til samfunnet rundt oss, og fokusere på våre styrker, talenter og positive bidrag. Mens du jobber med forholdet til psykofarmaka, kan du også spørre deg selv: Hvordan forstyrret denne krisen livet mitt, og hva ønsker jeg å få tilbake? Hva er framtidsplanene mine? I hvilken retning går drømmene mine? Hva kan jeg bidra med for andre? Det du har gjennomlevd er verdifulle erfaringer, så du kan vurdere å dele erfaringene med andre. Kanskje vil du skrive ned eller filme noe fra din historie, for å avslutte et kapittel i livet og begynne et nytt?

Du kan feire at du har skaffet deg mer makt i eget liv, enten du reduserer eller slutter helt med psykofarmaka, eller bare fokuserer på å oppleve mer kontroll. Å være menneske er ikke å leve uten motgang eller arr; det handler om å følge og uttrykke det som dypest sett er sant for deg. Selv om du har en diagnose, tar medisiner eller har gjennomlevd kriser, er du fortsatt et helt og likeverdig menneske. Det du har vært gjennom har gjort deg til den du er i dag, ja, det kan til og med ha gjort deg klokere.

Spesielle forhold

Medikamenter som mikstur eller spesialdoseringer

Å bytte fra piller til samme medikament i miksturform gjør det mulig å redusere dosen mer gradvis. Spør på apoteket; for noen medikamenter finnes i miksturer av ulik styrke.

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, men legemiddelverkets nettsider peker på flere typer risiko ved privat nettimport. På direkte spørsmål i 2010 har norske sykehusapotek oppgitt at de ikke spesialblander pilledoseringer som kan brukes til gradvis nedtrapping.

Noen piller kan løses opp i vann, og en pillekutter (pill cutter) eller tablettdelel hjelper deg med å dele pillene mer nøyaktig enn med kniv eller for hånd. Noen piller har en tidsmekanisme og andre kan ikke kuttes av andre grunner. Spør på apoteket.

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. Nedtrapingsreaksjonene blir ofte vanskeligere når du trapper ned et medikament med kort halveringstid. Derfor kan det være en fordel å bytte til en likeverdig dose fra et medikament fra samme gruppe, men som har lengre halveringstid før du trapper ned. På den måten tar du samme dose, men den går saktere ut av kroppen. Spør lege om råd.

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 trend som henger sammen med at legemiddelprodusenter er ivrige etter å markedsføre 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. I motsetning til voksne har ikke barn juridisk rett til å nekte å ta medikamenter. Barnas hjerne og kropp er i endring og utvikling, og ekstra sårbar. 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. 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. En slik status kan gi livslangt stigma og skape forventninger som barnet ikke klarer å endre.

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. Barnets problemer kan altså reflektere familiens problemer.

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 lære gjennom prøving og feiling: Møte foreldrenes behov, jobbe med familiekonflikter og endre barnas omgivelser og livsbetingelser. Selv om familier opplever ulike former for press og belastning utenfra, er det dokumentert at foreldretrening og familierapi er effektivt. Også diett, trening, søvn og naturopplevelser hjelper mange.

Søksmål

Hvis du har tatt psykofarmaka og opplevd negative effekter, inkludert problemer med nedtrapping, kan du anlegge sak mot legemiddelfirmaet om at de ikke har handlet riktig. Dette gjelder særlig ved nyere medikamenter. I USA er slike erstatningssøksmål langt vanligere enn i Norge, og tusenvis av mennesker er til sammen tilkjent milliarder av dollar i erstatning. I Norge kan man kreve erstatning fra Norsk pasientskadeerstatning ved bivirkninger og det er særlig leverskader og muskelforstyrrelser det hittil har vært gitt erstatning for.

Nye medikamenter i framtida

Legemiddelprodusentene planlegger å lansere mange nye medikamenter i framtida. De vil ofte bli markedsført som forbedringer av de gamle medikamentene.

Historien gir grunn til skepsis overfor slike fortellinger om innovasjon og forbedring. Flere ganger har det kommet "nye og bedre" medikamenter. Etter hvert dukker det opp alvorlige problemer og giftige effekter. Så blir det avslørt lurei 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. De atypiske (nyere) antipsykotika er et typisk eksempel.

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

Lansering av nye medikamenter nærmer seg sosial eksperimentering. Det er stor fare for negative bivirkninger og misbruk. I likhet med tidligere eksempler vil trolig nye påstander om mirakelkurer gi nye etterfølgende skandaler.

Pasientvalg og aldri skade-prinsippet

Leger har ansvar for å samarbeide med pasienten og respektere deres valg av behandling. Samtidig er de bundet av prinsippet om aldri å skade. Dette betyr at ved tegn på overmedisinering, negative virkninger som ikke oppveies av positive, eller hvis en pasient vil ha medikamenter som er farlige eller bidrar til avhengighet, så kan ikke legen bare følge dette. De skal

informere pasientene om hvorfor de er uenige på et medisinsk-etisk grunnlag, og jobbe for å finne brukbare alternativer. Hvis ikke vil respekt for pasientens valg bli en unnskyldning for å se bort fra pasientens reelle behov.

”Innsikt” og tvangsmedisinering

Noen ganger tvinger psykisk helsevern mennesker til å ta medikamenter mot sin vilje. Tvangsmedisinering begrunnes med at man mangler innsikt eller ikke kan ta vare på seg selv eller at man kan skade seg selv eller andre. I praksis er begreper som ”innsikt” og ”til fare for selv eller andre” eller ”vesentlig bedring/forverring” uklare og subjektive. Tvangsmedisinering kan avhenge like mye av hvilken lege som vurderer, hvilket sykehus du er innlagt ved, eller til og med hva foreldrene dine mener er best, som av et objektivt innhold i kriteriene for tvang. 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 krenkende og undertrykkende for mange. Reaksjoner fra brukerorganisasjoner og aktivister har bidratt til økt oppmerksomhet om at medikamenter og tvang kan skade, og det er nå krav om at 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 forverrer ofte situasjonen, skaper frykt, unngåelse og traumatisering. Det undergraver virksomme relasjoner, bryter med menneskerettigheter og rett til selvbestemmelse over eget sinn, bevissthet og selvbilde. Tvangsmedisinering og innesperring ut fra risiko innebærer at man nektes frihet på grunn av at vedtaksansvarlige er redd for noe som de ikke kan forutsi i framtida. Noen føler seg hjulpet av tvangsinnleggelse og tvangsmedisinering. Likevel er risikoen for misbruk og krenkelse av rettigheter altfor høy, særlig når aktuelle frivillige tilnærminger ikke engang blir forsøkt. Og vi trenger alternativer til den fellen som handler om ”enten maktbruk eller ingenting”.

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 stemple andre med medisinske diagnoser og ta fra dem grunnleggende rettigheter. *Mennesker vokser gjennom å lære ved prøving og feiling.* Selv mennesker som har problemer og treffer dårlige beslutninger trenger samme mulighet som alle andre til å oppdage og lære på egenhånd. Det som noen vurderer som selvdestruktive handlinger, kan for andre være

den beste mulige mestringsmåten, for eksempel i lys av andre problemer man også har for øyeblikket. Da kan tvungen behandling bli mer skadelig enn "selvdestruktiv" atferd. Både åndelige bevissthetstilstander, særegne meninger, konflikter med manipulerende eller misbrukende familiemedlemmer, og traumereaksjoner kan bli vurdert som "manglende innsikt", men trenger snarere å bli lyttet til enn å bli omgjort til sykdom.

Folk trenger hjelp, men hjelpen bør jo ikke skade. Hjelp må baseres på hva personen selv mener er hjelp, og ikke hva andre bestemmer for dem. 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. Vi trenger også lokalsamfunn der menneskene tar mer ansvar for å gi hverandre omsorg.

Når noen strever med å kommunisere trenger de talspersoner som kan bygge bro mellom galskap og vanlig virkelighet. Når noen trenger hjelp virker vanligvis mildhet, fleksibilitet, tålmodighet og forståelse best. Tvangsmedisinering hevdes ofte å være til pasientens beste, men lager man en forhåndserklæring eller kriseplaner kan personen selv gjøre klart hva man vil og ikke vil i en eventuell framtidig krise. Forhåndserklæringer er som et livstestamente for kriser der det blir vanskelig å kommunisere: Der gir du instruksjoner om hva du ønsker, hvem som skal kontaktes, og hva slags behandling du ønsker, eller om du eventuelt vil være i fred.

Forhåndserklæringer er ikke juridisk bindende, selv om deler av brukerbevegelsen arbeider for det. Noen ganger kan de likevel bli tillagt vekt i hvordan man blir behandlet.

Nytt syn på hva som er "normalt"

Hvordan definerer man normal? Nye forskningsfunn er i tråd med skadereduksjonsprinsippet; det er ikke alltid best å kvitte seg med alt som sees som "symptomer". Man bør ikke hengi seg til galskap eller romantisere det. Men husk at mange mennesker hører stemmer og lærer seg å leve med stemmene, og selvmordstanker er vanligere enn vi ofte tror og kan vise behov for livsendringer. Depresjon kan være en del av en kreativ prosess. Noen ganger er paranoia et budskap om misbruk eller viser at man er følsom for non-verbal kommunikasjon; selvskading er ofte en måte å mestre overveldende traumer. Mange verdensreligioner er åpne for at universet kan sende budskap eller snakke til deg. Maniske tilstander kan gi flukt fra umulige omgivelser, og bringe dyp åndelig innsikt. Når man forelsker seg, føles det ofte som om man blir gal.

Dette er uvanlige og mystiske erfaringer, men kan de ikke inkluderes i menneskehetens *mentale mangfold*, i stedet for å dempes med kraftige medikamenter? Kanskje er det verdt å utforske hva som er meningen og formålet med slike opplevelser? Som med andre utfordringer i menneskelivet, kan det være at også disse utfordringene gir oss muligheter til å vokse og endre hvem vi er.

Rundt i verden er det mange kulturer som ser større bedring fra ekstreme tilstander, når de ønsker disse velkommen, i stedet for å støte menneskene ut. Alle samfunn burde finne et sted for enhver som opplever galskap. For å redefinere det normale, trenger samfunnet å snakke mer åpent om emosjonell lidelse og grensene for psykiatrisk behandling. Å stå fram med vårt mentale mangfold kan bidra til sosiale endringer.

Ressurser

Ser du etter informasjon om psykiske lidelser og medikamenter? Bruk kildene og referansene som vi brukte for å skrive denne veilederen.

Gratis nedlasting og oversettelser

Denne veilederen har en Creative Commons-lisens, og er gratis tilgjengelig for nedlasting på flere språk. Du har forhåndstillatelse til å skrive ut, kopiere, dele, lenke til og gi bort så mange kopier du vil, så lenge du ikke endrer innholdet eller prøver å tjene penger på det.

Nøkkelressurser

MIND "Making Sense of Coming Off Psychiatric Drugs"
<http://bit.ly/yPjusy>

Recent Advances in Understanding Mental Illness and Psychotic Experiences British Psychological Society Division of Clinical Psychology
www.bps.org.uk
www.freedom-center.org/pdf/britishpsychologicalsocietyrecentadvances.pdf

Coming Off Psychiatric Drugs: Successful Withdrawal from Neuroleptics, Antidepressants, Lithium, Carbamazepine and Tranquilizers
Peter Lehmann, ed. www.peter-lehmann-publishing.com

Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs, and the Astonishing Rise of Mental Illness in America
by Robert Whitaker, Crown Books 2010.

Beyond Meds website
www.beyondmeds.com

"Addressing non-adherence to antipsychotic medication: a harm-reduction approach"
by Matthew Aldridge, Journal of Psychiatric Mental Health Nursing, Feb, 2012 <http://bit.ly/wbUA6A>

Coming Off Psychiatric Drugs: A Harm Reduction Approach - video with Will Hall
<http://bit.ly/zAMTRF>

Psychiatric Drug Withdrawal: A Guide for Prescribers, Therapists, Patients and their Families
by Peter Breggin, Springer Publishing, 2012.

Støtte for å kutte eller trappe ned medikamenter

Alternative Therapies for Bipolar
<http://health.groups.yahoo.com/group/ALT-therapies4bipolar/>

Antidepressant Solution: A Step-By Step guide to Safely Overcoming Antidepressant Withdrawal, Dependence, and 'Addiction'
by Joseph Glenmullen Free Press, 2006

Benzo Buddies
www.benzobuddies.org

Benzodiazepines: Co-operation Not Confrontation
www.bcnc.org.uk

Benzodiazepenes: How They Work and How To Withdraw (The Ashton Manual)
by C. Heather Ashton

Benzo.org
www.benzo.org.uk

Benzo Withdrawal Forum
<http://benzowithdrawal.com/forum/>

Benzo-Wise: A Recovery Companion
V. Baylissa Frederick 2009, Campanile Publishing

Bristol & District Tranquilliser Project
www.btpinfo.org.uk/

Coming Off Psychiatric Drugs
www.comingoff.com

Council for information on Tranquilizers, Antidepressants, and Painkillers
www.citawithdrawal.org.uk/

Doing Without Drugs: A Guide for Non-Users and Users 1991
Sylvia Caras, www.peoplewho.org/documents/doingwithoutdrugs.htm

Effexor Activist
<http://theeffexoractivist.org/>

Halting SSRI's
David Healy www.mind.org.uk/NR/rdon-lyres/59D68F19-F69C-4613-BD40-A0D-8B38D1410/0/DavidHealyHaltingSSRIs.pdf

Med Free Or Working on It
<http://medfree.socialgo.com/>

MIND Making Sense of Coming Off Psychiatric Drugs
<http://bit.ly/yPjusy>

Paxil and Withdrawal FAQ
www.paxilprogress.org/

Protocol for the Withdrawal of SSRI Antidepressants
David Healy www.benzo.org.uk/healy.htm

Psychiatric Drug Withdrawal Primer
Monica Cassani <http://bipolarblast.wordpress.com/2009/09/22/psychiatric-drug-withdrawal-primer/>

Recovery Road – tranquilizer and antidepressant dependency
<http://recovery-road.org/>

Schizophrenia & Natural Remedies Withdrawing Safely from Psychiatric Drugs
Dr Maureen B. Roberts www.jungcircle.com/schiznatural.htm

Surviving Antidepressants
<http://survivingantidepressants.org/>

The Icarus Project drug withdrawal forum
www.theicarusproject.net/forums/coming-offmeds

Tranquilizer Recovery and Awareness Place
www.non-benzodiazepines.org.uk/benzo-faq.html

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

Peter Breggin and David Cohen Harper-Collins Publishers, 2007

Medisinske ressurser

Advice On Medications

by Rufus May and Philip Thomas
<http://www.hearing-voices.org/resources/>

Critical Thinking RX
www.criticalthinkrx.org

Depression Expression: Raising Questions About Antidepressants
www.greenspiration.org

"Drug Companies and Doctors: a Story of Corruption"

Marcia Angell, New York Review of Books, 2009

"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

The Heart and Soul of Change
<https://heartandsoulofchange.com/content/resources/>

"How do psychiatric drugs work?"

Joanna Moncrieff and David Cohen British Medical Journal 2009; 338 www.mental-health.freeuk.com/howwork.pdf

MIND "Coping With Coming Off" Study
www.mind.org.uk/help/information_and_advice, www.portland-hearingvoices.net/files/MINDUKCopingWithComingOffPsychiatricDrugs2005.pdf

My Self Management Guide to Psychiatric Medications

Association des Groupes d'Intervention en Defense des Droits en Sante Mentale du Quebec

Peer Statement on Medication Optimization and Alternatives
<http://bit.ly/h1T3Fk>

Take These Broken Wings: Recovery From Schizo-phrenia without Medication - film
<http://wildtruth.net/dvd/brokenwings/>

Practice Recovery
www.practicerecovery.com

Generelle ressurser

Alliance for Human Research Protection
<http://ahrp.blogspot.com/>

Alternatives Beyond Psychiatry
edited by Peter Stastny and Peter Lehmann
www.peter-lehmann-publishing.com/books/without.htm

Daniel Mackler
www.iraesoul.com/

Manufacturing Depression: The Secret History of a Modern Disease
by Gary Greenberg, Simon & Schuster 2010
<http://www.garygreenbergeronline.com/>

Harm Reduction Coalition
www.harmreduction.org

Hearing Voices Network
www.intervoiceonline.org ; www.hearing-voices.org

Hearing Voices Network USA
www.hearingvoicesusa.org

The Heart and Soul of Change, Second Edition: Delivering What Works in Therapy.
Duncan, Barry et. al, eds. American Psychological Association, 2009.

Law Project for Psychiatric Rights
www.psychrights.org

International Network Towards Alternatives and Recovery
www.intar.org

Philip Dawdy
www.furiousseasons.com

Pat Deegan
www.patdeegan.com

Emotional CPR
www.emotional-cpr.org/

Factsheets and Booklets
by MIND UK
<http://www.mind.org.uk/information-support/>

Foundation for Excellence in Mental Health Care
www.femhc.org

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

Mad In America
www.madinamerica.com

Madness Radio: Voices and Visions From Outside Mental Health
www.madnessradio.com

MIND National Association for Mental Health (UK)
www.mind.org.uk

The Mood Cure: The 4-Step Program to Rebalance Your Emotional Chemistry and Rediscover Your Natural Sense of Well-Being
by Julia Ross, Viking Adult publishers, 2002.

National Coaliton for Mental Health Recovery
www.ncmhr.org/

National Resource Center on Psychiatric Advance Directives
www.nrc-pad.org

Open Dialogue
www.dialogicpractice.net

Peter Lehmann Publishing
www.peter-lehmann-publishing.com

Portland Hearing Voices
www.portlandhearingvoices.net

Recent advances in Understanding Mental Illness and Psychotic Experiences: A Report by The British Psychological Society Division of Clinical Psychology
<http://www.freedom-center.org/pdf/britishpsychologicalsocietyrecentadvances.pdf>

Ron Unger
<http://recoveryfromschizophrenia.org/>

Self-Injurer's Bill Of Rights
www.selfinjury.org/docs/brights.html

Soteria Associates
www.moshersoteria.com

Soteria Alaska
<http://soteria-alaska.com/>

Trauma and Recovery The Aftermath of Violence--from Domestic Abuse to Political Terror
by Judith Herman, Basic Books, 1997

Universal Declaration of Mental Rights and Freedoms
www.adbusters.org

Venus Rising Association for Transformation
www.shamanicbreathwork.org

Voices of the Heart
www.voicesoftheheart.net/

Healing Schizophrenia: Using Medication Wisely
by John Watkins, Michelle Anderson
Publishing 2006.

Wellness Recovery Action Plan
by Mary Ellen Copeland
www.mentalhealthrecovery.com

Will Hall
www.willhall.net

Vitenskapelige studier

"Are Bad Sleeping Habits Driving Us Mad?"
Emma Young, New Scientist, 18 February 2009

"Are Schizophrenia Drugs Always Needed?"
Benedict Carey, The New York Times, March 21, 2006
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). Cited in "Leading Drugs for Psychosis Come Under New Scrutiny" Erica Goode, The New York Times, May 20, 2003

"Illness Risk Following Rapid Versus Gradual Discontinuation of Antidepressants"
RJ Baldessarini, American Journal of Psychiatry, 167:934-941, 2010

"Effects of the Rate of Discontinuing Lithium Maintenance Treatment in Bipolar

Disorders”

RJ Baldessarini, Journal of Clinical Psychiatry 57:441-8, 1996

“The Diagnosis and Management of Benzodiazepine Dependence”

Heather Ashton, Current Opinion in Psychiatry 18(3):249-255, May 2005

“Brain Volume Changes After Withdrawal of Atypical Antipsychotics in Patients with First-episode Schizophrenia”

G. Boonstra, et al., J Clin Psychopharmacol. Apr;31(2):146-53 2011

“The Case Against Antipsychotic Drugs: a 50 Year Record of Doing More Harm Than Good”

Robert Whitaker, Med Hypotheses. 62: 5-13 2004

“Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications.”

J. Read, et al., Acta Psychiatr Scand 2005

Drug-Induced Dementia: A Perfect Crime.
Grace E. Jackson MD, AuthorHouse 2009

“The Emperor’s New Drugs: An Analysis of Anti-depressant Medication Data Submitted to the U.S. Food and Drug Administration”

by Irving Kirsch, et. al. Prevention & Treatment. July; 5(1) 2002

“Is Active Psychosis Neurotoxic?”

T. H. McGlashan Schizophrenia Bulletin vol. 32 no. 2006

“Factors Involved in Outcome and Recovery in Schizophrenia Patients Not on Anti-psychotic Medications: A 15-Year Multifollow-Up Study”

Martin Harrow and Thomas H. Jobe, Journal of Nervous & Mental Disease. 195(5):406-414 May 2007

[http://psychrights.org/Research/Digest/NLPs/ OutcomeFactors.pdf](http://psychrights.org/Research/Digest/NLPs/OutcomeFactors.pdf)

“Empirical correction of seven myths about schizophrenia with implications for treatment.”

C. Harding Acta Psychiatrica Scandinavica 384, suppl., 14-16, 1994 <http://psychrights.org/research/Digest/Chronicity/myths.pdf>

“The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, I. Methodology, study sample, and overall status 32 years later.”

C.M. Harding, et al. American Journal of Psychiatry. 144: 718-28., 1987

“Initiation and Adaptation: a Paradigm for Understanding Psychotropic Drug Action”

SE Hyman and EJ Nestler Am J Psychiatry, 153:151-162, 1996

“Is it Prozac, Or Placebo?”

by Gary Greenberg Mother Jones. 2003; <http://bit.ly/MDUbQl>

“The Latest Mania: Selling Bipolar Disorder”

David Healy PLoS Medicine. Vol. 3, No. 4, e185

“Long-term Antipsychotic Treatment and Brain Volumes”

Beng-Choon Ho, et al. Arch Gen Psychiatry. 68, 2011

"Long-Term Follow-Up Studies of Schizophrenia"

by Brian Koehler

http://isps-us.org/koehler/longterm_followup.htm

MIND Coping With Coming Off Study.

www.mind.org.uk/NR/rdonlyres/BF6D3FC0-4866-43B5-8BCA-B3EE10202326/3331/CWCOREportweb.pdf or <http://snipurl.com/MINDComingOff-Study>

"Rethinking Models of Psychotropic Drug Action".

J. Moncreiff and D.Cohen, *Psychotherapy and Psychosomatics* 74:145-153, 2005

The Myth of the Chemical Cure.

Joanna Moncreiff, Palgrave Macmillan, 2008.

"Needed: Critical Thinking About Psychiatric Medications".

David Cohen, Ph.D www.ahrp.org/about/CohenPsychMed0504.pdf

"Gradual, 10% Dose Reductions Dramatically Reduce Antidepressant Discontinuation Symptoms: Presentation at the Canadian Psychiatric Association".

Alison Palkhivala, Nov. 2007 <http://www.docguide.com/gradual-10-dose-reductions-dramatically-reduce-antidepressant-discontinuation-symptoms-presented-cpa>

"Paper In New 'Psychosis' Journal Shows Many Patients Do Better Without Psychiatric Drugs".

Medical News Today Mar 2009

"Physical Illness Manifesting as Psychiatric Disease. Analysis of a State Hospital Inpatient Population".

Hall RC, et. al. *Arch Gen Psychiatry.* Sep;37(9):989-95. 1980

"Predictors of Antipsychotic Withdrawal or Dose Reduction in a Randomized Controlled Trial of Provider Education".

Meador KG, *J Am Geriatr Soc.* Feb;45(2):207-10. 1997

"Prevalence of Celiac Disease and Gluten Sensitivity in the United States Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness Study Population".

Nicola G. Cascella. et al. *Schizophr Bull* doi: 10.1093/schbul/sbp055 2009

Evelyn Pringle

www.opednews.com/author/author58.html

Psychiatric Drugs

Dr. Caligari, 1984

"Psychiatric Drugs as Agents of Trauma".

Charles L. Whitfield, *The International Journal of Risk & Safety in Medicine* 22 (2010)

"Psychiatric Drug Promotion and the Politics of Neoliberalism".

By Joanna Moncreiff. *The British Journal of Psychiatry.* 2006; 188: 301-302. Doi: 10.1192/bjp.188.4.301

"Psychosocial Treatment, Antipsychotic Postponement, and Low-dose Medication Strategies in First Episode Psychosis".

Bola, J. R., Lehtinen, K., Cullberg, J., & Ciompi, L. (2009) *Psychosis: Psychological, social and integrative approaches*, 1(1), 4-18

"Are There Schizophrenics for Whom Drugs May be Unnecessary or Contraindicated?"

M. Rappaport, International Pharmacopsychiatry 13, 100-11, 1978

"Prejudice and Schizophrenia: a Review of the "Mental Illness is an Illness Like Any Other" Approach",

Read, John et al.

www.vermontrecovery.com/files/

[Download/foramanda.pdf](#)

Rethinking Psychiatric Drugs: A Guide for Informed Consent,

Grace Jackson, AuthorHouse Publishing, 2009

"Review of The First Episode of Psychosis: A Guide for Patients and Their Families",

by Compton, M.T. and Broussard, B. (2009, Oxford University Press). Best Practices in Mental Health: An International Journal , 6(2), 138-142. Bola, J. R. & Hall, W. (2010)

"Five-year experience of first-episode nonaffective psychosis in open-dialogue approach: Treatment principles, follow-up outcomes, and two case studies"

Seikkula, J, Psychotherapy Research 16(2): 214-228, 2006

"Schizophrenia, Neuroleptic Medication, and Mortality"

Joumkaa, M., et. al(2006) British Journal of Psychiatry, 188, 122-127, <http://bit.ly/KIGxyu>

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

"Pay Attention: Ritalin Acts Much Like Cocaine"

Vastag, B. 2001. Journal of American Medical Association, 286, 905-906

"Clinical Risk Following Abrupt and Gradual Withdrawal of Maintenance Neuroleptic Treatment"

Viguera, AC, Arch Gen Psych.54:49-55, 1997

"Withdrawal Syndromes Associated with Antipsychotic Drugs"

G Gardos, et al. Am J Psychiatry 1978; 135

Medisinske og helsefaglige rådgivere

De følgende helsearbeiderne har erfaringer med å hjelpe mennesker å slutte med psyko-farmaka. De er ikke medforfattere, men gjennomgikk denne guiden og vurderte om den var nyttig, og vi takker for dette bidraget:

Ed Altwies PsyD

David Anick MD, PhD

Marino Center for Integrative Health

Ron Bassman, PhD

Author, *A Fight To Be: A Psychologist's Experience from Both Sides of the Locked Door*

Alexander Bingham, PsyD

Patrick Bracken, MD

Co-author, *Post-Psychiatry, Mental Health in a Postmodern World*

Christopher Camilleri, MD

Los Angeles County Department of Mental Health

Michael Cornwall, PhD

David Cohen, PhD

Co-author, *Your Drug May Be Your Problem*

Celine Cyr

Gaining Autonomy with Medication

Patricia Deegan, PhD

CommonGround

Jacqui Dillon

Hearing Voices Network UK

Kelley Eden, MS, ND

Neil Falk, MD

Cascadia Behavioral Healthcare

Daniel Fisher, MD

National Empowerment Center

Mark Foster, MD

Clear Minds

Chris Gordon, MD

Massachusetts General Hospital

Jen Gouvea, PhD, MSW

Engaged Heart Flower Essences

Mark Green MD

Westbridge Community Service

Nazlim Hagmann, MD

Will Hall, MA, DiplPW

Portland Hearing Voices

Lee Hurter

NADA Certified Acupuncturist

Gianna Kali

Publisher, Beyond Meds website

Peter Lehmann	Editor, Coming off Psychiatric Drugs: Successful Withdrawal from Neuroleptics, Antidepressants, Lithium, Carbamazepine and Tranquilizers
Bruce Levine, PhD	Author, Surviving America's Depression Epidemic: How to Find Morale, Energy, and Community in a World Gone Crazy
Bradley Lewis, MD, PhD	Author, Narrative Psychiatry
Krista Mackinnon	Family Outreach and Response Program
Daniel Mackler, LCSW	Director, Take These Broken Wings
Rufus May, Dclin	Evolving Minds Bradford, UK
Elissa Mendenhall, ND	
Renee Mendez, RN	Windhorse Associates
Dawn Menken, PhD	Process Work Institute
Arnold Mindell, PhD	Author, ProcessMind: A User's Guide to Connecting with the Mind of God
Joanna Moncrieff, MD	Author, The Myth of the Chemical Cure: A Critique of Psychiatric Drug Treatment
Pierre Morin, MD, PhD	Lutheran Community Services
Matthew Morrissey, MFT	Co-Editor, Way Out Of Madness: Dealing With Your Family After You've Been Diagnosed With A Psychiatric Disorder
Sharna Olfman, PhD	Author, Bipolar Children: Cutting-Edge Controversy, Insights, and Research
Catherine Penney, RN	Dante's Cure: A Journey Out of Madness
Maxine Radcliffe, RN	Action Medics
Myriam Rahman, MA, DiplPW	Portland Hearing Voices
Lloyd Ross, PhD	
Judith Schreiber, LCSW	Soteria Associates
Michael Smith, MD, Licensed Acupuncturist	National Acupuncture Detoxification Association
Susan Smith, Intrinsic Coach	Proactive Planning
Claudia Sperber	Licensed Acupuncturist

Linda Star Wolf	Venus Rising Association for Transformation
Peter Stastny, MD	International Network Towards Alternatives for Recovery
Ted Sundlin, MD	Jefferson Behavioral Health
Philip Thomas, MD	Co-author, Post-Psychiatry, Mental Health in a Postmodern World
Krista Tricarico, ND	
Toby Watson, PsyD	Associated Psychological Health Services
Barbara Weinberg, RN,	Licensed Acupuncturist
Charles Whitfield, MD	Author, Not Crazy: You May Not Be Mentally Ill
Damon Williams, RN, PMHNP-BC	Laughing Heart LLC

Erfaringskompetanse er av ADHD Norge gjort kjent med at vår oversettelse av en brukerutviklet guide har bidratt til å skremme mennesker med en ADHD diagnose fra å ta gode valg vedr medikamenter. Dette har ikke vært hensikten, og vi beklager den skade enkelte sitater på sidene 25 og 43 har forårsaket for enkeltmennesker. Intensjonen med å oversette veilederen har tvert om vært å kunne gi hjelp til enkeltmennesker som vurderer å slutte med medikamenter til å balansere så godt som mulig mellom problemer og ulemper knyttet både til å fortsette med, trappe ned eller slutte med medikamenter. Denne veilederen er primært skrevet av hensyn til mennesker som vurderer å redusere eller slutte med psykofarmaka, men også ADHD-medikamenter er nevnt ved et par anledninger. Vi ønsker med dette å understreke vår respekt for at medisin kan være et nødvendig bidrag til å fungere i hverdagen.

Erfaringskompetanses mål er å bidra til at personer med psykiske helseutfordringer får balansert kunnskap for å kunne ta riktige valg i forhold til medisiner. Bivirkninger er tilstede ved bruk av medikamenter, samtidig kan nettopp medisiner være et godt bidrag til at den gruppen ADHD Norge representerer, gis mulighet til å delta i samfunnet og leve gode liv.

ADHD Norge sitt brev til Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse (Erfaringskompetanse) kan leses i sin helhet via lenken:

<http://www.erfaringskompetanse.no/bibliotek/publikasjoner/brev-fra-adhd-norge>

Dette er en oversettelse av en amerikansk veileder for mennesker som vurderer å trappe ned og slutte med psykofarmaka. Originalen ble utviklet som et forsøk på å samle den beste kunnskapen, informasjonen og erfaringer om å trappe ned psykofarmaka fra The Icarus Project and Freedom Center. Meningen med veilederen er ikke å overtale mennesker til å slutte med psykofarmaka, men å informere enkeltmennesker om hvilke muligheter og utfordringer de kan møte hvis de ønsker å trappe ned eller slutte.

Mange opplever at informasjon om og holdninger til psykofarmaka er polarisert mellom de som argumenterer sterkt for og de som argumenterer sterkt 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. Vi presenterer ideer og muligheter for alle disse tre gruppene.

En del mennesker vurderer at psykofarmaka hjelper, og fortsetter å bruke det: Selv om det er risiko ved fortsatt bruk, kan det være det beste i noen situasjoner. Men psykofarmaka kan også skade, og for andre skaper medikamenter problemer og skader 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 temaet er å trappe ned eller slutte med psykofarmaka. Vi trenger ærlig informasjon som kan gi bredere diskusjoner om psykofarmaka. Vi håper denne veilederen bidrar til at enkeltmennesker stoler på egne vurderinger og gir hverandre bedre omsorg.

www.theicarusproject.net

www.freedom-center.org

www.erfaringskompetanse.no

2. utgave, revidert og utvidet



erfaringskompetanse.no

KONTAKT OSS

Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen
psykisk helse

PB 298 Sentrum

3701 Skien

post@erfaringskompetanse.no

www.erfaringskompetanse.no



erfaringskompetanse.no 2014:1

ISBN 978-82-93171-25-6

ISSN 1891-6503

9 788293 171249