

En sikker vej ud af psykofarmaka

Udgivet af LAP, Landsforeningen af nuværende og tidligere Psykiatribrugere
i samarbejde med Stemmehørernetværket i Danmark



Denne guide sammenstiller den bedste information, vi har fundet, og lektioner, vi har lært i Icarus projektet og på Freedom Center. Den har ikke til hensigt at overbevise nogen om at stoppe med psykofarmaka, men har i stedet til formål at oplyse folk om deres muligheder, hvis de beslutter sig for at udforske, hvordan man holder op.

I en kultur, der er polariseret mellem for-medicin propagandaen fra medicinalindustrien på den ene side og nogle aktivisters anti-medicinske dagsorden på den anden side, tilbyder vi en tilgang om skadesreduktion for at hjælpe folk med at træffe deres egne beslutninger. Vi præsenterer også ideer og information for mennesker, der beslutter at fortsætte med eller skære ned på deres medicinforbrug.

Mange mennesker finder psykofarmaka nyttige og vælger at fortsætte med at tage dem: selv med de risici, det indebærer, kan det være en bedre mulighed under den aktuelle situation og givne omstændigheder. Samtidig kan psykofarmaka indebære store farer og sommetider gøre forfærdelig skade, ja endda blive til et større problem end de forhold, de blev ordineret til at behandle. Alt for ofte bliver mennesker, der har brug for hjælp til at stoppe med psykofarmaka, efterladt uden nogen form for vejledning, og det at træffe beslutninger om medicinering kan føles som at finde vej gennem en labyrinth. Vi har brug for ærlig information, som udvider diskussionen, og vi håber at denne guide vil hjælpe folk med at stole mere på sig selv og tage sig bedre af hinanden.

www.theicarusproject.net **www.freedom-center.org**

ISBN: 978-87-991411-6-6



Landsforeningen
Af nuværende og tidligere
Psykiatribrugere



Oversat fra engelsk af Marian B. Goldstein, Olga Runciman og Karl Bach Jensen
efter Harm Reduction Guide to Coming Off Psychiatric Drugs, 2. reviderede og udvidede udgave.

Teknisk ansvarlig: Hanne Wiingaard.

Tryk: npc'grafikom

ISBN: 978-87-991411-6-6

Udgivet 2014 af:

LAP, Landsforeningen af nuværende og tidligere Psykiatribrugere (www.lap.dk)
i samarbejde med Stemmehørernetværket i Danmark (www.stemmehoerer.dk).

En sikker vej ud af psykofarmaka



Skrevet af Will Hall

Oprindeligt udgivet af The Icarus Project og Freedom Center, USA



The Icarus Project

www.theicarusproject.net · info@theicarusproject.net

The Icarus Project er et internetsamfund, et støtte-netværk af lokale grupper, og et medieprojekt, skabt af og for mennesker, der kæmper med gale talenter, almindeligvis betegnet som "psykiske sygdomme". Vi skaber en ny kultur og et nyt sprog, som klinger sammen med vores faktiske oplevelser af galskaben frem for at prøve at tilpasse vores liv konventionelle rammer.

freedom center

Freedom Center

www.freedom-center.org · info@freedom-center.org

Freedom Center er en prisbelønnet støtte-, interesse- og aktivistgruppe med basis i Western Massachusetts. Drevet af og for mennesker som er stemplet med psykiske forstyrrelser som bipolar lidelse, skizofreni og borderline, eller som oplever ekstreme sindstilstande, arbejder Freedom Center for adgang til holistiske alternativer, indfølelse hjælp og for at afskaffe tvangsbehandling i psykiatrien.

Første danske udgave, oversat efter den amerikanske anden udgave.

Skrevet af Will Hall. Oprindeligt udgivet af The Icarus Project og Freedom Center.

Vi ville glæde os over tilbagemeldinger og idéer til fremtidige versioner af denne guide.

Tak til: Ben Abelow, George Badillo, John Banister, Amy Bookbinder, Dave Burns, Kent Bye, Mick Byshe, Monica Cassani, Oryx Cohen, Colin, Mary Kate Connor, Laura Delano, Jacqui Dillon, Dionysia Dionysius, Marc Dinacola, Dianne Dragon, dreamer, Sascha Du Brul, Empties, Steve Fenwick, Marian B. Goldstein, 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, sundhedsprofessionelle rådgivere og mange andre samarbejdspartnere og allierede.

Forsideillustration: Ashley McNamara.

Kunstdesign: Carrie Bergman (første udgave); Seth Cadish, Ivana Klement og Cheryl Weigel (anden udgave).

Bidragende kunstnere: Fly, Gheena, Miss Led, Ashley McNamara, Erik Ruin, Janice Sorensen og Bec Young.

Oversat fra amerikansk efter: Harm Reduction Guide to Coming Off Psychiatric Drugs, anden udgave 2012

Denne guide er tilgængelig som gratis fil-download på Freedom Centers og Icarus Projects hjemmesider som online og klar til print version.



Creative commons copyright: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>.

Du kan frit udskrive, kopiere og distribuere med kildeangivelse, uden indholdsændringer og uden økonomisk gevinst. For anden brug kontakt os venligst.

Denne danske version af guiden kan bestilles hos:

LAP – Landsforeningen af nuværende og tidligere Psykiatribrugere

Store Glasvej 49, 5000 Odense C

Tlf.: 66194511; e-mail: lap@lap.dk

Guiden kan også downloades via foreningens hjemmeside: www.lap.dk

eller via Stemmehørernetværket i Danmarks hjemmeside: www.stemmehoerer.dk

Medicinsk ansvarsfraskrivelse:

Denne guide er skrevet i en ånd af gensidig hjælp og støtte. Den er ikke ment som medicinsk eller professionelt råd. Uanset at vi alle er forskellige, er psykofarmaka stærke medikamenter, og at stoppe med dem pludseligt eller uden hjælp kan sommetider være farligt.

Indhold

Forfatterens forord.....	5
Dansk forord.....	5
Indledning	6
Skadesreduktion i psykiatrien	7
Vigtige kilder til fortsat læring.....	9
Et kritisk syn på “psykisk sygdom” og psykiatrien	10
Verdenserklæring om mentale rettigheder og friheder	11
Hvor svært er det at trappe ud af psykofarmaka?.....	12
Udtrapningens politik	12
Denne guides principper.....	13
Hvordan virker psykofarmaka?	14
Retter psykofarmaka op på din hjerne kemi?	15
Hvem har skylden? Du selv? Din biologi? Eller ingen af delene?	17
Hvad gør medikamenterne ved din hjerne?.....	18
Hvorfor opfatter folk psykofarmaka som nyttige?	19
Fakta om psykofarmaka, du måske ikke kender til	20
Sundhedsrisici ved psykofarmaka	21
Hvad udtrapningen gør ved din hjerne og din krop.....	25
Hvorfor ønsker folk at stoppe med at tage psykofarmaka?	26
Skadesreduktion og fortsat indtagelse af psykofarmaka	27
Jeg vil gerne trappe ud af psykofarmaka, men min læge er imod. Hvad skal jeg gøre?	28
Før du starter udtrapningen	29
At arbejde med angsten.....	32
Periodisk anvendelse: at tage medicin af og til	32
Hvad er alternativerne til psykofarmaka?	33
Udtrapning: trin for trin.....	35
Hvad bør jeg gøre, hvis jeg tror, nogen er overmedicineret?	38
At se ind i fremtiden.....	39
Specielle overvejelser	40
Kilder	45
Redaktionelle rådgivere.....	53



Forfatterens forord

Det her er den guide, jeg ønsker, jeg havde haft, da jeg tog psyko-farmaka. Fontex hjalp mig et stykke tid, for siden at gøre mig manisk og selvmordstruet. Efter jeg holdt op med at tage Zoloft, var jeg syg i dagevis, mens behandlerne fortalte mig, at jeg bare lod som om. Sygeplejersker, der tog blodprøver for at se mit litiumniveau, forklarede mig aldrig, at det skete pga. stoffets giftighed, og jeg fik at vide, at både Navane og andre antipsykotika, som jeg tog for at nedtone mine vilde sindstilstande, var nødvendige pga. min defekte hjerne kemi. Jeg har brugt mange forskellige psyko-farmaka igennem flere år, men lægerne, som udskrev recepterne, fik mig aldrig til at føle mig myndig eller informeret. De forklarede ikke, hvordan midlerne virkede, diskuterede ikke ærligt de medfølgende risici, tilbød ingen alternativer eller hjælp til at holde op, når jeg ikke længere ønskede at tage dem. Informationer, jeg havde brug for, manglede, var utilstrækkelige eller forkerte. Da jeg langt om længe begyndte at lære måder til at få det bedre uden medicin, var det ikke ved hjælp af psykiatrien, men på trods af den.

En del af mig ønskede ikke at tage psyko-farmaka, imens en anden del af mig havde desperat brug for hjælp. Min situation var meget alvorlig - jeg havde flere selvmordsforsøg, hørte anklagende stemmer, var ekstremt mistroisk, havde bizarre oplevelser, gemte mig alene i min lejlighed og var ikke i stand til at tage vare på mig selv. Terapi havde ikke hjulpet, og ingen tilbød mig andre muligheder. Jeg blev presset til at skulle se mine problemer som "biologisk betingede" og medicinering som en "nødvendighed", i stedet for at se den som én ud af flere muligheder. I en periode så det ud til, at medicin var den eneste udvej. Det tog mig år at forstå, at svarene og håbet om at få det bedre faktisk lå i mig selv.

Da jeg endeligt forlod sygehusene, bostederne og herbergerne, som jeg havde opholdt mig på i næsten et år, begyndte jeg på min egen efterforskning. Jeg begyndte at bedømme mine muligheder mere omhyggeligt, ikke baseret på hvad misinformerede autoriteter fortalte mig, men på min egen research og læring. Denne udvikling førte til, at jeg var med til at grundlægge Freedom Center, en selvhjælpsgruppe i det vestlige Massachusetts der bringer folk sammen, som stiller de samme spørgsmål, jeg havde stillet.

Igennem Freedom Centeret fandt jeg ud af, at jeg var blevet nægtet en grundlæggende behandlingsmæssig ret: informeret samtykke,



fyldstgørende information om min diagnose og medicinen. Jeg forstod, at fejlbehandling, som den jeg havde været udsat for, var sædvanlig procedure i psykiatrien. Jeg fandt frem til forskning ignoreret af mainstream medierne, deriblandt studier gennemført af den britiske organisation MIND og British Psychological Society, der bekræftede mine oplevelser: de fleste behandlere er ikke bare uvidende om, hvordan man trapper ud af psyko-farmaka, men står endda ofte i vejen for patienterne og gør somme tider mere skade end gavn. Freedom Centeret førte mig til at arbejde med Icarus Projektet, og tilsammen har disse selvhjælpsgrupper hjulpet mange til at træffe kloge beslutninger – enten om at fortsætte med medicin, hvis den er til nytte, eller hvis ikke, om at undersøge muligheden for udtrapning. Mange af os lever uden psyko-farmaka, som lægerne fortalte os, at vi ville have brug for hele vores liv, og på trods af en skizoaffektiv- og skizofreni-diagnose, har jeg været medicinfri i mere end 15 år.

Denne guide samler de bedste informationer, vi har fundet frem til, og de vigtigste lektioner, vi har lært i Freedom Centeret og Icarus Projektet. Den er ikke perfekt, og jeg opfordrer jer til at bidrage med jeres egne oplevelser og research for fremtidige udgaver, men det er en guide, jeg håber, kan være til hjælp.

- Will Hall

DANSK FORORD

Det er med stor glæde at LAP i samarbejde med Stemmehørernetværket i Danmark kan præsentere **En Sikker Vej ud af Psyko-farmaka**. Den kommer på et højt aktuelt tidspunkt, hvor man på verdensplan er begyndt at sætte spørgsmålstegn ved især langtidsbehandling med psyko-farmaka. Dette hæfte er derfor vigtigt, da der kun findes meget lidt tilgængelig viden om at trappe ned eller endda helt ud af psyko-farmakologisk behandling. Derfor er vi stolte over, at vi kan præsentere **En Sikker Vej ud af Psyko-farmaka** som en hjælp til dem, der ønsker at vide mere med henblik på at trappe ned eller ud på en forsvarlig og fornuftig måde.

God fornøjelse!

Olga Runciman, formand for Stemmehørernetværket i Danmark, medlem af LAP's landsledelse. **Marian B. Goldstein**, oversætter og næstformand for Stemmehørernetværket i Danmark. **Karl Bach Jensen**, udviklingskonsulent i LAP. Samt øvrige medlemmer af LAP's arbejdsgruppe: "Psyko-farmaka, bivirkninger og dødsfald".

Indledning

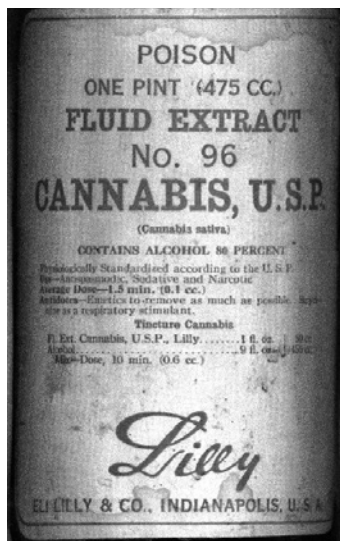
Vi lever i en verden der,
når det kommer til stoffer,
er temmelig skør.

På den ene side er der krigen mod narkotika, der holder visse stoffer illegale, overbefolker vores fængsler og ikke har sat en stopper for illegal brug af stoffer. Så er der de accepterede stoffer som alkohol og tobak, som man overalt fortæller os, giver glæde og magt (tobaksreklame er tilladt i USA; overs. anm.), mens de i virkeligheden forårsager udbredt sygdom, afhængighed og død. Legale stoffer på recept, som centralstimulerende, smertestillende og angstdæmpende piller, er lige så afhængighedsskabende og risikable som de illegale, blot med lægens blåstempling. Og så er der neuroleptika, litium og antipileptika, der har nogle meget farlige bivirkninger, men hjælper med at dæmpe bevidstheden, når mennesker føler sig ude af kontrol, hvorfor vi kalder dem antipsykotiske og stemningsstabiliserende.

Lige meget, hvilke stoffer vi taler om, så står livet ofte på spil, om

det er pga. afhængighed, bivirkninger, eller de risici, der følger med følelsesmæssige kriser og galskab. Kombineret med samfundets forvirrende budskaber om de forskellige stoffer, er resultatet ofte angst. Stoffer bliver til dæmoner eller engle. Vi må blive ved med at tage dem for enhver pris eller stoppe med dem for enhver pris. Vi ser kun risici, eller vi er for bange til at se på risici overhovedet. Der er ingen kompromis: alt er sort og hvidt, alt eller ingenting.

Det er nemt at henfalde i absolutistisk tænkning, når det kommer til psykofarmaka. Fortalerne for medicin fokuserer på risici ved psykose og ekstreme emotionelle tilstande, mens modstanderne af medicin fokuserer på risici ved at tage den. Denne guides overbevisning og filosofien bag Freedom Centerets og Icarus Projektets valgfrihedsholdning er dog, at **enten-eller-tænkningen angående medicin er en stor del af problemet.**



Skadesreduktion i psykiatrien

Absolutistiske tilgange til narkotika- og seksualundervisning prædiker kun afholdenhed og "bare sig nej". Det fungerer for nogle, men ikke for de fleste, og mennesker som ikke følger modellen, ender med at blive dømt ude, ikke hjulpet.

"Skadesreduktion" er anderledes: pragmatisk, ikke dogmatisk. Skadesreduktion er en international tendens inden for folkesundhedsoplysning, som anerkender, at der ikke findes én patentløsning for alle, ingen universel standard for "succes" eller "fiasko". Helt at slippe af med problemet er ikke nødvendigvis den eneste vej. I stedet accepterer skadesreduktion folk, hvor de er, og oplyser dem til at kunne træffe informerede og velovervejede valg, der nedsætter risici og fremmer helbredet. Mennesker har brug for information, valgmuligheder, ressourcer og støtte for at kunne udvikle sundere livsstil - i deres eget tempo og på deres egne betingelser.

Det er et nyt, men mere og mere udbredt koncept, at anvende skadesreduktionens filosofi i psykiatrien. Det betyder, at man ikke altid forsøger at udrydde "symptomer" eller stoppe med al medicin. Det indebærer erkendelsen af, at mennesker allerede tager medicin, allerede prøver at stoppe med at tage den og allerede lever med symptomer – og at folk i denne komplicerede virkelighed har brug for rigtig hjælp, ikke andres domme. Det udfordrer til at balancere mellem alle de dermed forbundne risici: skaden fra ekstreme sindstilstande, ligesom skader fra behandlingen, såsom medicinbivirkninger, diagnostiske stempler og traumatiske indlæggelser.

At træffe skadesreducerende valg betyder at se ærligt på alle sider af ligningen: hvilken hjælp medicin måske kan give for et liv, der føles ude af kontrol, hvor skadelig den samme medicin kan være, og hvilken rolle andre muligheder og alternativer kan spille. Alle beslutninger kan meget vel bestå i en eksperimenterings- og læreproces, deriblandt at lære af egne fejl og sætte nye mål undervejs. Skadesreduktion accepterer alt dette, overbevist om at essensen af alt sundt liv er evnen til selvbestemmelse.



ALLE HAR

FORSKELLIGE

ERFARINGER

Der er ingen formel for at trappe ud af psykofarmaka. Det, der er, og det denne guide præsenterer, er nogle fælles erfaringer, grundlæggende forskning og vigtige informationer, der sandsynligvis kan gøre processen mindre besværlig. Mange mennesker kommer med succes ud af psykofarmaka, med eller uden vejledning, mens andre finder det meget vanskeligt. Mange fortsætter med psykofarmaka, fordi fordelene er større end ulemperne. Men mange forbliver på psykofarmaka uden nogensinde at udforske mulighederne, bare fordi de ikke kender til andet.

Når vi kun har lænet os op ad læger, TV og mainstream kilder, kan det forekomme umuligt at forestille sig at klare vores emotionelle ekstremer uden psykofarmaka. Måske har vi aldrig hørt om nogen, der har gennemgået det, vi gennemgår uden medicin. Måske en recept var første gang nogen overhovedet tog vores behov for hjælp alvorligt, og medicinering føles som den eneste måde at anerkende, at vores problemer er alvorlige og ude af kontrol. Og når alle omkring os er nået frem til, at se medicinen som nødvendig for vores overlevelse, kan det at overveje en anden vej, føles alt for risikabelt til blot at forsøge.

Mange af os bliver hjulpet af psykofarmaka, men forstår måske ikke, hvordan de i virkeligheden virker og hvilke andre muligheder, der findes. Nogle af os har aldrig fundet medicinen nyttig, eller medicinen gjorde ligefrem vores problemer værre, så vi er parate til at prøve at leve uden. Nogle gange er folk splittet mellem farerne ved at fortsætte og farerne ved at stoppe, eller man tager flere slags medicin og regner med ikke at have brug for dem alle. Andre ønsker måske at stoppe, men det er ikke det rigtige tidspunkt, eller har måske tidligere prøvet at stoppe, oplevet at skræmmende symptomer vendte tilbage og besluttet at genoptage medicinen indtil videre.

Vore veje til heling er unikke. Nogle af os behøver ikke at foretage ændringer i levevis, idet tid og tålmodighed skaber forandringerne. Andre har måske brug for store forandringer af kost, arbejde, familieliv eller bekendtskaber; man kan have brug for at fokusere mere på at pleje eller udtrykke sig selv, på kunst og kreativitet; benytte andre tilgange som hjælp fra ligestillede, terapi, urtemedicin, akupunktur eller homøopati eller finde nye interesser som at gå i skole eller komme tættere på naturen. Man finder måske ud af, at det første skridt er at få en ordentlig søvn, måske man har brug for struktur som hjælp til motivationen eller for at stoppe med at tage fritidsstoffer eller alkohol. Måske man prioriterer noget derhjemme eller et nyt job; man har måske brug for at skabe stærkere støttende netværk af betroede venner, eller det kan være vigtigt at tale ud med større ærlighed og følsomhed, om hvad man går igennem.

Processen kan føles gådefuld og vilkårlig, og en indstilling med accept og tålmodighed er livsvigtig. At lære betyder, at man må gøre sine forsøg og begå sine fejl.

Fordi vi alle er unikke,
er det som om vi navigerer
gennem en labyrint,
farer vild og
finder vej igen
og tegner vores eget landkort
undervejs.



Vigtige kilder til fortsat læring

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

af Peter Breggin. Springer Publishing, 2012

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

redigeret af Peter Lehmann, www.peter-lehmann-publishing.com

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

af Robert Whitaker, Crown Books 2010.

Dansk udgave: **Den psykiatriske epidemi. Illusionen om mirakelpillen**, PsykoVision 2013

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](http://bit.ly/wbUA6A)

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

www.youtube.com/watch?v=O4bdG60Ik4k eller <http://bit.ly/zAMTRF>

www.udafpsykofarmaka.dk

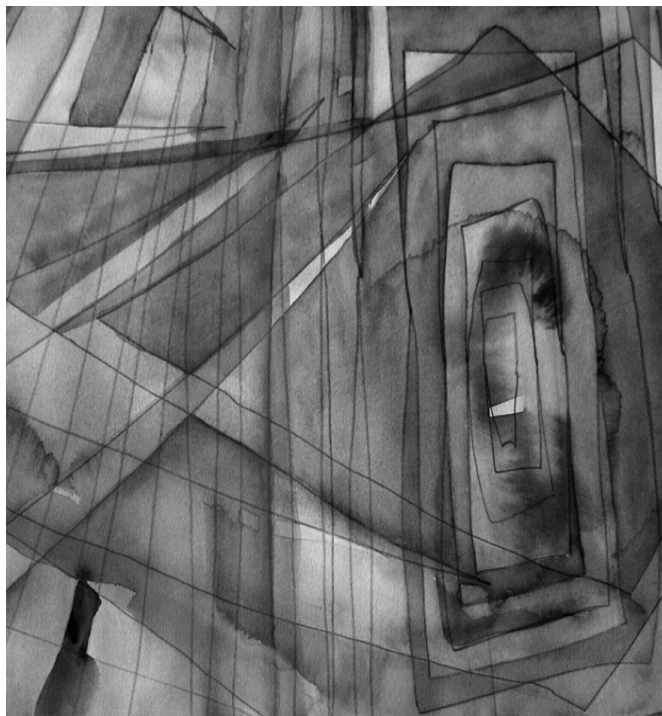
Et kritisk syn på ”psykisk sygdom” og psykiatri

Læger ordinerer psykofarmaka til mennesker, der har oplevelser som betegnes som ”psykisk sygdom”: ekstremt følelsesmæssigt ubehag, overvældende lidelse, vilde humørsvingninger, usædvanlige overbevisninger, forstyrrende adfærd og gådefulde sindstilstande. I dag tager millioner af mennesker over hele verden psykofarmaka, også børn og ældre, hvis de er diagnosticeret med bipolar lidelse, skizofreni, psykose, depression, angst, ADHD, OCD eller PTSD. Og antallet stiger hver dag.

For mange mennesker er psykofarmaka meget brugbare. At få bremset en udvikling, ude af kontrol, at kunne fungere på arbejdspladsen, i skolen og i sociale sammenhænge, at kunne sove og at kunne lægge låg på emotionelle ekstremer kan alt sammen føles livreddende. Lettelsen er sommetider dramatisk, og medicinen kan fremkalde meget stærke følelser, selv af at være frelst. Samtidigt kan den hjælp, psykofarmaka betyder for mange mennesker, skjule resten af billedet: andre oplever psykofarmaka negativt, skadeligt og endda livstruende. Derfor findes der i samfundet kun sjældent en klar forståelse af, hvordan og hvorfor disse medikamenter virker. Lige så sjældent som der findes en ærlig diskussion om risici, alternativer, og hvordan man stopper med at tage dem, når mennesker ønsker dette.

Læger og TV-reklamer (som ikke er tilladt i Danmark; overs. anm.) fortæller folk, at psykofarmaka er nødvendige for at behandle en biologisk sygdom, ligesom insulin er nødvendig for at behandle diabetes. Idéen, om at medicinen korrigerer kemiske ubalancer og retter op på hjerneanomalier, fremmes. Ikke desto mindre er sandheden en anden. ”Biologien” og ”kemiske ubalancer” er blevet til simplistiske slagord, skabt for at lokke folk til at sætte deres lid til smarte løsninger og læger. Faktisk er disse ord meget mere komplicerede og uklare. Biologiske faktorer (som ernæring, hvile og fødemiddelallergier) indvirker på alt, vi oplever: biologiske årsager eller ”grunde” får os til at tro, at medicin er nøglen til at løse vores problemer. Siger man, at noget har en biologisk årsag, grund eller oprindelse, kan det være det samme som at sige, at løsningen altid må være af medicinsk natur og at ”behandlingen” må indbefatte anvendelsen af psykofarmaka. Når folk først har en diagnose og starter med at tage medicin, er det nemt at tro, at medicinen er fysisk nødvendig for at overleve.

Ikke alene findes der ingen holdbar videnskab bag synet på psykiske lidelser som simple biologiske dysfunktioner, der kan ”korrigeres” med medicin. Mange mennesker, selv med de mest alvorlige diagnoser som skizofreni eller bipolar lidelse, opnår recovery helt uden medicin. Oplevelserne, der betegnes som psykisk sygdom, er ikke ”uhelbredelige” eller ”livsvarige”: de er mere gådefulde og uforudsigelige. For nogle mennesker er psykofarmaka brugbare redskaber, som ændrer bevidstheden på nyttige måder, men de er ikke en medicinsk nødvendig behandling for sygdom. Når du først har erkendt det, kan du tænke i andre baner og undergive de med psykofarmaka forbundne mulige risici en nærmere granskning, idet det er meget alvorlige risici, bl.a. kronisk sygdom, nedsat mental funktion, afhængighed, værre psykiske symptomer og endda risiko for tidlig død.



Psykofarmaka repræsenterer en milliard-forretning ligesom olie- og våbenindustrien, og virksomhederne har både en interesse i og mulighed for at mørklægge fakta om deres produkter. Hvis du ser lidt mere omhyggeligt på forskningen og nøje undersøger psykiatriens påstande, vil der danne sig et noget andet billede end det, medicinalindustrien og mange læger vil have os til at tro på. Firmaerne holder aktivt nøjere vurderinger af medicinens risici tilbage, misinformerer patienter om, hvor kontroversielle teorier om psykiske forstyrrelser er, fremmer en forkert forståelse af, hvordan psykofarmaka egentligt virker, udsulter forskning i og publiceringer om alternative behandlingstilgange og tilslører traumatiseringens og undertrykkelsens rolle for psykisk lidelse. Psykiatrien fungerer efter mottoet en "løsning passer til alle", uagtet de menneskelige omkostninger: skandaler tiltager og bedrageriet og korrupsionen, der forbindes med nogle psykofarmaka, når efterhånden de samme dimensioner som i tobaksindustrien.

I dette komplicerede kulturelle miljø har folk brug for korrekt information om mulige risici og fordele, for at kunne træffe deres egne beslutninger. Alt for ofte er mennesker, der har brug for hjælp til at trække ned eller stoppe med disse medikamenter, overladt til sig selv, uden støtte eller vejledning. Sommetider bliver de endda behandlet, som om ønsket om at stoppe i sig selv er et tegn på psykisk sygdom - og derfor kræver mere medicin.

Når man diskuterer "risici" og "farer", er det vigtigt at huske, at livet i sig selv indebærer risici: vi træffer alle hver dag valg om at tage acceptable risici, som at køre bil, udsætte os for stress på arbejdspladsen eller drikke alkohol. Måske er det ikke muligt at afgøre på forhånd, hvordan disse risici vil påvirke os eller at undgå dem helt, men det er vigtigt, at vi kender deres eksistens, og at vi lærer så meget om dem, som muligt. At se på medicineringens risici betyder også at se på de med emotionel lidelse / "psykosen" selv, forbundne risici, og træffe den for dig selv bedste beslutning. Om det nu er, at psykofarmaka er det bedste valg under de givne omstændigheder og i din givne situation, eller om du gerne vil trække ned eller stoppe med at tage dem. Denne guide vil ikke overtale dig til det ene eller det andet. Dens hensigt er, at oplyse dig om dine muligheder,

hvis du beslutter at undersøge, hvordan du kan stoppe med at tage psykofarmaka.

På grund af et ensidigt positivt syn på psykofarmaka, findes der kun meget lidt forskning om udtrapning. Vi har baseret denne guide på den bedste tilgængelige information, deriblandt fremragende britiske kilder, og har samarbejdet med en gruppe professionelle sundhedsrådgivere (se side 51), deriblandt psykiatere, sygeplejersker og praktiserende indenfor alternativ medicin, som alle har stor erfaring med at hjælpe folk med at trække ud af psykofarmaka. Derudover har vi trukket på den samlede viden hos et internationalt netværk af brugerlærere, allierede, kollegaer, aktivister og healere, som står i forbindelse med Freedom Centeret og Icarus Projektet. **Vi opfordrer til at anvende denne guide ikke som eneste resurse, men som et udgangspunkt for din egen research og læreproces.** Og vi håber, at du vil dele det lærte med andre og bidrage til fremtidige udgaver.

Verdenserklæring om mentale rettigheder og friheder

- 1 Alle mennesker er skabt forskellige. Ethvert menneske har ret til at være mentalt frit og uafhængigt.
- 2 Ethvert menneske har ret til at føle, se, høre, fornemme, forestille sig, tro eller opleve hvad som helst, på en hvilken som helst måde, til en hvilken som helst tid.
- 3 Ethvert menneske har ret til at opføre sig på en hvilken som helst måde, som ikke skader andre eller bryder retfærdige love.
- 4 Intet menneske skal uden samtykke udsættes for indespærring, fiksering, straf, eller psykologisk eller medicinsk indgriben i et forsøg på at kontrollere, undertrykke eller forandre individets tanker, følelser eller oplevelser.

Hvor svært er det at trappe ud af psykofarmaka?

I gennem vores arbejde med flere hundrede mennesker i mange år, har vi fundet ud af, at det ikke kan forudsiges, hvordan udtrappings-processen vil forløbe. Det er faktisk ikke muligt at vide på forhånd, hvem der kan og hvem der ikke kan leve uden psykofarmaka, hvem der kan leve med færre præparater eller lavere doser, eller hvor hårdt det vil blive. Vi har set folk trappe succesrigt ud efter mere end 20 år, folk der er nødt til at blive ved med at tage psykofarmaka efter kun at have taget dem i et år eller mindre, og folk der kæmper længe med at trappe ud. **Siden det potentielt er muligt for enhver at trappe ud, er den eneste måde at finde ud af det at prøve langsomt og forsigtigt og se, hvordan det går og forblive åben for evt. at fortsætte.** Enhver skal have retten til at prøve.

MIND, den førende organisation for psykisk sundhed i Storbritanniens studie bekræfter vores erfaringer. MIND kom frem til at "Den tid man har været på medicinen viste sig at være den faktor, der mest tydeligt havde indflydelse på succesen med at trappe ud. Fire ud af fem personer (81 %), der havde taget medicin i mindre end seks måneder, lykkedes med at trappe ud. Derimod lykkedes det for mindre end halvdelen (44 %) af de personer, der havde taget medicin i mere end fem år. (Godt halvdelen af de personer, der havde taget medicin i mellem seks måneder og fem år, lykkedes med at trappe ud.)" Disse usikkerhedsmomenter betyder, at man må stille sig fleksibel og lærende, når man går frem: at trappe helt ud kan eller kan ikke være rigtigt for dig, men alle kan få mere magt over sig selv.

Udtrappingens politik

På en måde er emnet udtrapping af psykofarmaka dybt politisk. Mennesker af enhver økonomisk og uddannelsesmæssig baggrund reducerer succesfuldt deres psykofarmaka eller stopper helt med at tage dem. Ikke desto mindre kan økonomiske fortrin til tider afgøre, hvem der har adgang til information og viden, hvem der har råd til alternativ behandling, og hvem der har fleksibiliteten til at foretage forandringer i deres liv. Mennesker uden midler er ofte de mest udsatte for psykiatrisk fejlbehandling og medicineringsskader. Sundhed er en menneskeret for alle: vi har brug for et grundigt eftersyn af vores mislykkede "psykiatriske system" til fordel for virkeligt effektive og medmenneskelige alternativer, tilgængelige for alle, uanset indkomst. At fremskynde risikofuld, dyr medicin som den første og eneste behandlingsmulighed, bør stoppe. Prioriteringen bør være forebyggelse og at gøre sikre tilflugtssteder og behandlingsformer, der ikke skader, tilgængelige. Adskillige studier som Soteria House i Californien og Åben Dialog i Finland viser, at medicin frie og lavmedicinske behandlingsmodeller kan være meget effektive og koste mindre end det etablerede system. En medicin- og produktkontrollerende institution, der var ærlig omkring risici, effektivitet og alternativer, ville sandsynligvis aldrig have godkendt de fleste psykofarmaka til brug.



I stedet for kun at betragte oplevelser af vanvid som et handicap, en "evne-nedsættelse", som kan være en stigmatiserende nedgørelse, er det nyttigt at se dem, der gennemgår følelsesmæssigt ekstreme tilstande, som "evne-forskellige". Samfundet bør imødekomme behovene blandt følsomme, kreative, emotionelt sårede og usædvanlige mennesker, der bidrager til samfundet ud over konkurrencens, materialismens og individualismens standardiserede grænser. For virkeligt at kunne hjælpe mennesker, der betegnes som psykisk syge, må vi revurdere begrebet "normal", på samme måde som vi revurderer betydningen af ikke at kunne høre, se eller at være indskrænket i ens fysiske bevægelighed. Universelt design og tilpasning til dem af os, der er forskellige, vil i sidste instans være til gavn for alle. Vi må udfordre definitionen af begrebet "evne" i alle dens former og sætte spørgsmålstegn ved, om det er hensigtsmæssigt at tilpasse sig et undertrykkende og usundt samfund, et samfund der selv er temmelig forrykt. En social model om handicap betyder accept af menneskelig mangfoldighed og ikke længere at behandle fattigdom som et medicinsk problem. Vores behov er tæt knyttede til de bredere behov for social retfærdighed og økologisk bæredygtighed.



Denne guides principper



VALGFRIHED: Psykofarmaka har indflydelse på sindets og bevidsthedens mest personlige aspekter. Vi har ret til selvbestemmelse: at definere vores oplevelser, som vi vil, at opsøge behandlere, vi stoler på og at stoppe med behandling, der ikke fungerer for os. Vi dømmer ikke andre for at tage eller ikke tage psykofarmaka: vi respekterer individuel autonomi. Hvis nogen har svært ved at udtrykke sig eller blive forstået af andre, fortjener han/hun imødekommenhed, støtte til at træffe egne beslutninger og tålmodighed fra omsorgsfulde fortalere, i overensstemmelse med princippet ”frem for alt ikke skade” og den mindst mulige indgriben. Ingen skal tvinges til at tage psykofarmaka mod deres vilje.



INFORMATION: Medicinalindustrien, lægerne og medierne er nødt til at give korrekt information om medikamenters risici, psykiatriske diagnosers beskaffenhed, alternative behandlingsmuligheder og hvordan man trapper ud af psykofarmaka. Den medicinske etik kræver, at behandlere forstår den behandling, de ordinerer, beskytter patienter mod skade og fremmer sikrere alternativer.



TILGÆNGELIGHED: Når vi vælger alternativer til psykofarmaka og etablerede behandlingstiltag, skulle programmer, overkommelige, forskellige valgmuligheder og sygesikringsdækning være tilgængelige. Valgfrihed uden adgang til forskellige valgmuligheder er ikke virkelig valgfrihed. Offentlig service i nærmiljøet skulle være tilgængelig for enhver, der har brug for hjælp med at trappe ud af psykofarmaka, eller kæmper med ekstreme sindstilstande. Vi opfordrer alle behandlere til at tilbyde gratis og billige ydelser til nogle af deres klienter, og alle der er økonomisk og socialt privilegerede, til at arbejde for at udvide adgangen til alternative behandlingstilbud for alle.



Hvordan virker psykofarmaka?

De fleste mennesker begynder at tage psykofarmaka, fordi de er "forstyrrede og forstyrrende". Enten oplever man overvældende tilstande af følelsesmæssig lidelse eller også lider andre under éns opførsel og sender én til lægen - eller måske drejer det sig om en kombination af begge dele. Der findes mange betegnelser for disse tilstande, såsom angst, depression, tvangshandlinger, mani, psykose, stemmehøring og paranoia, og betegnelserne skifter hele tiden. Læger fortæller ofte folk, at deres følelsesmæssige lidelse skyldes en psykisk sygdom med biokemi som årsag, at deres lidelse er farlig (f.eks. frygt for selvmord eller påstand om stadig forværring) og må stoppes, og at medicinering med psykofarmaka er en nødvendig behandling.

Psykofarmaka virker på hjernen for at forandre sindsstemning og bevidsthed, ligesom alle andre psykoaktive stoffer. Fordi mange medikamenter kan dæmpe eller kontrollere symptomer af følelsesmæssig lidelse - enten ved at peppe personens humør op, dæmpe det ned, nedsætte følsomheden, eller gøre personen søvrig - kan de tage toppen af ekstreme tilstande. De hjælper nogle mennesker med at føle, at de kan magte deres liv. Ikke desto mindre er det vigtigt at indse, at **psykofarmaka ikke ændrer på de underliggende grunde til følelsesmæssig lidelse. Man forstår dem bedst som redskaber eller mestringsstrategier, der sommetider kan mindske symptomerne** og bane vejen mod forandring, men med betydelige risici for enhver, som tager dem.

Retter psykofarmaka op på din hjerne kemi?

Man fortæller folk, at psykiske lidelser er ensbetydende med, at hjernekemien er "anormal", at sygdommen er forårsaget af en genetisk "prædisposition", og at psykofarmaka er nødvendige for at afbryde en sygdomsproces og korrigere ubalancerne. Men sådan virker medikamenterne ikke, og teorier om hjerne-sygdom er heller aldrig blevet bevist at være sande. At tro på disse påstande kan give følelsen af at være et hjælpeløst offer for ens biologi og efterlade folk i den tro, at der ikke findes andre muligheder end at tage medikamenter.

På trods af meget dyr forskning igennem årtier, har man aldrig fundet nogle kemiske ubalancer, genetiske prædispositioner eller hjerneanomalier, som entydig årsag til diagnoser som bipolar lidelse, depression, eller skizofreni. Medierne fortæller om "lovende" forskning, og at "mere forskning er nødvendig", men ingen entydige resultater er blevet fundet. Selv det med småt i medicinalindustriens reklamer fortæller i dag typisk, at tilstandene "formodentligt er forårsaget af" kemiske ubalancer, i stedet for at komme med et definitivt udsagn.

Fysiologiske tests, som hjernescanninger eller blodprøver, bliver ikke brugt til at diagnosticere bipolar lidelse, depression eller skizofreni og kan ikke påvise, at ens hjerne er anomal. (Unormale bevidsthedstilstande med entydigt fysiologisk årsag, som f.eks. hjernerystelse, demens, eller alkoholdelir, kalder man til forskel for "organiske psykoser".) Man har ikke engang fundet frem til nogen almengyldige grundværdier for en "psykologisk normal" hjerne. Tre personer med den samme diagnose kan meget vel have en meget forskellig hjerne kemi, og en person med en lignende hjerne kemi som en, der er diagnosticeret, behøver ikke at have nogen diagnose overhovedet. Idet mange mennesker står med fysiologiske problemer som vitaminmangel, som en læge eller holistisk behandler kan hjælpe med, kan dette måske hjælpe på følelsesmæssige problemer – eller også så gør det ikke. Lægevidenskaben har ikke fundet biologiske årsager til psykiske lidelser på samme måde, som den har fundet dem for tuberkulose, Downs syndrom eller diabetes. Emotionelle kriser og galskab er stadig ikke endegyldigt defineret.



Hvad så med genetikken? Psykiatriske diagnoser kan se ud til at "ligge til familien", men det samme gør børnemishandling og fattigdom. Grundet fælles miljø, forventninger og traumer, der har haft en indflydelse på familien igennem flere generationer, kan familiehistorie betyde meget andet end uundgåelig arvelighed. Studier har påstået, at tvillinger har en lidt større chance for at få den samme diagnose, men denne forskning er ofte fejlbehæftet og resultaterne er blevet overdrevet. Forældre ved, at børn har forskelligt temperament, selv ved fødslen, men også erfaringer gjort i fosterstadiet under graviditeten er af betydning. Individuelle træk som følsomhed og kreativitet bliver kun til galskab efter at meget komplekse sociale faktorer, som traumer og social uretfærdighed, har spillet ind. Selv kortlægningen af det menneskelige genom har ikke kunnet afsløre nøglen til psykiske lidelser, og idéen om en genetisk "prædisposition" forbliver ren spekulation.

Jo mere neurovidenskaben finder ud af om gener, adfærd og hjernen, jo mere komplekst bliver billedet faktisk. "Epigenetikken" viser, at i stedet for at vi har et "genetisk blueprint", dvs. at vores gener er uforanderlige, påvirker miljøet vores gener og slår dem til eller fra. At bruge genetikken til at give overforenklede forklaringer på forskelligheden af menneskelig adfærd, er et tilbageskridt til forkastede koncepter som socialdarwinisme og eugenik. Det fremstiller nogle mennesker som værende mindre værd, defekte, og ikke helt værende mennesker i det hele taget.

Alle følelser og tanker eksisterer også på en måde i hjernen i biologisk form, men faktorer som samfund, bevidsthed og indlæring gør det umuligt at etablere en årsagssammenhæng. Stress f.eks. sættes i forbindelse med hjernekemien, men den ene person kan stortrives under de samme stressfulde omstændigheder, der får en anden til at gå ned med flaget. Den nye videnskabsgren "neuroplasticitet" viser, at hjernen konstant forandrer sig, og at indlæring alene kan forandre hjernen, f.eks. kan psykoterapi reorganisere hjernestrukturen, og forskere fandt f.eks. frem til at hjerneregionerne, der forbindes med evnen til at kunne huske vejkort, var forstørret hos taxichauffører i New York City. Hvis læring kan have en så stor indflydelse på hjernen, så er vi ikke så begrænsede af vores biologi, som vi ellers har troet.

Filosoffer og videnskabsfolk har diskuteret spørgsmålet, om hvordan bevidstheden opstår i hjernen og kroppen i århundreder. Er det, der kaldes for 'psykisk sygdom' mere et socialt og spirituelt

problem, end et medicinsk? Er det en politisk og kulturel domfældelse, at blive kaldt 'forstyrret'? Psykiatrien kan ikke påstå, at have løst mysteriet omkring sammenhængen mellem krop og sind bag galskaben.

Uden klare svar fra videnskaben, er psykiatriske diagnoser i sidste instans ikke faktuelle udsagn, men en læges subjektive mening om en patient. Lægen er uundgåeligt under indflydelse af sine egne fordomme, antagelser, forudfattede meninger og sin egen frygt. Lægerne er ofte ikke enige med hinanden, folk får til tider mange forskellige diagnoser over tid, og diskriminering pga. social status, etnicitet og køn er almindelig.

Beslutningen om at tage psykofarmaka bør træffes på grundlag af nytteværdien af stoffernes virkninger sammenlignet med deres risici, ikke på grundlag af en forkert tro på, at personen "skal" tage medikamentet på grund af vedkommendes biologi eller gener.



Hvem har skylden? Dig selv? Din biologi? Eller ingen af delene?

Hvis vores biologi og hjerne kemi ikke er "skyld i" angst, stemmer, selvmordstanker, mani, eller andre former for lidelse, betyder det så, at det er din egen skyld? Er det enten din hjernes skyld eller din?

En psykiatrisk diagnose kan være en stor lettelse, hvis det eneste alternativ er at blive beskyldt for at være doven, svag eller for bare at lade som om. Hvis du føler dig magtesløs, og folk ikke har taget din lidelse alvorligt, kan det være en anerkendelse, når en læge siger, du har en psykisk lidelse. At beslutte at stoppe med medicinen kan i så fald ses som det forkerte budskab, som om din lidelse egentligt ikke er så slem og du ikke virkeligt har brug for hjælp. Og ikke at kunne trappe ud kan på samme måde føles skamfuldt, som om du bare burde prøve noget mere, og det bare er op til dig. Dette er uretfærdig enten-eller-tænkning, der efterlader folk hjælpeløse og fanget i det psykiatriske system. Medicinalindustriens reklamer udnytter dette dilemma: hvis smerten er virkeligt alvorlig, skal der medicin til, hvis ikke, må du klare dig selv. Empowerment betyder, at man kan tænke ud over et sådant snævert syn og tage et bredere perspektiv til sig.

Alle har brug for hjælp til tider, vi oplever alle situationer i vores liv, hvor vi føler os hjælpeløse. Vi må alle lære at balancere mellem personligt ansvar og det at bede om hjælp. **Du behøver ikke at gøre din hjerne til syndebug for at kunne have lidt sympati for dig selv.**

Når nu lægevidenskaben ikke har svarene, er det op til enhver selv at forstå sit liv på den måde, der giver mest mening for én.

Ressourcerne i denne guide kan tilbyde nye indfaldsvinkler. For eksempel foreslår den britiske psykologforening, at nogle mennesker kan være mere sårbare overfor stress, end andre. Stemme-hørernetværket opfordrer til at acceptere og lære af usædvanlige oplevelser snarere end blot at se dem som meningsløse symptomer, man bare skal komme af med. Der findes mange mulige syn på galskab og ændrede bevidsthedstilstande som f.eks. traumer/overgreb, spirituel opvågning, følsomhed, miljøbetinget sygdom, familiedynamik, forklaringer fra den holistiske medicin, kulturelle forskelle eller at det er en reaktion på undertrykkelse. Nogle kulturer anser sågar de samme oplevelser, som andre kalder for abnorme, for normale.

Og når folk spørger, er det dit valg, hvad du vil svare eller ikke svare, som f.eks.: "jeg er traumaoverlever," "jeg oplever ekstreme sindstilstande" eller "jeg er anderledes end de fleste og har ikke rigtigt fundet ud af endnu, hvorfor" – eller ingenting. At komme i kontakt med andre med de samme oplevelser som dine, f.eks. i selvhjælpsgrupper eller på internettet, kan være afgørende for din søgen efter, hvem du er.

Din lidelse er virkelig, uanset om du beslutter, at tage medicin eller ej. At føle sig magtesløs og have brug for hjælp, betyder ikke, at du er forkert eller et passivt offer for din biologi. Forklaringer som traumer, følsomhed, eller spiritualitet er lige så gyldige, som alle andre. Du har stadigvæk fortjent at få hjælp, selv om du ikke tror, din hjerne er unormal, og selv om du ikke tænker i begreber som "psykiatriske tilstande" og "psykisk sygdom".



Hvad gør medikamenterne ved din hjerne?

Ligesom alle sindspåvirkende stoffer er psykofarmaka *psykoaktive* og ændrer sindstilstande og adfærd ved at påvirke hjernekemien. Deres nytte og risici kommer af at påvirke hjerne/krop og ændre bevidstheden, herunder i kraft af forventninger og placebo.

Den aktuelle medicinske teori er, at de fleste psykofarmaka virker ved at ændre niveauet af kemikalier kaldet neurotransmittere (kramp hæmmende, anti-epileptiske og stemningsstabiliserende stoffer som litium ser ud til at virke ved at ændre blodforsyningen og elektrisk aktivitet i hjernen generelt). Neurotransmitterne sættes i forbindelse med stemninger og mentale funktioner, og alle celler i nervesystemet, inklusive hjernecellerne, benytter neurotransmittere til at kommunikere med hinanden. Når neurotransmitternes niveau ændrer sig, bliver "receptor"cellerne, der modtager og regulerer neurotransmitterne, mere følsomme og kan vokse eller svinde ind for at tilpasse sig.

SSRI-antidepressiva ("Selektive serotonin genoptagelses hæmmere"), for eksempel, menes at øge niveauet af neurotransmitteren serotonin i hjernen og reducere antallet af hjernens serotoninreceptorer. Antipsykotisk medicin som Serenase nedsætter niveauet af dopamin og øger antallet af dopaminreceptorer i hjernen. Denne virkning på neurotransmitterne og receptorerne er den samme som for alle psykoaktive stoffer. Alkohol påvirker neurotransmittere som dopamin og serotonin og kokain ændrer niveauet af både serotonin og dopamin, såvel som af noradrenalin og ændrer receptorerne.

Mens disse kemiske ændringer foregår i kroppen, arbejder din bevidsthed med at forstå og svare på sin egen måde. Alkohol får dig måske til at slappe af eller gør dig ængstelig; antidepressiva giver nogle mennesker energi og gør andre mindre følsomme. **På grund af placebovirkning og forventninger reagerer alle forskelligt.** Din oplevelse af medicinen er ikke nødvendigvis den samme som andre menneskers og vil i sidste ende være helt din egen. Stol på dig selv.



Hvorfor opfatter folk psykofarmaka som nyttige?

I modsætning til deres risici, bliver fordelene ved psykofarmaka vidt og bredt promoveret i mediernes. De nyttige aspekter af medikamenterne bliver dog ofte blandet sammen med ukorrekte påstande. Informationerne herunder er et forsøg på at skære igennem forvirringen og beskrive de grundlæggende måder, hvorpå folk oplever psykofarmaka som nyttige.

- Søvnløshed er en af de vigtigste årsager til og fremmede faktorer ved emotionelle kriser. Kortfristet brug af medicin kan få dig til at sove.
- Medicinering kan afbryde og "slå bremsen i" ved en vanskelig, ekstrem sindstilstand, berolige en akut krise som føles ude af kontrol.
- Mange mennesker føler, at medikamenterne beskytter dem mod følelsesmæssige kriser, der er så alvorlige, at de truer deres stabilitet eller ligefrem deres liv. Nogle fortæller, at symptomerne føles nemmere at håndtere, når de er på medicin og at den holder dem mere jordbundne i den almindelige virkelighed. Vedvarende brug kan sommetider forhindre maniske eller depressive episoder eller gøre dem mindre alvorlige.
- At afbryde en krise og få noget søvn kan reducere stress i din krop og få dig til at slappe af, hvilket kan reducere kaosset i dit liv og sætte dig bedre i stand til at kunne tage vare på dig selv mht. mad, socialt samvær og andre grundlæggende faktorer. Dette kan være langt mindre stressende end konstant krise og lægge en bund for større stabilitet og for at foretage ændringer, der ellers ville have været vanskeligere at foretage.
- Medicinering kan somme tider hjælpe dig med at møde op og fungere på arbejde, i skolen og i dit liv, hvilket er specielt praktisk, hvis du ikke kan ændre på disse ting. Et arbejde kan kræve, at du står op om morgenen, koncentrerer dig og undgår større stemningsudsving, og socialt samvær kan kræve, at du undgår følelsesmæssig overfølsomhed.
- At fortsætte med nogle medikamenter kan i sig selv forhindre abstinensvirkninger.

- Alle medikamenter har en stærk placeboeffekt: alene at tro, selv ubevidst, at de virker, kan få dem til at virke. Helbredelse, selv fra meget alvorlig sygdom, er muligt alene ved at tage en sukkerpille, eller ved at lave en "placebo operation", som patienten tror er virkelig. I kliniske forsøg har mange psykofarmaka, pga. den stærke psykologiske effekt, kun en minimal større effekt end placebo. Sindet spiller en vigtig rolle ved enhver helbredelse, og det kan ikke afgøres, om effekten for et individ skyldes placebo eller medicinen.
- Compliance (efterlevelse) bidrager også til placeboeffekten: Somme tider vil folk få det bedre, når de får en klar, officiel udmelding omkring deres lidelse, som de kan tro på, og når de følges og bliver støttet af en læge, et familiemedlem eller en anden autoritetsperson. Medikamenter har det med at virke bedre, jo stærkere og tættere relationen er til den, der ordinerer dem.
- Reklamer, specielt direkte forbrugerorienterede TV-reklamer (tilladt i USA og New Zealand), er meget magtfulde og påvirker folks oplevelse ved at tilpasse sig deres håb og forventninger. Nyere medikamenter af enhver art har det med at virke bedre kun pga. de hermed forbundne forventninger.



Fakta om psykofarmaka, du måske ikke kender til

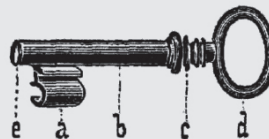
På trods af det sundhedsfaglige princip om informeret samtykke, udelader læger vigtige informationer om den medicin, de ordinerer. Det følgende er et forsøg på at medtage mindre kendte facts og give et mere afbalanceret billede.

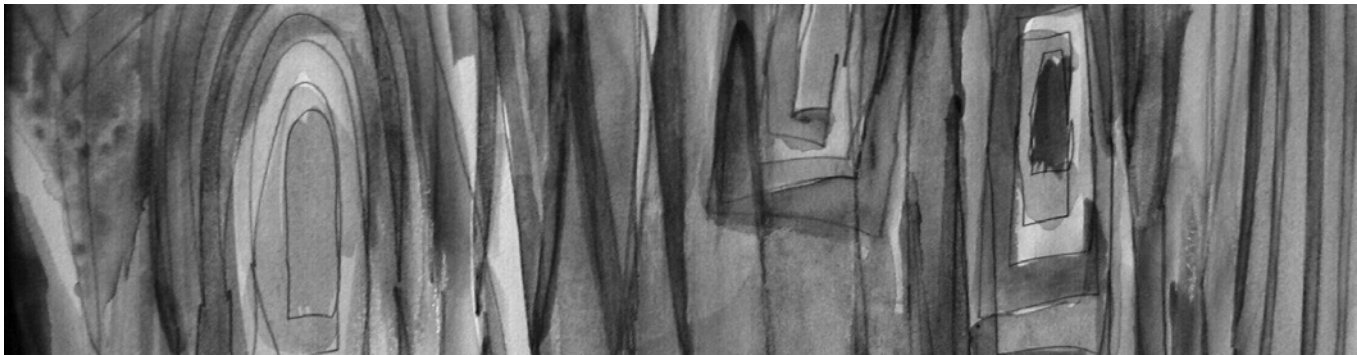
- Højere doser og længerevarende anvendelse af psykofarmaka betyder ofte at forandringerne i hjernen kan være dyberegående og længerevarende. Medikamentet er under de omstændigheder sværere at lægge på hylden, og at stoppe kan have mere alvorlige bivirkninger. Den menneskelige hjerne er dog alligevel meget mere modstandsdygtig end længe troet og kan hele og reparere sig selv i bemærkelsesværdigt omfang.
- Neuroleptika eller stærkt beroligende medikamenter påstås at virke "antipsykotisk", men faktisk sigter de ikke mod psykosen eller noget som helst specifikt symptom eller nogen som helst specifik psykisk forstyrrelse. De er beroligende midler, der ned-sætter hjernefunktionen generelt hos enhver, der tager dem. De anvendes endda i veterinærmedicinen for at berolige dyr. Mange mennesker, der tager disse medikamenter, fortæller at deres psykotiske symptomer fortsætter, men at deres følelsesmæssige reaktion på dem mindskes.
- Den psykiatriske anvendelse af kemikalier som chlorpromazin (Largactil) og litium begyndte før teorier om "kemiske ubalancer" blev opfundet og genspejler ikke en forståelse af årsagen.
- Nyere antipsykotika, kaldet "atypiske", sigter mod et bredere spektrum af neurotransmittere, men virker grundlæggende som de ældre præparater. Producenterne markedsførte disse stoffer (som er dyrere end de ældre) som værende bedre og mere effektive med færre bivirkninger, og de blev modtaget som mirakelmidler. Men dette er blevet afsløret som urigtigt. Nogle firmaer har endda skjult omfanget af bivirkninger som diabetes og stofskiftesyndrom, hvilket har ført til milliard-store erstatningssager.
- Folk får ofte at vide, at uønskede virkninger skyldes en "allergisk reaktion" eller "medicin overfølsomhed". Dette er misvisende: Virkninger af psykofarmaka fungerer ikke biologisk i kroppen på samme måde som en mad- eller pollenallergi gør det. At betegne virkninger af medicinen som "allergiske reaktioner" eller sige til folk, de er "overfølsomme" gør problemet til noget i personen, der tager præparatet, ikke præparatets bivirkninger i sig selv, der kan ramme enhver.
- Afhængighed af benzodiazepiner - Valium, Tafil (alprazolam), Temesta (lorazepam), og Rivotril - er et stort sundhedsproblem. Udtræning kan være meget svært: benzodiazepiner er mere afhængighedsskabende end heroin. Anvendelse i over 4-5 dage øger risikoen for afhængighed dramatisk.
- Psykofarmaka anvendes i stort omfang i fængsler for at holde de indsatte under kontrol, i børneforsorg for at kontrollere børn og på plejehjem for at kontrollere de ældre.
- Sovemidler som Stilnoct (zolpidem) og Halcion, der sommetider er nyttige på kort sigt, kan være vanedannende, forværre søvnkvaliteten med tiden og skabe farlige blackouts og forandrede bevidsthedstilstande.
- Fordi de virker som narkotika, sælges nogle psykofarmaka endda på gaden som stoffer. Stimulerende præparater som Ritalin og beroligende midler som Valium bliver ofte misbrugt. Siden de er nemt tilgængelige, er illegal brug af psykofarmaka udbredt, også blandt børn.
- "Krigen mod narkotika" tilslører ligheden mellem de legale psykofarmaka og illegale fritidsstoffer. Antidepressive SSRI'er og SNRI'er virker kemisk som langsomt oralt indtaget kokain. Kokain var faktisk det første middel på recept, der blev markedsført for en "feel good" antidepressiv effekt, før det blev illegalt. Coca, kokainens grundstof, var endda engang en ingrediens i Coca-Cola.

Sundhedsrisici ved psykofarmaka

At skulle træffe et valg med henblik på at stoppe med psykofarmaka betyder, at du, så godt du kan, skal overveje de dermed forbundne risici og fordele, indbefattet information, der mangler eller ikke bliver uddybet i de fleste mainstream-fremstillinger. Nogle risici er måske værd at tage, andre er det måske ikke værd, men alle skal overvejes. Fordi vi alle er forskellige, og effekten af et medikament kan være meget forskellig, skal du møde den usikkerhed, det indebærer, med din egen bedste dømmekraft og iagttagelse af, hvordan din krop og dit sind reagerer. Den følgende liste kan ikke være komplet, idet nye risici opdages løbende.

- Psykofarmaka er giftige og kan skade kroppen. Neuroleptika/ "antipsykotika" kan forårsage en livsfarlig forgiftningsreaktion kaldet malignt neuroleptikasyndrom, såvel som parkinsonismelignende symptomer og kognitiv funktionsnedsættelse. Regelmæssige blodprøver er obligatoriske for nogle medikamenter såsom litium og Leponex for at sikre sig mod fysiske skader. Mange medikamenter kan føre til overvægt, diabetes, pludselige hjertestop, nyresvigt, alvorlige blodsygdomme og generelt fysisk sammenbrud. Andre toksiske virkninger er talrige og inkluderer ændringer i menstruations-cyklus, komplikationer ved svangerskab og amning, og det livstruende "serotonin syndrom" ved brug af antidepressiva alene eller blandet med anden medicin.
- Psykofarmaka kan skade hjernen. Forekomsten af tardiv dyskinesi, en alvorlig neurologisk sygdom, som kan vansire en person med ansigtstics og -rykninger, er meget høj for langtidspatienter i behandling med neuroleptika (antipsykotika), og også kortvarigt brug indebærer en vis risiko. Det er påvist, at antipsykotika kan forårsage indskrumpling af hjernen. Antidepressiva kan også forårsage hukommelsesproblemer og øget følsomhed for depression. Andre bivirkninger kan inkludere hjerneskade og kognitiv funktionsnedsættelse.
- Lægemiddelindustriens effektivitets- og sikkerhedsstudier og lægemiddelstyrelsens regulativer er udpræget korrumpere, og bedrag er udbredt. Der findes kun få langtidsstudier eller studier, der viser, hvordan medikamenterne virker i kombination med hinanden. Det sande omfang af farerne ved brug af psykofarmaka vil sandsynligvis aldrig blive kendt. Indtagelsen af psykofarmaka er på mange måder et omfattende samfundseksperiment, med patienterne som forsøgskaniner.
- Kombination med alkohol eller andre medikamenter kan øge sundhedsfarerne dramatisk.
- Virkningen af præparaterne kan nedsætte livskvaliteten, pga. bivirkninger som nedsat sexlyst, depression, agitation og forringelse af den almene sundhedstilstand.
- Medicinforårsagede ændringer i kroppen som rastløshed, fedme eller stivhed kan fremmedgøre dig fra andre og øge isolation.
- Litium vekselvirker med salt og vand i kroppen, og hvis deres niveauer ændrer sig, for eksempel ved motion, varme eller diæt kan koncentrationen af litium i kroppen variere. Selv ved regelmæssige blodprøver og dosisændringer betyder det at folk, der tager litium, sommetider er i fare for at være udsat for skadelige mængder.
- ADHD-medicin som Ritalin og Adderall kan hæmme børns vækst og repræsenterer andre ukendte farer for hjernen og den fysiske udvikling. Ligesom alle amfetaminer kan disse præparater forårsage psykoser og hjerteproblemer, pludselig død inkluderet.





Psykiske sundhedsrisici

Psykiske sundhedsrisici er nogle af de mindst forståede aspekter ved psykofarmaka og kan gøre det meget svært at træffe et valg og træppe ud. Her er nogle ting, din læge måske ikke har fortalt dig:

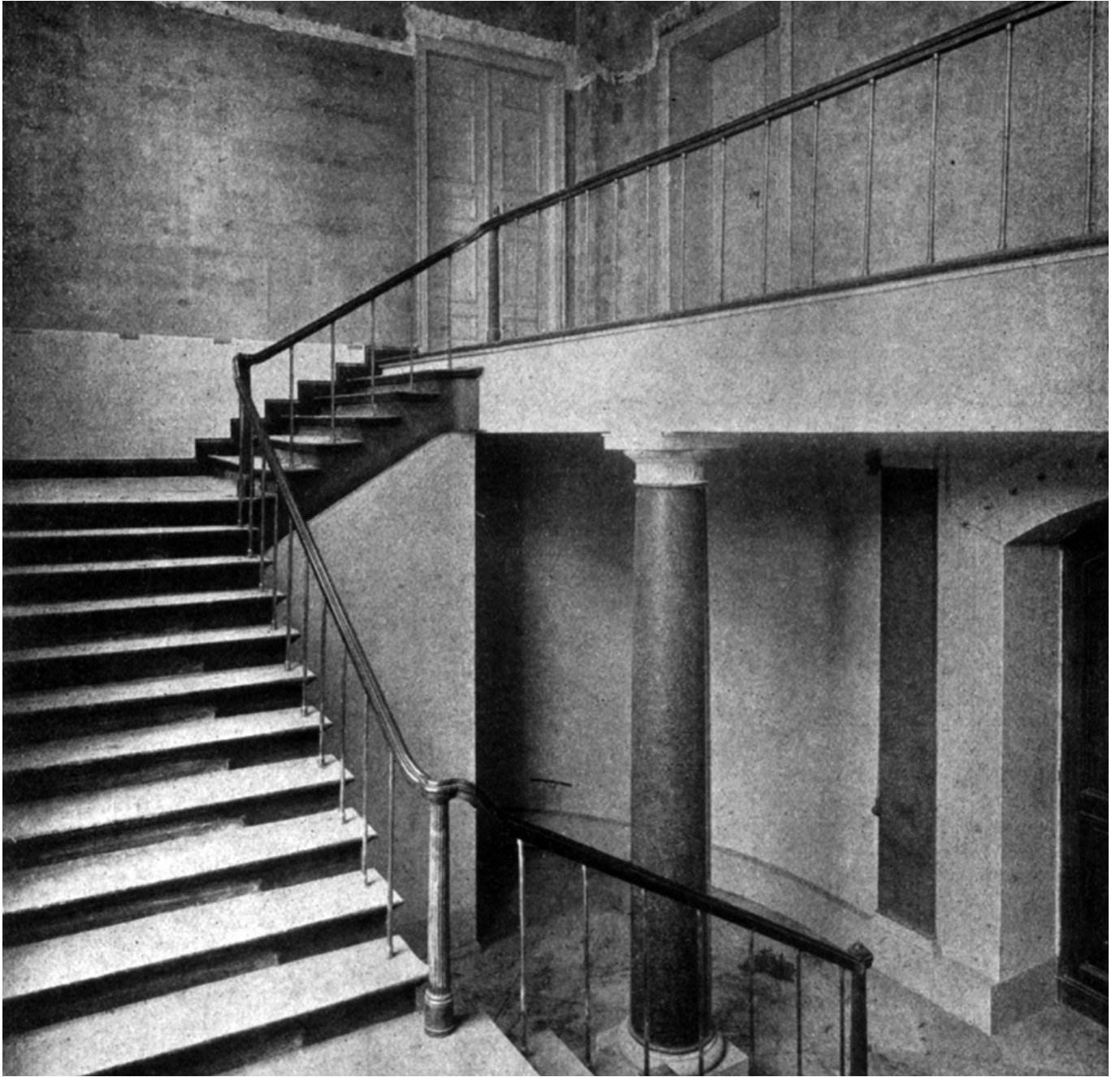
- Psykofarmaka kan i nogle tilfælde gøre psykotiske symptomer værre og øge sandsynligheden for, at de optræder. Medikamenterne kan ændre receptorerne for neurotransmittere som dopamin og derved gøre personen "overdisponeret" for psykotisk "tilbagefald", ligesom følsomheden overfor emotioner og oplevelser generelt kan øges. Enkelte fortæller at deres første psykotiske symptomer eller selvmordstanker optrådte efter de var begyndt at tage psykofarmaka. Nogle gange reagerer lægerne så ved at stille en mere alvorlig diagnose og ordinere mere psykofarmaka.
- Nogle præparater bærer nu en advarsel mod øget risiko for selvmord, selvskade og voldelig adfærd.
- Mange oplever negative personlighedsændringer, som at de ikke føler sig som sig selv, føler sig dopet, følelsesmæssigt sløvet, har en nedsat kreativitet og nedsat psykisk/spirituel åbenhed.
- Mennesker, som tager psykofarmaka, især antipsykotika, har somme tider en højere sandsynlighed for at få langvarige problemer og blive kroniske psykiatriske patienter. Mennesker i lande, der bruger mindre medicin, kommer sig oftere end i lande, hvor der anvendes en masse medicin; og Soteria og Åben Dialog projekterne viser at mindre medicinering kan forebygge kronificering.
- Når du først er på medicin, kan din personlighed og din evne til at tænke kritisk ændre sig meget. Det kan blive svært at vurdere medikamentets nytteværdi korrekt. Måske ville du have bedst af at stoppe med medicinen, uden at du bliver klar over det pga. den måde, medicinen påvirker din tænkning. Overmedicinering, især med antipsykotika, er en form for kemisk spændetrøje.
- Psykofarmaka kan afbryde og nedsætte sindets naturlige evne til at regulere og hele emotionelle problemer. Mange fortæller, at de måtte lære på ny, hvordan man takler vanskelige følelser, efter de stoppede med at tage psykofarmaka. At være alt for medicineret kan gøre det mere vanskeligt at arbejde sig igennem de følelser, der ligger bag ens lidelse.
- Nogle mennesker, selv blandt dem der går gennem galskabens værste dybder, siger, at de ved at gå igennem deres oplevelser snarere end ved at undertrykke dem kommer stærkere ud på den anden side. Nogle gange kan det at blive gal være indgangen til personlig forandring. Kunstnere, filosoffer, digtere, forfattere og healere tillægger ofte indsigterne, vundet igennem "negative" følelser og ekstreme sindstilstande, en enormt stor værdi. Medicin kan være nyttig for nogen, men for andre kan den tilsøre den mulige værdi af og mening med "galskaben".

Andre risici ved og betragtninger om psykofarmaka

For at forstå udtrappings-processen skal du overveje en del forskellige faktorer, du måske ikke har tænkt på før:

- Selv om der ikke tales meget om det offentligt, kan støtte fra ligestillede, alternative behandlingsstilbud, samtalerapi, at se tiden an og selv placeboeffekten være mere virkningsfulde end psykofarmaka, og uden at have deres risici.
- At blive ved med at tage piller hver dag er svært for enhver. At gå glip af en dosis psykofarmaka kan være farligt pga. abstinenssymptomerne, hvilket gør dig sårbar, hvis medikamentet ikke tages regelmæssigt.
- Læger ser typisk deres patienter med uregelmæssige mellemrum til korte samtaler, hvilket gør det mindre sandsynligt, at potentielle, alvorlige bivirkninger opdages.
- For mennesker med en psykiatrisk diagnose er det ofte vanskeligt at tegne forsikring og deres fysiske helbredsproblemer bliver ofte ikke taget alvorligt.
- At tage psykofarmaka betyder ofte at kontrollen overlades til en læge, der måske ikke træffer de bedste beslutninger for dig.
- Medicinen kan være dyr, så du hænger fast i arbejde og forsikringsordninger.
- Medicineringen hænger sommetider sammen med en førtidspension, som kan være nyttig, men også kan blive en livsvarig fælde.
- At tage psykofarmaka kan betyde, at samfundet opfatter dig som værende psykisk syg, og at du begynder at se dig selv i den rolle. Stigmatiseringen, diskriminationen og fordommene kan være ødelæggende og endda skabe en selvopfyldende profeti. Diagnoser kan ikke blive fjernet fra dine personlige oplysninger på samme måde som kriminalitet kan blive fjernet fra en straffeattest. Studier viser at forsøget med at overbevise folk om, at "psykisk sygdom er en sygdom som alle andre", er en strategi, der faktisk virker stik modsat hensigten og fremmer negative holdninger.
- Psykofarmaka kan formidle den forkerte holdning, at "normal" tilstand er ensbetydende med at være produktiv, glad og veltilpasset hele tiden, uden stemningsskift, dårlige dage eller stærke følelser. Dette understøtter en forløren standard om, hvad det vil sige at være menneske.
- Medicinering kan medføre, at man opfatter normale følelser som "symptomer" på sygdom, der skal stoppes, og går glip af processen med at gennearbejde og tage ved lære af svære følelser.
- At tage psykofarmaka kan fremkalde et passivt håb på en "mirakelkur", frem for at man tager et personligt og fælles ansvar for at skabe forandring.





Hvad udtrapningen gør ved din hjerne og din krop

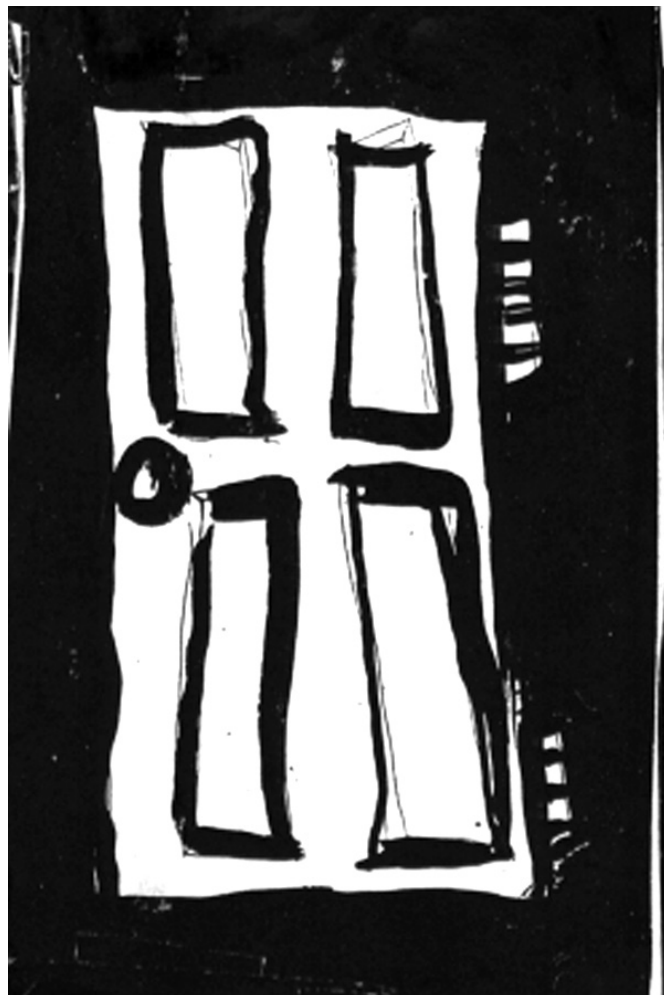
Alle psykofarmaka virker udover placebo ved at forårsage organiske forandringer i hjernen. Derfor fører udtrapning til abstinenssymptomer: din hjerne vænner sig til stoffets tilstedeværen og har svært ved at tilpasse sig, når stoffet fjernes. Det tager noget tid for din hjerne, at bringe receptorernes og de kemiske stoffers aktivitet tilbage til det oprindelige niveau, niveauet før medikamentet kom i brug. Mens læger somme tider bruger forvirrende begreber som "nødvendighed", "tilbagefald" og "ophørssyndrom" (og at der ikke er tolerance i form af behov for øget dosis), er den virkning af psykofarmaka, der forårsager abstinenssymptomerne, grundlæggende den samme som ved al anden afhængighed. *Som regel er langsom udtrapning bedst: det giver hjerne og sind tid at vænne sig til at skulle undvære stoffet. Hurtig udtrapning giver ikke din hjerne tid nok til at tilpasse sig, og du risikerer at opleve langt værre abstinenssymptomer.*

Vigtigt: symptomerne ved udtrapningen af psykofarmaka kan til tider se ligesådan ud som den "psykiske sygdom", medikamenterne i første omgang blev ordineret for.

Mennesker, der trapper ud af psykofarmaka, kan få angst, mani, panik, depression og andre smertefulde symptomer. De kan blive "psykotiske" eller få andre symptomer, alene på grund af udtrapningen, ikke på grund af en aktual "forstyrrelse" eller tilstand. Dette kan være det samme eller endda værre, end hvad der blev betegnet som psykose eller psykisk forstyrrelse inden medikamentet blev taget. Typisk fortæller man så folk, at det viser, at deres sygdom er vendt tilbage, og at de derfor behøver medikamentet. *Ikke desto mindre kan det være effekten af udtrapningen, der forårsager disse symptomer.*

Abstinenssymptomer beviser ikke nødvendigvis, at du har brug for psykofarmaka, mere end at hovedpine, efter du er holdt op med at drikke kaffe, beviser at du har brug for koffein, eller at et delirium, efter du er holdt op med at drikke alkohol, viser at du har brug for at drikke alkohol. Det betyder bare, at din hjerne er blevet afhængig af stoffet, og har svært ved at vænne sig til en lavere dosis af det. Psykofarmaka er ikke som insulin for en diabetiker: de er et værktøj eller et mestringsredskab.

Hvis du har taget psykofarmaka i årevis, kan det dog somme tider tage år at reducere dem eller trappe helt ud, eller måske har du udviklet en langvarig fysisk eller psykisk afhængighed. Sommetider udvikler mennesker, der tager disse stoffer, vedvarende abstinenssymptomer og kemiske hjerneskader. De behøver ikke at være permanente, men nogle gange lever mennesker resten af deres liv med disse hjerneforandringer. Videnskaben troede, at hjernen



ikke kunne danne nye celler eller helbrede sig selv, men vi ved nu, at det er forkert. Alle kan hele: nyere forskning i "neurogenese" og "neuroplasticitet" viser at hjernen altid vokser og ændrer sig. Venskaber og kærlighed sammen med en sund livsstil, ernæring og en positiv indstilling hjælper til at understøtte og fremme din hjerne og krop i at hele.

Måske når du frem til, at målet med at trappe helt ud, ikke er det rigtige for dig lige nu. Måske føler du dig bedre ved at tage medikamentet og beslutter i stedet at trappe ned eller blive på den samme dosis og fokusere på andre måder at forbedre din livskvalitet på. Du skal følge dine egne behov uden fordømmelse eller skyld: sørg for at få støtte til dine beslutninger, hvis du føler skam eller magtesløshed.



Hvorfor ønsker folk at stoppe med at tage psykofarmaka?

Ofte fortæller man folk, at, lige meget hvilke negative bivirkninger de måtte opleve, så er det altid bedre at tage psykofarmaka end at lide under "ubehandlede" sindslidelser. Nogle læger hævder, at sindslidelser har en tendens til at blive værre, at hurtigst mulig medicinering altid er bedst eller at galskab forgifter og at medicin beskytter nervesystemet. Disse teorier er og bliver udokumenterede – selvom vedvarende kriser og et liv ude af kontrol bestemt kan ophobe belastningsgraden. Læger spreder unødvendigt frygt: selvom medicin hjælper mange mennesker, har mange

andre fundet veje til at komme sig uden psykofarmaka. Mange fortæller, at deres liv er langt bedre uden dem. Alle er forskellige, men sommetider klarer folk "psykotiske" tilstande succesfuldt uden medikamenter. Forskellige, ikke-vesterske kulturer forholder sig til og forstår ofte disse oplevelser anderledes, endda nogle gange ved at betragte dem som positive og spirituelle. Det er og bliver et personligt anliggende, hvordan man forholder sig til galskab.



Det er ikke et enten-eller-valg mellem at tage psykofarmaka og at gøre ingenting ved dine problemer. Der findes mange alternativer, du kan prøve. Faktisk kan nogle af de problemer, der betegnes som "psykisk sygdom", hos nogle mennesker vise sig at være forårsaget af de medikamenter, de tager.

Skadesreduktion og fortsat indtagelse af psykofarmaka

Måske beslutter du, grundet krisens omfang og mangel på brugbare alternativer, at du vil blive ved med at tage psykofarmaka. **Føl dig ikke dømt ude for at træffe den bedst mulige beslutning. Du har ret til at gøre det, der er bedst for dig**, og andre mennesker ved ikke, hvordan det er at leve dit liv. Det kan stadig være en god idé, at overveje en skadesreducerende tilgang. Du kan foretage alle mulige ændringer for at øge din livskvalitet og for at minimere risikoen, der er forbundet med de medikamenter, du tager:

- Lad ikke alt være op til medicinen. Gå aktivt op i dit generelle helbred, se eventuelt på alternative behandlinger og tilgange til at øge dit velbefindende. At finde nye kilder til at tage vare på dig selv kan mildne bivirkninger og måske nedsætte dit behov for medicin.
- Få jævnlige helbredsundersøgelser og hold løbende kontakt vedrørende din medicin. Få støtte fra venner og familie, du kan stole på.
- Sørg for at have de recepter og forsyninger, du har behov for, eftersom manglende doser kan stresser din krop og din hjerne. Hvis du glemmer at tage medicin en dag, skal du ikke fordoble dosis næste dag.
- Hvis du tager andre medikamenter så pas på eventuelle interaktioner med psykofarmaka. Pas på med at blande psykofarmaka med fritidsstoffer eller alkohol, hvilket kan gøre bivirkningerne værre og være farligt.
- Stol ikke alene på din læge med hensyn til vejledning. Lær noget selv og tag kontakt til andre mennesker, der tager de samme medikamenter som dig.
- Opsøg forskellige kilder for at lære så meget, du kan, om din medicin. Gør brug af ernæring, urter og kosttilskud for at reducere bivirkningerne.
- Overvej at sætte dosen af din medicin ned, selv om du ikke vil trappe helt ud. Husk at selv en mindre nedsættelse af dosis kan forårsage abstinenssymptomer.
- Hvis du starter på et medikament for første gang: nogle mennesker fortæller, at en ekstremt lav dosis, meget lavere end den anbefalede, sommetider kan være effektiv med færre risici.
- Prøv at reducere antallet af forskellige medikamenter, du tager, til dem, du føler er virkelig nødvendige, mens du tager højde for, hvilke der indebærer de største risici. Hold dig til tidsbegrænset anvendelse, hvis du kan.
- Få taget regelmæssige prøver for overvågning af medicin-virkninger og sørg for at der udarbejdes planer i forbindelse med nye medikamenter. Prøverne kan omhandle: skjoldbruskkirtel, elektrolytter, glukose, litium-niveau, knogletæthed, blodtryk, lever, elektrokardiogram, nyrer, kognition, prolaktin og screening for andre bivirkninger. Få taget de mest pålidelige tests for at opdage evt. problemer tidligt.
- Antipsykotika bliver længe i kroppen og nogle studier foreslår, at medicinfrihed en dag eller to kan mindske giftvirkningen. Husk at alle er forskellige.
- Prøv at udforske dit følelsesmæssige forhold til din medicin. Tegn et billede, lav et rollespil, giv medicinen en stemme og en besked og hav en dialog. Kender du til, hvilken energi eller tilstand medicinen bibringer dig? Kan du finde andre måder til at opnå den energi eller tilstand?



Jeg vil gerne trappe ud af psykofarmaka, men min læge er imod. Hvad skal jeg gøre?

Mange læger har en kontrollerende holdning over for deres patienter, og støtter ikke en beslutning om at reducere eller trappe ud af psykofarmaka. De kan finde på at bruge frygten for indlæggelse og selvmordsfaren som en trussel. Nogle betragter sig som vogtere over dig og føler, at hvad der end måtte ske dig, så er det deres ansvar. Andre møder aldrig folk, der med succes er kommet sig, eller de har været ude for så mange kriser efter pludseligt ophør, at de antager, at ingen kan trappe ud.

Hvis din læge ikke støtter dine mål, så bed ham/hende om at forklare sine grunde punkt for punkt. Overvej grundigt det, der bliver sagt - måske vil du revurdere din plan eller udskyde den, hvis det, lægen siger, giver mening. Måske vil du også have en ven eller bisidder til at hjælpe med at fremføre din sag for lægen, specielt hvis det er en person med autoritet, som et familiemedlem, en terapeut eller behandler. Beskriv dine grunde klart. Forklar at du forstår risikofaktorerne, og beskriv hvordan du forbereder dig med en god og velovervejet plan til at påbegynde en medicinændring. Giv din læge en kopi af denne guide og gør ham/hende bekendt med studierne bag din beslutning og med, at det for mange mennesker lykkes at reducere og trappe ud af deres medicin. Mind din læge om, at hans/hendes opgave er at hjælpe dig til at hjælpe dig selv og ikke at styre dit liv for dig, samt at det er dig, der selv skal tage chancen.

I alle grene af sundhedsvæsenet bliver patienterne i dag selvbestemmende forbrugere, så lad være med at give op! Du kan blive nødt til at informere din læge, at du alligevel vil påbegynde din plan: nogle gange får det lægen til at samarbejde, selv om han/hun ikke er enig. Hvis din læge stadig ikke vil støtte dig så overvej at skifte til en anden. Du kan også henvende dig til en behandler, såsom en sygeplejerske, naturlæge eller akupunktør. Nogle gange går folk også i gang med at trappe ned eller ud af medicinen, uden at underrette deres læge eller rådgiver. Dette kan være meget forståeligt, men måske ikke det bedste, hvis du for eksempel har indkomster, som du kan risikere at miste, hvis du bliver betragtet som værende "ikke samarbejdsvillig". Overvej risikofaktorerne grundigt i dette tilfælde.

Den førende britiske organisation MIND fandt i sin studie om udtrapning af psykofarmaka frem til, at **"Mennesker, der trappede ud af deres medicin mod deres læges råd, var lige så succesfulde som dem, hvis læge var enig i at de skulle trappe ud."** Som følge af dette resultat indså MIND, at læger sommetider er for kontrollerende og ændrede sin officielle politik: MIND anbefaler ikke længere udtrapning kun med lægens godkendelse. Som regel er det imidlertid bedst med støtte, så prøv så vidt muligt at samarbejde med lægen.

Før du starter udtrapningen

Vi er alle forskellige, og der findes ikke nogen skabelon eller standardregel for udtrapningen af psykofarmaka.

Det følgende er en generaliseret trin-for-trin-tilgang, som mange har fundet nyttig. Den er ment til at blive udformet og forandret efter dine behov. Vær opmærksom: følg hvad din krop og dit hjerte siger og hør på de råd, folk giver, som står dig nær. Endeligt: skriv ned hvordan du reducerer din medicin, og hvad der sker, så du kan følge de forandringer, du oplever, og så andre kan lære af dine erfaringer.

FÅ INFORMATION OM DINE MEDIKAMENTER OG UDTRAPNING

Forbered dig ved at lære alt det, du kan, om udtrapning af din medicin. Læs i mainstream- og alternative kilder. Find og snak med mennesker, for hvem udtrapningen er lykkedes. Oplis dine bivirkninger og vær sikker på, at du får foretaget de rigtige undersøgelser. Flere kilder er oplistet sidst i denne guide.



TIMING

Hvornår er det et godt tidspunkt til at starte udtrapningen? Hvornår er det et dårligt tidspunkt?

Hvis du vil trappe ned eller ud af medicin, er timingen meget vigtig. Som regel er det bedst at vente, til du har forberedt alt, der skal forberedes, i stedet for at starte uforberedt. Men nogle gange kan medicinen selv gøre det svært. Husk at udtrapning kan være et langtidsprojekt, så overvej at forberede dig på samme måde, som du ville gøre det til en hvilken som helst anden stor ændring i dit liv. Sandsynligvis vil udtrapningen ikke være en løsning i sig selv, men begyndelsen til nye erfaringer og udfordringer.

- Har du stabile boligforhold og regelmæssighed i din hverdag og dine relationer? Ville det være bedre, først at fokusere på disse ting?
- Er der større problemer eller emner i dit liv, som du har udskudt, der kræver opmærksomhed? Er der ting, der bekymrer dig, som du skulle prioritere? At få ordnet sådanne ting kan hjælpe dig til at føle mere kontrol.
- Er du lige blevet udskrevet fra hospitalet, eller havde du en krise for nylig? Er det et dårligt tidspunkt at starte udtrapning, eller er medicinen en del af problemet?
- Har du noget du skal fejre på den her tid af året? Er du følsom over for vejret eller mørket? Kom de måneder i forkøbet, hvor du måske har det sværest.
- Bemærker du en forværring af medicinens virkemåde, eller har du taget medicin i lang tid og føler dig "fanget"? Har du følt dig mere stabil og i stand til at se vanskelige følelser i øjnene? Så kan det være et godt tidspunkt til at forberede udtrapning.
- Lav en liste over stressfaktorer som førte til kriser førhen. Hvor mange af dem er stadig aktuelle? Er der nogen du kan foregribe i fremtiden? Giv dig selv tid til at tage fat på det, før du starter med at trappe ned.

PLANLÆG STØTTEFORANSTALTNINGER

- **Få hjælp, hvis du kan.** Udbyg et samarbejdsforhold med en læge eller behandler, diskuter med venner og familiemedlemmer og få hjælp med planlægningen. Forklar at du kan komme ud for stærke følelser. Vær sikker på, at de ved, at udtrapning kan være hårdt, og at abstinenssymptomer ikke nødvendigvis betyder, at du har fået "tilbagefald", eller at du skal tage medicinen igen. Lav en liste over folk, du kan kontakte og bo hos, hvis det bliver for svært. At mangle støtte er ikke nødvendigvis en hindring i at trappe ud af medicinen - nogle mennesker har gjort det helt alene - men som regel er et støttende fællesskab en afgørende faktor for enhvers velbefindende.
- **Lav en liste over udløsende faktorer og advarselstegn.** Hvordan kan du vide, at du måske er på vej mod en krise, og hvad vil du så gøre? Søvn, isolation, stærke følelser eller ændret sindstilstand kan vise, at du har brug for ekstra omsorg og støtte til dit velbefindende.
- **Lav en "Mad Map" eller en "forhåndserklæring",** der fortæller folk, hvad de skal gøre, hvis du får problemer med at kommunikere eller sørge for dig selv. Medtag instruktioner om, hvad man kan sige til dig, hvem der skal kontaktes, og hvordan der kan hjælpes, samt information om hvilken behandling og medicinering du foretrækker. Sygehuse og professionelle vil tage hensyn til din forhåndserklæring som en rettesnor, og med tiden

bliver den måske juridisk bindende som et livstestamente. Husk at sygehuset bare er et skridt i en længere læreproces, ikke et tegn på fiasko. (Læs mere om psykiatriske forhåndserklæringer i USA på *National Resource Center on Psychiatric Advance Directives* hjemmeside www.nrc-pad.org; i Tyskland, Østrig og Schweiz på: www.antipsychieverlag.de/info/voraus.htm eller på www.patverfue.de/en og om Psykiatrisk Testamente i Danmark på www.lap.dk).

- **Få en grundig helbredsundersøgelse** hos en behandler, der kan bedømme dit velbefindende sikkert og kan tilbyde genopbyggende og forebyggende måder at forbedre dit helbred. **Mange mennesker med psykiatriske diagnoser har ubehandlede fysiske sundhedsproblemer.** Kroniske medicinske eller tandproblemer, kontakt med giftstoffer, smerter, hormonforstyrrelse og binyrtræthed kan alle underminere dit helbred og gøre det sværere at trappe ned eller ud af din medicin. Betændelse i skjoldbruskkirtlen, alvorlig tungmetalforgiftning, kuldioxid-forgiftning, blodmangel, lupus, cøliaki, allergier, forhøjet blodsukker, Addisons og Cushings sygdom, epilepsi og andre tilstande kan alle få det til at ligne psykisk sygdom. Tag dig tid til at arbejde med dit fysiske helbred, også til at lede efter overkommelige løsninger. Overvej en holistisk behandler: mange tilbyder behandling mod et reduceret beløb eller indgår en byttehandel.





- **Vær ekstra opmærksom på dit helbred under udtrapningen.** Den er en stressende afgiftningsproces. Styrk dit immunforsvar med masser af hvile, frisk vand, sund mad, motion, sollys, ture i naturen og kontakt med dine medmennesker. Få dine vaner for eget velvære på plads, inden du begynder.

INDSTILLING

Tro på at du *kan* forbedre dit liv. Med den rette indstilling vil du være i stand til at foretage positive ændringer, uanset om det er at trappe ned eller ud af din medicin eller øge dit velbefindende. Mange mennesker, selv om de har været på høje doser af psykofarmaka i årtier, er trappet ud, og andre har nedsat dosen eller forbedret deres livskvalitet på anden måde. Tro på din evne til at tage større kontrol over dit helbred og dit liv. Sørg for, at dine medmennesker tror på din evne til at foretage ændringer.

Husk på, at alene det at sætte din dosis ned kan være et stort skridt og kan være nok, så vær fleksibel! Det, der er vigtigt, er at du tror på din evne til at forbedre dit liv og tage ansvar for dine valg angående medicinen.

VÆR FORBEREDT PÅ AT OPLEVE STÆRKE EMOTIONER

Hvis du trapper ud af psykofarmaka, kan du være nødt til at lære nye måder at klare følelser og oplevelser på. Du bliver måske mere følsom og sårbar et stykke tid. Vær tålmodig med dig selv og gør

dit bedste, med støtte. Husk at livet til stadighed stiller os over for udfordringer: stærke følelser behøver ikke at være tegn på krise eller symptomer med behov for mere medicin. Det er i orden sommetider at have negative følelser eller at komme i ændrede bevidsthedstilstande: de kan være en del af den rigdom og dybde, som er dig. Snak med andre om, hvad du gennemgår, prøv at holde forbindelsen med hvad du føler i din krop og byg dine evner langsomt op. Gør folk i dine nærmeste omgivelser opmærksom på, hvad de kan sige og gøre for at hjælpe.

PLANLÆG ALTERNATIVE MESTRINGSSTRATEGIER

Det er ikke altid muligt, men skab alternativer før du starter udtrapningen, hvis du kan. Du har sat din lid til medicinen som hjælp til at klare dig, og kan have brug for nye mestringsredskaber. Der findes mange alternativer, som ernæring, holistisk behandling, motion, støttegrupper, terapi, spiritualitet, og at være i naturen. Vi er alle forskellige, så det kan tage dig lidt tid at finde den "personlige medicin", der virker for dig. Måske skal du først få noget tillid til dine nye værktøjer, før du begynder på udtrapningen. Sørg for at dine støttepersoner kender til dine alternativer og kan minde dig om at gøre brug af dem. Giv dig tid til at få alternativerne på plads først, hvis du kan.

At arbejde med angsten

Mange mennesker, der er trappet ud af psykofarmaka, fortæller at angsten er den største forhindring for at begynde processen. Du kan være bange for at blive indlagt på sygehuset igen, at miste et arbejde, at der opstår konflikter med venner og familie, at stærkt forandrede bevidsthedstilstande fremprovokeres, at blive konfronteret med vanskelige abstinenssymptomer, at selvmordstanker opstår og for at lægge et værktøj fra dig, som hjælper dig med at klare tilgrundliggende følelser og problemer. Og siden der er reelle risici, er noget af angsten nok berettiget.

At påbegynde medicinudtrapping er som at begive sig ud på en rejse: det ukendte kan være en spændende mulighed eller en skræmmende trussel. **Det er vigtigt at erkende, at du måske er blevet en helt anden person, end den du var, da du begyndte med at tage psykofarmaka.** Måske er du vokset, har udviklet nye evner, og er nået frem til en ny forståelse. Du håndterer ting anderledes end dengang, du

første gang blev sat i medicinsk behandling: måske er tidligere stressfaktorer forsvundet, og livsomstændighederne kan have ændret sig. Uanset hvilke vanskeligheder, du har, er de ikke nødvendigvis symptomer på en sygdom eller tegn på, at du har brug for medicin.

Det kan være en hjælp at lave en liste over dine bekymringer og få en ven til at se på, hvad der er realistisk, og hvad der kan være overdrevet, samt også komme med betænkeligheder, du måske ikke selv har tænkt over. Kan du være realistisk, når det kommer til dine bekymringer og alle de forskellige eventualiteter? Hvilke resurser, redskaber og støttemuligheder har du? Kan du finde plads til håb - og forandring?

Fremtiden behøver ikke nødvendigvis at være som fortiden: lad ikke et stempel på en "forstyrrelse" eller en dyster prognose fra en læge overbevise dig om, at recovery er umulig.

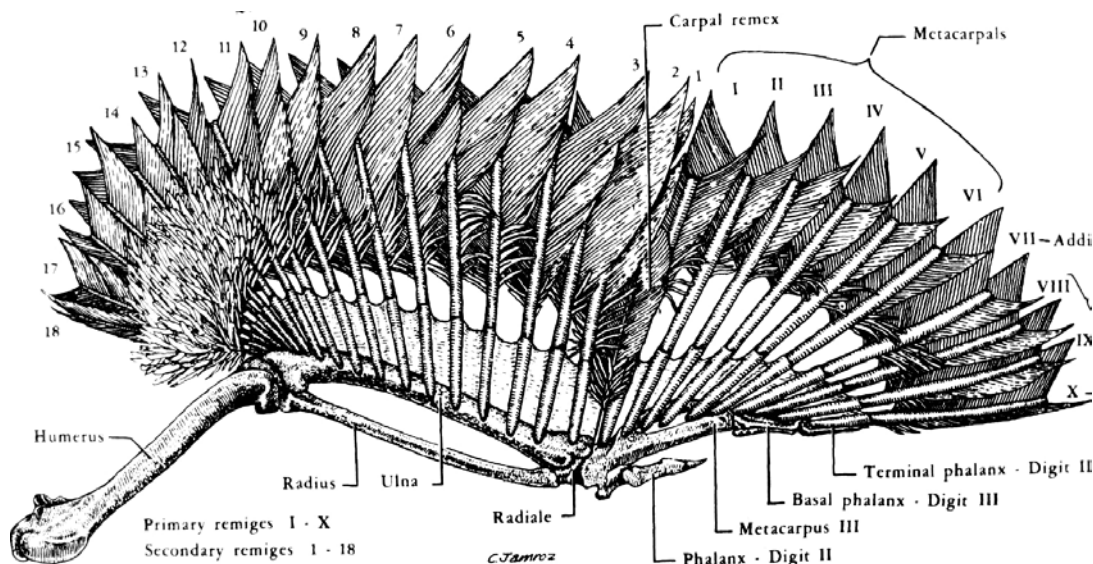
Periodisk anvendelse: at tage medicin af og til



Nogle medikamenter er et stykke tid om at begynde at virke i kroppen, mens andre - specielt midler mod søvnproblemer og angst - virker med det samme. Det kan være klogt, at bruge dem indimellem for at få søvn, forebygge en krise eller for at beskytte dig, hvis ekstreme følelser begynder at tage magten fra dig. Vær fleksibel, men forsigtig med at overveje mellemvejen mellem dagligt brug og periodisk brug efter behov. Mange mennesker, der trapper ud af medicinen, vælger efter nogen tid at starte på dem igen, fx ved kortvarigt at bruge et antipsykotikum eller benzodiazepin, når de føler behov for det. Men der findes meget lidt forskning om mulige risici ved at trappe ud af litium, antidepressiva eller antiepileptika for derefter at påbegynde dem igen.

Hvad er alternativerne til psykofarmaka?

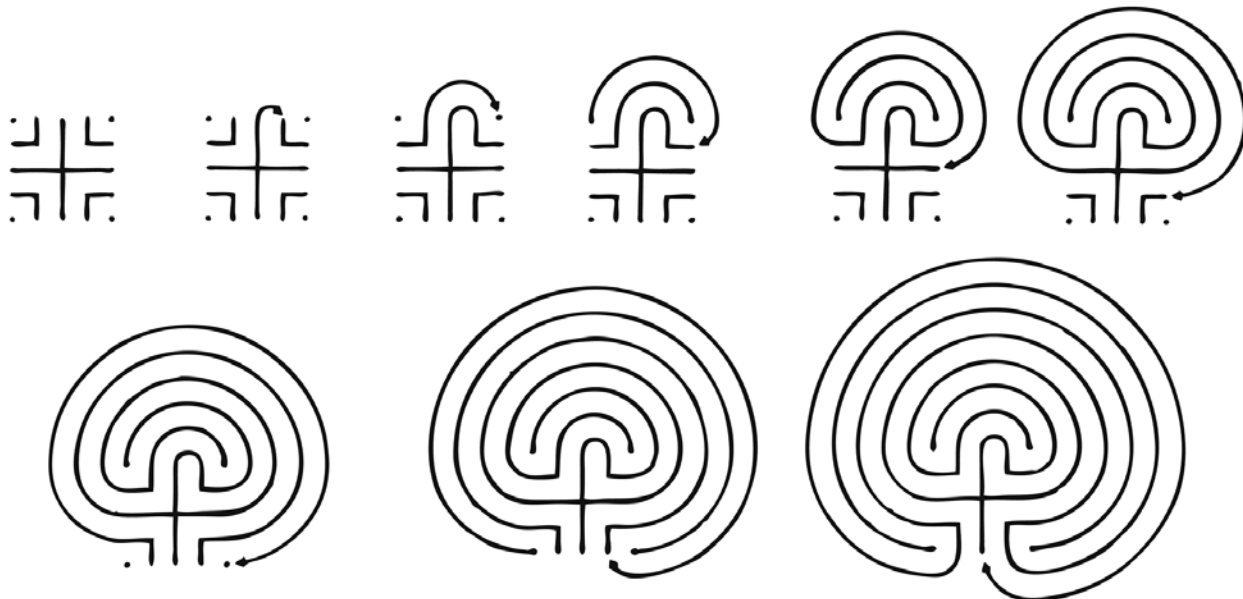
- **Venskaber med mennesker, der tror på din evne til at tage styring i dit liv, kan være altafgørende.** Bedst er det, hvis det er personer, der har set dig på dine "dårlige dage", som du kan være ærlig overfor, der er dér for dig, når du har det svært og er forberedt på de vanskeligheder, udtrapningen kan medføre. Samtidig bør det være venner, der kender deres begrænsning, mht. hvad de kan tilbyde, og ved hvordan man siger "nej" for at beskytte sig selv mod udbrændthed.
- **Overvej at droppe fritidsstoffer og alkohol.** Mange er mere følsomme, end andre. Så hvad der påvirker dine venner på én måde kan påvirke dig noget mere. At holde dig fra fritidsstoffer og alkohol kan forbedre dit psykiske helbred, og selv mildere stoffer som koffein kan underminere helbred, stabilitet og søvn for nogle vedkommende. Sukker (juice, der indeholder frugtsukker, inkluderet) og chokolade kan også have en virkning på ens humør, og nogle oplever endda reaktioner på blodsukkerniveauet eller på koffein, der bliver fejlførtolket som psykose. Vær forsigtig med hash, for nogle kan det lette abstinenssymptomerne (specielt CBD), mens det for andre kan bidrage til at udløse en depression eller psykotisk krise.
- **Hvile.** Find måder at sikre dig en sund søvnrutine. Receptpligtig medicin, som midlertidig brug af benzodiazepiner, kan være en god nødløsning, men prøv først med motion, urter som baldrian (brug kun indimellem) og skjolddrager, homøopati, eller tilskud som melatonin, kalcium og magnesium. Hvis du har svært ved at falde i søvn, så se om der er stressfaktorer eller konflikter, der kunne tænkes at bidrage til det, og overvej at undgå koffein, som f.eks. i kaffe og cola. Selv om du får tilstrækkeligt mange timer med søvn, er det bedst at komme i seng før kl. 23. Giv dig selv noget tid til at koble af, uden computeren og andet stimulerende, før du går i seng. Tag korte lur, hvis det ikke forstyrrer din nattesøvn, og hvis du slet ikke kan sove, så kan det stadig gavne noget at ligge og hvile, mens du er vågen.
- **Vent til det går over.** Nogle gange er tiden på din side, specielt under en udtrapning, og din naturlige helingsproces skal bare have tid.
- **Ernæring kan spille en stor rolle for psykisk stabilitet og helbredet generelt.** Find ud af, hvilke fødevarer du muligvis er allergisk over for, såsom gluten, koffein og mælk. Overvej at



tage kosttilskud, som mange har oplevet giver hjernen næring og hjælper kroppen til at hele, som vitamin C, fiskeolie, essentielle fedtsyrer, vitamin D og B, aminosyrer (som GABA, 5-HTP, tyrosin og teanin) og probiotika for at genopbygge en sund fordøjelse. Spis mange grøntsager, proteinholdig kost, frisk frugt og sunde, mættede fedtstoffer og undgå fastfood (prøv at skifte fra mad, som du føler trang til, til et sundere alternativ). Vær påpasselig med en vegetarisk eller vegansk diæt – det kan hjælpe, men det kan også gøre dig svag og mindre groundet. Nogle mennesker reagerer på kunstige sødestoffer, konserveringsmidler og andre kemiske stoffer i forarbejdede madvarer. Lær om madvarers glykæmiske index, hvis dit blodsukker er ustabil. Hvis du tager urter eller lægemidler mod somatisk sygdom, så tal med en herbalist om vekselvirkninger med kosttilskud, specielt hvis du er gravid eller ammer.

- **Motion** som gåture, udstrækning, idræt, svømning eller cykling kan reducere angst og stress betydeligt. Motion hjælper også kroppen med at afgifte. Nogle oplever også meditation som meget nyttig ved stress.
- **Drik rigeligt med frisk vand** (uden tilsætninger) i løbet af dagen, vand er afgørende for din krops evne til at afgifte sig. Hvert glas alkohol, kaffe, sort te eller sodavand dehydrerer dig og skal erstattes af den samme mængde vand. Overvej et filter, hvis dit postevand ikke er af god kvalitet. Hvis du bliver overophedet, sveder eller bliver dehydreret så sørg for at erstatte sukker, natrium- og kaliumelektrolytterne.
- **Kemisk forurening og miljøgifte kan stresser kroppen og forårsage fysiske og psykiske problemer**, der somme tider kan være ret alvorlige. Undgå så vidt muligt kontakt med forurenende stoffer som gasser fra møbler og tæpper, rengøringsmidler, støj, maling, kulilte, udendørsforurening og lysstofbelysning. Overvej grundigt at få fjernet amalgamfyldninger i tænderne. Nogle mennesker bliver mere følsomme overfor giftstoffer under udtrapningen af psykofarmaka.
- **Kig nærmere på andre medikamenter, som du tager** for somatiske problemer. Nogle, som steroidet Prednison kan også forårsage angst, søvnforstyrrelser og psykoser.

- **Hormoner spiller en stor rolle mht. emotionel stabilitet.** Få hjælp fra en behandler, hvis din menstruationscyklus er uregelmæssig, eller du oplever store hormonforandringer.
- **Nogle holistiske behandlere som homøopater, naturopater, herbalister og akupunktører hjælper folk med at trappe ned i psykofarmaka.** De kan tilbyde virkningsfulde, ugiftige alternativer, der kan hjælpe ved angst, søvnløshed og andre symptomer. Prøv at gennemføre anbefalede livsstilsændringer som kost og motion. Hvis penge er et problem så vær ihærdig, nogle behandlere har rabatordninger. Få en anbefaling fra nogen du stoler på, da nogle alternative behandlere er upålidelige. Undersøg bivirkninger og vekselvirkninger med andre medikamenter, hvis du tager urter eller kosttilskud (mange læger og mainstreamkilder overdriver risici ved urter og kosttilskud).
- **En selvhjælpsgruppe, terapeut, kropsterapeut eller healer kan være meget nyttig.** Giv dig selv tid til at falde til som ny deltager eller klient.
- **Mange oplever, at spiritualitet hjælper med at udholde lidelse.** Find et tilbud, der ikke dømmes dig, men accepterer dig for den, du er.
- **At være ude i naturen og omgivet af planter og dyr** kan hjælpe dig med at hvile i dig selv og få et større perspektiv på din situation.
- **Kunst, musik, håndværk, dans og kreativitet er kraftfulde måder at udtrykke, hvad der ikke kan udtrykkes med ord, og finde mening i det du går igennem.** Selv en blyantstegning i en dagbog, eller en enkel kollage med emnet "Hvad føler jeg lige nu?" kan være meget nyttige. At lytte til intens musik, også med høretelefoner, har været en livline for mange.
- **Overvej online-selvhjælpsgrupper** som www.benzo.org.uk og www.theicarusproject.net i tillæg til, men om muligt ikke som erstatning for, direkte støtte.



Udtrapping: trin for trin

AT NEDSÆTTE MEDICINDOSIS SIKKERT

Det følgende er generelle overvejelser, og der findes ikke én opskrift, der passer på alle og enhver.

- **I reglen er det bedst at gå langsomt frem og trappe gradvist ud.** Selv om nogle mennesker er i stand til at stoppe på én gang med succes, kan et pludseligt stop med at tage psyko-farmaka fremprovokere farlige abstinenssymptomer, deriblandt kramper og psykose. Generelt gælder det, at jo længere tid man har taget medikamentet, jo længere tid kan man have brug for til at trappe ud. Nogle mennesker bruger år på at trappe heldigt ud.
- **Start med et enkelt medikament.** Vælg det, der giver dig de værste bivirkninger, det du føler er mindst nødvendigt, det der sandsynligvis er nemmest at trappe ud af, eller det du helst vil trappe ud af, først. Depotinjektioners virkning fortager sig ganske vist gradvist, men overvej at tage et tilsvarende medikament i tabletform, så du kan trappe langsomt ud af medicinen.

- **Lav en plan.** For nogle er det muligt at trappe ud hurtigere, andre har brug for mere tid, men en god rettesnor er at reducere med 10 % eller mindre hver anden eller tredje uge eller efter endnu længere tid. Fortsæt med det indtil du når ned på halvdelen af din oprindelige dosis og reducer efterfølgende med 10 % af denne halvdel. Lav en tabel der viser, hvor meget af hvert medikament du bør tage. Få fat i tabletter med forskelligt indhold af virkningsstoffet, en pilleskærer (nogle tabletter bør dog ikke deles) eller et målebæger til præparater i flydende form. Hvis du for eksempel tager 400 mg dagligt, kunne du starte med at reducere denne dosis med 10 % (40 mg) ned til 360 mg. Efter to uger eller længere tid, og hvis det føles udholdeligt, reducerer du så med yderligere 40 mg, ned til 320 mg og så videre. Når du er nået ned til 200 mg og en reduktion med 40 mg bliver for svært, kan du reducere med 10 % af 200 mg (20 mg) og gå ned på 180 mg, osv. Dette er altså bare en almindelig rettesnor og mange gør det på andre måder. Spørg en apoteker.
- **Hvis du har taget et medikament i meget lang tid,** kan det være en god idé at starte med en endnu mindre reduktion, og lade der gå noget tid mellem hver. Vær fleksibel – det kan være, at det ikke er det rigtige for dig, at trappe helt ud.

- **Mens gradvis udtrækning almindeligvis er det bedste, er nogle bivirkninger, som malignt neuroleptika-syndrom eller Lamictal-udslæt så alvorlige,** at øjeblikkeligt ophør anses for medicinsk nødvendigt. Følg op på laboratorie-tests og fortæl, hvordan du har det.
- **Hold nøje øje med hvordan den første reduktion påvirker dig.** Hold tæt kontakt med din ordinerende læge, en ven, selvhjælpsgruppe eller terapeut. Overvej at føre dagbog over dine symptomer, eventuelt ved hjælp af andres observationer. Husk at hvis symptomer bliver værre lige efter en reduktion, kan det dreje sig om abstinenser, der fortager sig igen.
- **Specielt i forhold til antidepressiva og benzodiazepiner** kan det til tider mindske abstinenser, at skifte til en tilsvarende dosis af et medikament med en længere "halveringstid", et medikament altså, der er længere om at forlade kroppen. Giv dig selv tid, mindst to uger eller længere, hvis omstillingen er vanskelig, til at vænne dig til det nye præparat.
- **Hvis du har brug for meget små eller usædvanlige doser,** skift eventuelt til medikamentet i flydende form og brug et målebæger eller en engangssprøjte for at kontrollere doseringen. Spørg din apoteker, nogle mærker har forskellige styrker i flydende form.
- **Hvis du tager antiparkinson- eller anden medicin** mod bivirkninger, så bliv ved med at tage den, indtil du har reduceret den antipsykotiske medicin betydeligt og begynd så gradvist at reducere bivirkningsmedicinen.
- **Hvis du tager medikamenter for somatiske sygdomme** sammen med psykofarmaka, kan doseringen af psykofarmaka have indflydelse på effekten af de andre medikamenter. Undersøg det nærmere, vær særlig forsigtig og langsom og rådfør dig med din læge.
- **Hvis du tager et medikament efter behov ("PN")** og ikke regelmæssigt, så prøv at bruge det mindre hyppigt, men behold det som en hjælp, mens du trapper ud af andre psykofarmaka. Til sidst trapper du så gradvist også ud af dette medikament. Måske du gerne vil have det til rådighed fremover i reserve, fx for at falde i søvn.
- **Benzodiazepiner er meget vanedannende** og er ofte sværest at trappe ud af, især mod slutningen af processen. Pludseligt ophør er farligt. Det kan være en god idé at trappe ud af disse medikamenter til allersidst.
- **Det sker ofte, at folk begynder udtrækningen og så finder ud af, at de går for hurtigt frem.** Sæt dosis op igen, hvis abstinenssymptomerne er uudholdelige eller bliver ved i for lang tid. Giv dig selv to ugers tid, eller længere, og prøv så igen at reducere. Sæt dosis op igen, hvis problemerne vender tilbage, og reducer langsommere eller bliv på den dosis, du er på.
- **Hvis du skulle opleve en krise, se den som en del af en større lærings- og opdagelsesproces, ikke som et nederlag.** Hvis du kan, så gå tilbage på en lille dosis, der giver dig stabilitet, snarere end at begynde helt forfra. Husk på, at problemet kan være abstinenserne selv og ikke tilgrundliggende følelser eller ekstreme sindstilstande - eller en kombination af begge dele.
- **Husk, at det kan være svært, at stoppe helt,** så se det som en mulighed og vær fleksibel mht. dine målsætninger. Find andre måder at forbedre din livskvalitet og dit velbefindende på og vent med at prøve igen, til tiden er den rette.



HVORDAN VIL-DET FØLES?

Vi er alle forskellige, og det er vigtigt at holde dit sind åbent over for, hvad du kommer til at opleve. Måske kommer du overhovedet ikke til at mærke nogen problemer – eller måske rammer abstinenserne dig som en ton af mursten. Måske går du igennem adskillige barske uger og er så igennem det, eller måske mærker du langvarige abstinenser.

Fyrrer procent af de medvirkende i MIND's studie om udtræpning rapporterede, at de ikke havde problemer af betydning med at trække ud. Sommetider kan abstinenserne imidlertid være så alvorlige, at du bliver nødt til at prøve at genoptage medicineringen eller hæve dosis. Det viser sig, at jo længere tid man har taget medikamenterne, jo mere sandsynligt er det, at man vil få abstinenser. Almindelig sundhedstilstand, god støtte, mestringsstrategier og en positiv kærlig indstilling kan gøre at du bliver bedre i stand til at klare abstinenserne. De kemiske forandringer i din hjerne kan stadigvæk være dramatiske, og vi er alle sårbare. Understøt din krops naturlige evne til heling og husk, at du har tiden på din side i enhver afgiftningsproces. Det er vigtigt, at forberede sig på mulige problemer, herunder hvordan man vil tackle kriser. Men lad være med at forvente det værste: vær åben over for, hvad der kommer til at ske.



Den mest almindelige abstinensvirkning er angst og søvnproblemer. Andre virkninger dækker et bredt spektrum og kan bestå i, men er ikke begrænset til: generel følelse af at være syg, panikanfald, galoperende tanker/tvangstanker, hovedpine, influenzalignende symptomer, depression, svimmelhed, træthed, rysten, åndedrætsbesvær, hukommelses-problemer, ekstreme følelser, ufrivillige bevægelser, muskeltrækninger og kramper og kvalme. Udtræpning kan også udløse kriser, personlighedsændringer, mani, psykose, vrangforestillinger, agitation og andre psykiatriske symptomer. Symptomer, forbundet med antidepressiva, kan bestå i alvorlig agitation, "elektriske stød", selvmordstilbøjelighed, selvskade, som at skære i sig selv, og aggression. Folk melder ofte tilbage om de værste abstinensvirkninger i den sidste del af udtræpningen, når de har nedsat dosis til næsten ingenting. Vær kreativ og fleksibel.

Abstinenser fra litium og epilepsimedicienske "stemningsstabilisatorer" ser ikke ud til at dreje sig om neurotransmitterne, men om elektricitets- og blodforsyninger til hjernen, hvilket kan føre til abstinenser i lighed med andre stoffer. Litium kan skabe langt større modtagelighed for mani ved udtræpning og pludseligt ophør med antiepileptika kan udløse anfald. Vær særlig forsigtig med at trække ned fra de medikamenter.

Alle disse abstinenser kan forsvinde i løbet af nogle få dage eller uger, så det er vigtigt at være så tålmodig som muligt. Afgiftning og følelsesmæssig tilpasning kan tage måneder, endda et år eller mere, efterhånden som du lærer at håndtere følelser og oplevelser, der har været undertrykt af medikamenterne, og som din hjerne og krop kommer sig. **For mange mennesker er det mest vanskelige, tiden efter at man er kommet af med medicinen og kæmper med sine følelser og oplevelser, herunder langtids-afgiftning og heling.**

Malignt neuroleptika syndrom er en meget alvorlig tilstand, som kan udvikle sig som bivirkning og nogle gange under udtræpning. Det kan være livstruende og vise sig ved bevidsthedsændringer, abnorme bevægelser og feber. Hvis du tager neuroleptiske antipsykotika og har nogen af disse symptomer, er det vigtigt at stoppe helt med medicinen og opsøge lægelig behandling. Tardiv psykose er en tilstand med ekstrem agitation (ophidselse), opkast, muskeltrækninger og psykotiske symptomer, som vedbliver, når man trækker ud af neuroleptisk antipsykotika. Symptomerne aftager som regel, hvis man igen hæver dosis. Når du igen har det bedre, kan du starte med en mere gradvis nedtræpning.

AT GENKENDE OG HÅNDBERE ABSTINENSSYMPATOMER OG TILBAGEVENDENDE FØLELSER

Ikke alle smertefulde symptomer, du oplever under udtrapningen, er abstinenssymptomer: måske du oplever en tilbagevendende af følelser og ekstreme tilstande, som medicinen har hjulpet med at undertrykke. Abstinenssymptomer er som regel dem, der starter lige efter en dosisnedsættelse og letter i takt med, at hjernen tilpasser sig: du kan have brug for bare at vente, til det går over. Tidligere følelser, der vender tilbage, kan tage længere tid om at aftage, og der kan være brug for at arbejde sig igennem dem med et aktivt engagement og forståelse. Der findes ingen definitiv måde at skelne mellem de to ting på, især pga.

placeboeffektens og forventningernes betydning. Hvis symptomerne er uudholdelige eller for forstyrrende, kan det være, at du går for hurtigt frem. Overvej at sætte dosen op igen og at forsøge langsommere.

Hvis abstinenssymptomerne fortsætter med at være ulidelige, kan du vælge at fortsætte med medikamentet på længere sigt. Din krop kan have udviklet afhængighed og risikoen herfor bliver større, jo længere tid du har taget medicinen. Langvarig afhængighed er mere tilbøjelig til at opstå ved brug af Seroxat (paroxetin), benzodiazepiner og neuroleptiske antipsykotika. Fortsæt med samme dosis et stykke tid og fokuser på det vigtigste mål om at forbedre dit liv.

Hvad bør jeg gøre, hvis jeg tror, nogen er overmedicineret?

Til tider lægger folk ikke mærke til, at de er overmedicineret, eller har svært ved at tale åbent om det og holde fast i håbet om forandring. Og psykofarmaka kan virke meget bevidsthedsnedsættende, som når en person er så fuld, at vedkommende ikke længere selv er klar over, at han eller hun er fuld. Hvis du bemærker, at personen ryster, sover ekstremt meget, er stiv i kroppen, er emotionelt fraværende, rastløs, tager meget på, er langsom, har svært ved at tænke eller viser andre tegn på overmedicinering, så lad være med at gå ud fra, at lægen vil tage sig af det. Bliv aktivt involveret. Giv din respekt for personens valg tilkende, men tag forsigtigt fat på emnet. Lad være med at dømme eller komme til forhastede slutninger, hold dig bare til hvad du ser, og spørg personen om vedkommende også har bemærket det. Spørg, om vedkommende har talt med sin læge om det, og hvad reaktionen var. Begynd en dialog om risici og fordele ved personens valg af medicinering og overvej at henvende dig til venner, familie eller en professionel, der arbejder med vedkommende, hvis personen selv er særlig tilbageholden eller passiv. Lad ikke dine egne fordomme og bekymringer komme i vejen – du ved ikke hvad det vil sige, at være den anden – men involvér dig og sørg for at fortælle det, du observerer, klart og tydeligt. Det kan tage folk tid at skabe virkelig forandring, men "valgfrihed" bør

ikke være en undskyldning for forsømmelse. Hjælp personen til at få støtte til at skaffe sig gehør, og husk vedkommende på, at han/hun har et valg.



At se ind i fremtiden

Lidelse kan gøre diagnoser og medicinering til centrale elementer i vores identitet. Selv om opmærksomhed om psykisk sundhed kan være livreddende et stykke tid, når vi et punkt, hvor vi igen har brug for at slutte os til det større samfund og fokusere på flere af vores evner, talenter og positive bidrag. Efterhånden som du forbedrer dit forhold til din medicin, så spørg dig selv: Hvordan var det kriserne forstyrrede mit liv, og hvad vil jeg gerne nå tilbage til? Hvad er mine fremtidsplaner? Hvor føre mine drømme mig hen? Hvad har jeg at tilbyde andre? De lektier, du har lært, er meget værdifulde, så overvej at dele dine erfaringer med andre. Måske du har et ønske om at skrive eller filme din historie og afslutte et kapitel af dit liv for at begynde et nyt.

Uanset om det drejer sig om helt at trappe ud, nedsætte din medicinering til et bedre niveau eller blot opnå en bedre fornemmelse af kontrol, så er din nye selvstændiggørelse værd at fejre. At være menneske handler ikke om at leve uden genvordigheder eller skrammer: det handler om at følge og udtrykke dine dybeste sandheder. Selv hvis du har en diagnose, tager medicin eller har gennemlevet kriser, er du stadigvæk et fuldgyldigt og ligeværdigt menneske. Dine lidelser gjorde dig til den, du er i dag, og de har måske endda gjort dig klogere.



Specielle overvejelser

ME DIKAMENTER I FLYDENDE FORM OG HALVERINGSTID

At skifte til den flydende udgave af et medikament giver dig større kontrol ved en langsom dosisnedsættelse; spørg din apoteker, da forskellige mærker kan have forskellig styrke. Nogle piller kan opløses i vand, og en pilledelel kan også være nyttig (bl.a. piller hvor indholdet frigives over tid bør ikke deles eller opløses, så tal med en apoteker)

”Halveringstid” betyder, hvor hurtigt det virksomme stof forlader dit system, efter du er stoppet med at tage det. Kortere halveringstider betyder, at medikamentet er hurtigere om at forlade din krop. Abstinenssymptomer vil sandsynligvis være mere alvorlige for medikamenter med korte halveringstider, så måske vil du skifte til en tilsvarende dosis af et medikament med en længere halveringstid, før du trapper ned, sådan at du er på samme dosis, men af et medikament der forlader dit system mere gradvist.

BØRN OG PSYKOFARMAKA

Flere og flere unge og børn og endda småbørn får psykiatriske diagnoser og bliver sat på psykofarmaka. De fleste recepter udskrives på centralstimulerende midler for ADHD, men brugen af antipsykotisk medicin og andre medikamenter er stigende. Dette er en ny trend, der afspejler medicinalindustriens aggressive markedsføring.

Der findes ingen langtidsstudier om virkningen af psykofarmaka på børn. Nogle af de ordinerede medikamenter er ikke engang godkendt af FDA (svarer til den danske Sundhedsstyrelse; overs. anm.) til brug for børn. Først for ganske nylig er psykiatrien begyndt at diagnosticere børn med psykiske sygdomme. Førhen blev de anset for stadig at udvikle deres personlighed og var ikke genstand for de samme diagnostiske kriterier som voksne.

Det nøjagtige omfang af medikamenternes risici for børn er ukendt, og firmaerne har ikke været ærlige. For eksempel tog det mange år med massivt pres før pakningerne med antidepressiva fik påtrykt en advarsel på indlægssedlen, om at de kan forårsage selvmord, og ADHD-medicin blev forsynet med advarsler om, at den kan forårsage afhængighed og psykoser.

Adfærdsproblemer hos børn er reelle nok, og familier har brug for hjælp til at håndtere dem.

Men at ville løse disse problemer ved hjælp af medikamenter rejser alvorlige spørgsmål. Til forskel fra voksne har børn ikke ret til at afvise medikamenter, når deres forældre siger, at de skal tage dem. Hjernen og kroppen hos børn er stadig under udvikling og er meget sårbare. Børns personligheder er stærkt præget af deres omgivelser og den støtte, de får, hvilket gør det endnu mere vanskeligt at vurdere naturen af adfærdsvanskeligheder. Børn kan også være mere følsomme overfor faktorer som ernæring, motion og kontakt med kemikalier. Nogle familier er under tiltagende pres, om at der skal konkurreres og præsteres i skolen, og om at tage imod den ekstra hjælp medikamenter og en status som havende ”særlige behov” kan give. Stempling med en diagnose kan betyde livsvarig stigmatisering og skabe en fremtidsudsigte, som et barn ikke kan lave om på.

Noget, der yderligere komplicerer sagen, er at børn med adfærdsvanskeligheder får opmærksomhed - straf eller særbehandling - når de viser netop den adfærd, der er problemet. Dette kan ende med utilsigtet at styrke adfærden. Børn bliver også nogle gange den ”symptombærende patient” i et familiesystem, som i sig selv har brug for hjælp til forandring. Et barns problemer kan afspejle familiens problemer.

Grundet deres alder, den relativt korte tid de som regel har taget medicinen, deres fysiske modstandskraft og måden de bliver holdt under opsyn, har børn ofte gode forudsætninger for at reducere psykofarmaka og trappe ud af dem. At skabe alternativer for at hjælpe disse børn, betyder som regel, at man må prøve sig frem med at tage fat på forældrenes behov, arbejde med familiekonflikter samt ændre de omstændigheder, under hvilke børnene lever. Selv om mange af familiernes problemer er af økonomisk art og ligger i de ydre omstændigheder, har kurser i opdragelse og familierapi vist sig at være effektive og nyttige, ligesom mange andre alternativer som ernæring, motion, søvn, homøopati og at være ude i naturen.

SAGSANLÆG

Hvis du har taget et psykofarmakum og har oplevet negative virkninger, herunder problemer med udtræpning, kan du være berettiget til at lægge sag an mod medikamentets producent, hvis denne har



forholdt sig lovstridigt. Dette er specielt relevant med hensyn til nyere præparater. Igennem årene har tusinder af mennesker på psykofarmaka fået tilkendt erstatning på over sammenlagt mere end en milliard dollars. Henvend dig til en anset advokat for nærmere information. (Desværre er det i Danmark ikke, som i USA, muligt, at sagsøge medicinalfirmaerne direkte, men kun at søge erstatning via patientforsikringen; overs. anm.)

FREMTIDIGE MEDIKAMENTER

Medicinalindustrien planlægger at introducere en række nye medikamenter i fremtiden. Mange af disse præparater vil blive markedsført som forbedrede i forhold til forgængerne.

Industriens renommé burde gøre os skeptiske overfor disse nyskabelser. Gentagne gange er medikamenter kommet på markedet som "nye og forbedrede". Sidenhen blev alvorlige problemer og giftige virkninger opdaget, korrupsion blev afsløret, og der blev sagsøgt. Bagefter starter det hele forfra, igen bliver "nye og forbedrede" medikamenter introduceret. De "atypiske" antipsykotika er et oplagt eksempel.

Medikamenter mister deres lønsomhed, når deres patenter udløber efter nogle år. Det er i producenternes interesse, at sætte nye, dyre præparater op imod ældre og billigere med generiske kopier, selv om det kræver, at offentligheden skal føres bag lyset for at gøre det.

At markedsføre nye medikamenter er det samme som at eksperimentere med samfundet. Der er et stort potentiale for farlige, negative virkninger og misbrug. Som med de ældre præparater, vil påstande om vidundervirkninger sandsynligvis vige for skandaler.

VALGFRIHED OG "IKKE SKADE"

Læger, der ordinerer medikamenter, har ansvar for at samarbejde med deres klienter og respektere deres valg vedrørende behandling. Samtidig er de forpligtet af princippet: "frem for alt ikke skade". Det betyder, at den ordinerende læge ikke bare kan lade stå til, hvis der er fare for overmedicinering, bivirkninger som ikke opvejes af nyttevirkning, eller hvis en klient ønsker at tage medicin, som er farlig eller kun bidrager til afhængighed. Lægerne bør informere patienterne, om hvorfor de siger fra på baggrund af medicinsk etik og forsøge at finde holdbare alternativer. Ellers kan respekt for den enkeltes valg blive til en undskyldning for at tilsidesætte klientens virkelige behov.

"INDSIGT" OG TVANGSMEDICINERING

Nogle gange tvinger psykiatrien mennesker til at tage psykofarmaka mod deres vilje, med begrundelsen, at de mangler indsigt og er til fare for sig selv eller andre eller ikke kan tage vare på sig selv. I praksis er definitionen af begreber som "indsigt" og "fare for sig selv eller andre" meget uklar og subjektiv. Den kan være mere afhængig af, hvilken læge du får, i hvilken institution du befinder dig, eller endda af hvad dine forældre mener er bedst, end af nogen objektiv standard.



At være involveret i konflikter eller at opføre sig på måder, andre ikke ved, hvordan de skal kontrollere, kan føre til tvangsmedicinering, og tvang er ofte en bekvem udvej for stressede ansatte, der ikke er uddannet i, hvordan de ellers kan hjælpe. Nogle gange bliver folk tvunget til at tage medicin, bare fordi de har råbt op eller for at skære i sig selv (hvilket sædvanligvis ikke er et selvmordsforsøg). Biologiske teorier, der siger, at folk "har brug for deres medicin", bliver brugt til at retfærdiggøre tvangsmedicinering, og i mange juridiske sammenhænge er "mangel på indsigt" det samme som ikke at være enig med en psykiater, der mener, du er syg og har behov for medicin.

Psykiatriens historie er præget af vold og mishandling. Takket være aktivisme for patientrettigheder og psykiatrioverleverbevægelsen tager lovene i dag ofte højde for den skade, tvangsmedicinering kan forvolde, og der findes beskyttelsesregler, der kræver, at de mindst indgribende og mindst skadelige behandlingstiltag anvendes. Disse regler bliver der dog sjældent helt fulgt op på.

At tvinge mennesker i behandling og til at tage medicin opleves ofte som traumatiserende og forværrer situationen ved at skabe frygt og modvilje mod at søge hjælp. Det undergraver behandlingsrelationen og krænker grundlæggende menneskerettigheder: retten til integritet omkring din egen psyke og din egen fornemmelse af selv. At medicinere mennesker og spærre dem inde på grund af en eller anden "fare" er en dobbeltstandard, som kan frakende dig din frihed bare

fordi professionelle er bange for noget, de ikke kan forudsige. Selv om nogle mennesker kan føle sig hjulpet af en ufrivillig indlæggelse eller tvangsmedicinering, er farerne for misbrug og krænkelse af rettighederne for store, især når alternative og frivillige tilgange kunne blive forsøgt, men ikke bliver det. Og vi har brug for alternativer til enten-tvang-eller-ingenting fælden.

Somme tider virker det som om nogen "mangler indsigt" eller ikke er i stand til at anerkende deres problemer, men dette er én persons syn på en anden, og ikke grundlag for at stemple nogen med en medicinsk forstyrrelse og fratage dem grundlæggende rettigheder. At prøve sig frem og lære af sine fejltagelser er den måde folk vokser på. Selv mennesker, der virkelig er i vanskeligheder og træffer dårlige valg, har ligesom alle andre ret til at gøre deres opdagelser og lære af dem. Hvad andre betragter som "selvdestruktiv" kan være den bedste måde at lære at klare sig, taget i betragtning hvad dette menneske ellers kæmper med: tvangsbehandling kan være mere skadeligt end "selvdestruktiv" adfærd. Spirituelle bevidsthedstilstande, ukonventionelle anskuelse, konflikter med krænkende familiemedlemmer eller traumer kaldes "mangel på indsigt". Men de fortjener at blive lyttet til, ikke blive gjort til sygdomme.

Mennesker har brug for hjælp, men hjælpen må altså ikke skade, og hjælpen bør hvile på, hvad personen selv definerer som hjælp, ikke hvad andre definerer som hjælp i hans/hendes sted.



Set udefra kan cutting, selvmordstanker eller et stofmisbrug virke som det vigtigste problem, men personerne selv kan beslutte sig for, at de har brug for hjælp til at finde et sted at bo, forlade en voldelig partner eller få adgang til sundhedsydelser. Vi har brug for et psykiatrisk system, der bygger på frivillig service, indføling og tålmodighed, ikke på tvang, kontrol og formynderi. Vi har også brug for fællesskaber, der tager mere ansvar for at tage sig af hinanden.

Hvis mennesker har problemer med at kommunikere, har de ret til støttende hjælpere, der kan forsøge at slå bro over kløften mellem galskaben og den "normale" realitet. Når mennesker har brug for hjælp, virker venlighed, fleksibilitet, tålmodighed og accept som regel bedst. Siden tvangsmedicinering hævdes at foregå i patientens bedste interesse, kan "forhånds erklæringer" (psykiatriske testamenter; overs. anm.) hjælpe folk med selv at definere, hvad de ønsker og hvad de ikke ønsker. Forhånds erklæringer er en slags livstestamente for krisesituationer, hvor du giver instruktioner om, hvad der skal gøres, hvem der skal kontaktes, og om behandlingsønsker (herunder om du ønsker at blive ladet i fred), hvis du er i krise og har svært ved at kommunikere. Forhånds erklæringer er ikke juridisk bindende (hvilket kan ændre sig gennem brugerbevægelsens indsats), men er somme tider af betydning for, hvordan mennesker behandles.

AT OMDEFINERE "NORMAL"

Hvad er definitionen på "normal"? Nyere forskning understøtter princippet i skadesreduktionen, at det ikke altid er bedst bare at komme af med alt, der betragtes som et "symptom". Man skal ikke romantisere eller give galskaben frit løb, men tænk over det: Mange mennesker hører stemmer, for eksempel, og lærer at leve med dem. Selvmordstanker er mere udbredte, end vi er klar over, og kan være udtryk for, at der skal skabes forandring. Og depression kan være del af den kreative proces. Nogle gange er paranoia et budskab om overgreb eller afspejler følsomhed overfor nonverbal kommunikation. Selvskade er ofte en brugbar måde at håndtere overvældende traumer. At føle at universet sender tegn og taler til dig, er en del af troen i mange verdensreligioner. Og maniske tilstande kan lade folk flygte fra umulige omstændigheder og indeholde dybe spirituelle sandheder. Selv det at blive forelsket føles ofte som om, man er ved at blive skør.

Oplevelserne er usædvanlige og gådefulde, men kan vi måske tage dem til os som del af menneskehedens psykiske mangfoldighed i stedet for bare at undertrykke dem med stærke medikamenter? Kunne det være værd at udforske dem for at åbenbare deres mening og hensigt? Kunne oplevelserne, ligesom andre udfordringer i livet, give os mulighed for at vokse og forandre os?

Mange kulturer i hele verden, som byder mennesker, der oplever ekstreme sindstilstande, velkommen i stedet for at ekskludere dem, har bedre recoveryrater. Ethvert samfund burde give plads til folk, der gennemgår galskab. Hvis vi skal omdefinere normalbegrebet, må vi i fællesskab tale mere åbent om følelsesmæssig lidelse og begrænsningerne for psykiatrisk behandling. At "komme ud af skabet" med vores psykiske forskellighed kunne være en vej til social forandring.

**De sagde til mig,
jeg havde skizofreni.**



**Jeg sagde til dem,
jeg havde en cykel.**

Kilder

Hvis du leder efter mere detaljeret information om psykofarmaka og psykiske forstyrrelser, kan du se nærmere på følgende kilder og referencer, som vi har brugt til denne guide.

NORDISKE KILDER

Syv Personlige fortællinger om nedtrapning af medicinen. Outsideren, nummer 85, februar/marts 2013.
www.outsideren.dk

Hjernemedicin – en bog om den giftige psykiatri. Karl Bach Jensen (red.), m.fl. Amalie – Galebevægelsens forlag, 1988. Kapitlet "Hvordan man kommer ud af det", af dr. Caligari, oversat af psykofarmakagruppen i Århus. www.forlagetamalie.dk

Psykiatriske legemidler. En kritisk introduksjon. Joanna Moncrieff. Abstrakt forlag, Oslo 2011. Kapitel 10: "Å slutte med psykofarmaka"

Den psykiatriske epidemi. Illusionen om mirakelpillen. Robert Whitaker. PsykoVision, 2013.

Dødelig terapi; innsikt til utsikt. Ellen Kolsrud Finnøy. Universitetsforlaget, Oslo 2000.

Pillret: en berättelse om depressioner och doktorer, forskare och Freud, människor och marknader. Ingrid Carlberg. Norstedts. Stockholm 2011.

Hjernen som syndebuk: sandheden om psykofarmaka og psykisk sundhed. Elliot S. Valenstein. Hans Reitzel, 2002.

Det mindst onde – en bog om menneskeret contra psykiatrisk tvang. Karl Bach Jensen m.fl. Amalie – Galebevægelsens forlag, 1993. www.forlagetamalie.dk

Psykiatrisk Testamente – din hjælp mod tvang. Med vejledende kommentarer. LAP, 2009. www.lap.dk

Dødelig medicin og organiseret kriminalitet – hvordan medicinalindustrien har korruperet sundhedsvæsenet. Peter C. Gøtzsche. People's Press, 2013. Kapitel 17: Psykiatri – medicinalindustriens paradys.

Kære Luise – en beretning om magt og afmagt i psykiatrien. Dorrit Cato Christensen. Løfbergs forlag, 2011.

Benzorådgivningen. www.benzo.dk

www.lykkepiller.info

www.udafpsykofarmaka.dk

Landskampagne og høring om medicinrelaterede dødsfald: <http://www.lap.dk/kampagner/landskampagne-mod-dods-fald-i-psykiatrien>

Samfundspsykiatri – en praktisk håndbog. Loren R. Mosher og Lorenzo Burti. Hans Reitzel, 1996. Bl.a. med kapitel om Soteria projektet.

Healing Homes: Recovery fra psykose uden medikamenter – film. <http://wildtruth.net/dvds/da/healing-homes/>

Take These Broken Wings: Recovery fra skizofreni uden brug af medikamenter – film. <http://wildtruth.net/dvds/da/take-these-broken-wings/>

Åben Dialog: En alternativ finsk tilgang til helbredelse af psykoser – film. <http://wildtruth.net/dvds/da/open-dialogue/>

Mettes stemme. En dokumentarfilm fra psykiatriens verden. <http://www.katrineborrefilm.com/Mettes-Stemme.html>

GRUNDLÆGGENDE KILDER

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 eller 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. (Dansk udgave, se: nordiske kilder.)

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 TIL UDTRAPNING

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. Sylvia Caras 1991. www.peoplewho.org/documents/doingwithoutdrugs.htm

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

Halting SSRI's. David Healy. www.mind.org.uk/NR/rdonly-res/59D68F19-F69C-4613-BD40-A0D8B38D1410/0/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 anti-depressant dependency. <http://recovery-road.org/>

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

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

The Icarus Project drug withdrawal forum. www.theicarusproject.net/forums/comingoffmeds

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. HarperCollins Publishers, 2007

KILDER OM MEDICIN

Advice On Medications by Rufus May and Philip Thomas. www.hearing-voices.org/publications.htm

Coming Off Psych Drugs: A Meeting of the Minds – film. <http://wildtruth.net/dvd/psychdrugs/>

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 <http://heartandsoulofchange.com/resources/psychiatric-drugs/>

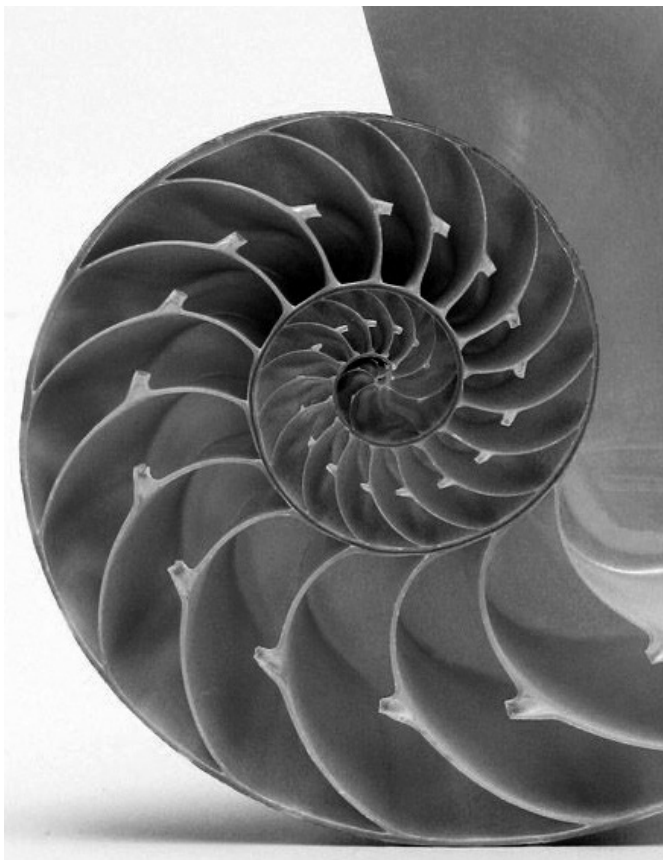
“How do psychiatric drugs work?”. Joanna Moncrieff and David Cohen. British Medical Journal 2009; 338. www.mentalhealth.freeuk.com/howwork.pdf

MIND “Coping With Coming Off” Study. www.mind.org.uk/help/information_and_advice,

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/hIT3Fk>

Practice Recovery. www.practicerecovery.com



GENERELLE KILDER

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. wildtruth.net/

Manufacturing Depression: The Secret History of a Modern Disease by Gary Greenberg, Simon & Schuster 2010. www.garygreen-bergonline.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. www.mind.org.uk/Information/Factsheets

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

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

VIDENSKABELIGE 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

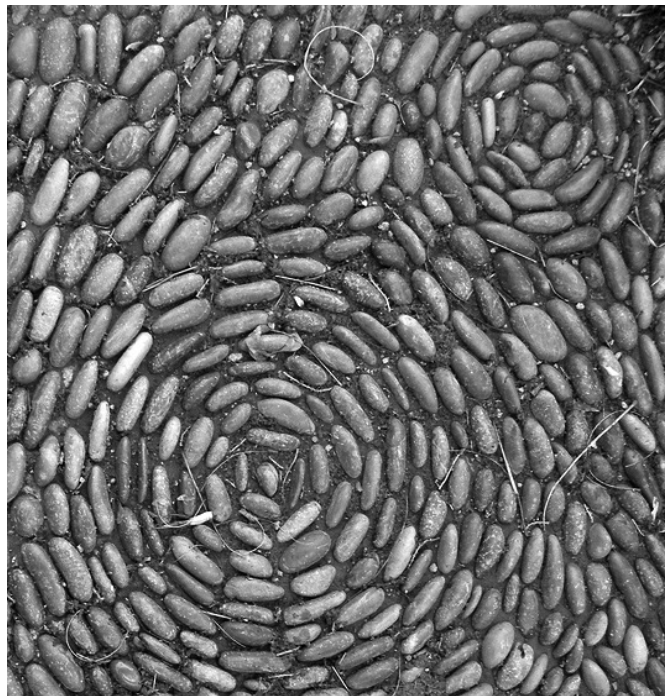


“Atypical Antipsychotics in the Treatment of Schizophrenia: Systematic Overview and Meta-regression Analysis”. John Geddes, et al., British Medical Journal. 2000; 321:1371-1376 (2 December). Cited in “Leading Drugs for Psychosis Come Under New Scrutiny” Erica Goode, The New York Times, May 20, 2003

“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 Antipsychotic 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>

“Effects of the Rate of Discontinuing Lithium Maintenance Treatment in Bipolar Disorders”. RJ Baldessarini, Journal of Clinical Psychiatry 57:441-8, 1996

“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

“Factors Involved in Outcome and Recovery in Schizophrenia Patients Not on Antipsychotic Medications: A 15-Year Multifollow-Up Study”. Harrow, M. and Jobe, T.H. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 195:406-414, 2007

“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/MDUbQI>

“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-B3EE1020326/3331/CWCOreportweb.pdf or <http://snipurl.com/MIINDComingOffStudy>

“Rethinking Models of Psychotropic Drug Action”. J. Moncrieff and D. Cohen, *Psychotherapy and Psychosomatics* 74:145-153, 2005

The Myth of the Chemical Cure. Joanna Moncrieff, 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 Moncrieff. *The British Journal of Psychiatry*. 2006; 188: 301-302. doi: 10.1192/bjp.188.4.301

“Psychosocial Treatment, Antipsychotic Postponement, and Lowdose 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, 100-111, 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

Redaktionelle rådgivere

Selvom de ikke er medforfattere, har de følgende sundhedsprofessionelle erfaring med at hjælpe mennesker med at trappe ud af psykofarmaka. De har gennemset denne guide med hensyn til dens brugbarhed, og vi takker dem for deres engagement:

Ed Altwies PsyD

David Anick MD, PhD

Marino Center for Integrative Health

Ron Bassman, PhD

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

Alexander Bingham, PsyD

Patrick Bracken, MD

Medforfatter, *Post-Psychiatry, Mental Health in a Postmodern World*

Christopher Camilleri, MD

Los Angeles County Department of Mental Health

Michael Cornwall, PhD

David Cohen, PhD

Medforfatter, *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 certificeret akupunktør

Gianna Kali

Udgiver, Beyond Meds website

Peter Lehmann

Redaktør, *Coming off Psychiatric Drugs: Successful Withdrawal from Neuroleptics, Antidepressants, Lithium, Carbamazepine and Tranquilizers*

Bruce Levine, PhD

Forfatter, *Surviving America's Depression Epidemic: How to Find Morale, Energy, and Community in a World Gone Crazy*

Bradley Lewis, MD, PhD
Forfatter, Narrative Psychiatry

Krista Mackinnon
Family Outreach and Response Program

Daniel Mackler, LCSW
Direktør, 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
Forfatter, ProcessMind: A User's Guide to Connecting with the Mind of God

Joanna Moncrieff, MD
Forfatter, 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
Forfatter, 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, DipIPW
Portland Hearing Voices

Lloyd Ross, PhD

Judith Schreiber, LCSW
Soteria Associates

Michael Smith, MD, Autoriseret akupunktør
National Acupuncture Detoxification Association

Susan Smith, Intrinsic Coach
Proactive Planning

Claudia Sperber, Autoriseret akupunktør

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
Medforfatter, Post-Psychiatry, Mental Health in a Postmodern World

Krista Tricarico, ND

Toby Watson, PsyD

Associated Psychological Health Services

Barbara Weinberg, RN,

Autoriseret akupunktør

Charles Whitfield, MD

Forfatter, Not Crazy: You May Not Be Mentally Ill

Damon Williams, RN, PMHNP-BC

Laughing Heart LLC

