

2

Hur man trappar ner från bensodiazepiner efter långvarigt bruk

Bakgrund

Varför bör man sluta med bensodiazepiner?

Innan man påbörjar nedtrappningen

Rådgör med din läkare

Se till att ha bra psykologiskt stöd

Kom i rätt sinnesstämning

Nedtrappningen

Att minska dosen

Att byta till en långtidsverkande bensodiazepin

Att skapa och följa nedtrappningsschemat

Avvänjning hos äldre människor

Avvänjning från antidepressiva mediciner

Vidare läsning

Långsamma nedtrappningsscheman

Bakgrund

När jag startade min avvänjningsklinik 1982 fanns det inte någon som hade särskilt stor kunskap om bensodiazepinavvänjning. Trycket från patienterna själva att få hjälp och råd kring nedtrappningen var dock starkt, vilket jag redovisade i kapitel 1. Så vi prövade oss fram tillsammans. Till en början var nedtrappningen en process med ömsesidiga ansträngningar, men några av nedtrappningens huvudprinciper togs fram under detta arbete. Dessa huvudprinciper, som hämtades från de 300 patienter som fanns på min klinik fram till 1994, har sedan bekräftats av hundratals fler bensodiazepinbrukare som jag har träffat genom stödgrupper i Storbritannien och utomlands samt genom personliga kontakter med människor i många länder.

Det stod snart klart att varje persons upplevelse av nedtrappningen är unik. Även om många symptom är gemensamma, så har varje individ sina egna personliga nedtrappningssymptom. Dessa skiljer sig åt bland annat i fråga om sort, kvalitet, intensitet och varaktighet. Det är inte förvånande att det varierar så eftersom nedtrappningsförloppet påverkas av många faktorer: dosen, medicinsort, styrka, verkningslängd, hur länge man tagit en bestämd bensodiazepin, varför den ordinerades, patientens personlighet och individuella sårbarhet, hans eller hennes livsstil, stressande händelser och tidigare erfarenheter, nedtrappningens storlek samt hur mycket stöd som finns till hands under och efter nedtrappningen, för att bara nämna några. Därför är de råd som följer här bara en allmän guide; varje person måste finna sin egen väg. Men guiden är en sammanställning av redogörelser från ett stort antal män och kvinnor, 18-80 år, med olika familjebakgrund, yrken, medicinbakgrund och nedtrappningshastighet, som lyckats trappa ner med framgång. Över 90% lyckades sluta, och de som har slutat med bensodiazepiner har mått bättre såväl fysiskt som psykiskt, även de som tagit dem i över 20 år.

Vi kan därför börja med att påstå att många tidigare användare kan vittna om att nästan alla som verkligen vill *kan* sluta med sina bensodiazepiner. Men bli inte förvånad om symptomen (eller brist på symptom) skiljer sig från andras som valt samma väg.

Varför bör man sluta med bensodiazepiner?

Ett långvarigt bruk av bensodiazepiner kan ge upphov till många oönskade effekter, däribland dåligt minne och kognition, känslomässig avtrubbning, depression, ökad ångest, fysiska symptom och beroende, vilket beskrevs i kapitel 1. Alla bensodiazepiner kan skapa dessa effekter oavsett om de tas som sömntablett eller som ångestdämpande medicin. De sociala och ekonomiska konsekvenserna av kroniskt bensodiazepinbruk sammanfattas i tabell 3, kapitel 1.

Det finns också belegg för att bensodiazepinerna efter några veckors eller månaders regelbunden användning inte längre är lika effektiva. De förlorar mycket av sin effektivitet eftersom brukaren utvecklar en tolerans. När toleransen har utvecklats kan brukaren drabbas av ”abstinensbesvär” trots att han fortsätter att ta sin medicin. Symptomen som många långtidsbrukare lider av är alltså en blandning av medicinens negativa effekter och ”toleransabstinens”. The Committee on Safety of Medicines och the Royal College of Psychiatrists i Storbritannien sammanfattade i en rad rapporter

(1988 och 1992) att bensodiazepiner är olämpliga för långvarigt bruk och att de generellt bara bör ordinerats för perioder om 2-4 veckor.

Klinisk erfarenhet visar dessutom att de flesta långtidsbrukare av bensodiazepiner faktiskt mår bättre när de slutat ta medicinen. Många har påpekat att det är först efter att de slutat med bensodiazepinerna som de insett att de inte fungerat normalt under alla år som de tagit dem. Det var som om en slöja hade lyfts från deras ögon: långsamt, ibland plötsligt, blev färgerna ljusare, gräset grönare, tankarna klarare, rädslor försvann, humöret förbättrades och den fysiska styrkan återvände. Det finns alltså goda skäl för långtidsbrukare att sluta med sina bensodiazepiner om de inte känner sig nöjda med sin medicinering.

Många människor är rädda för nedtrappningen, men rapporterna om att man får ”gå igenom ett helvete” är ibland extremt överdrivna. Med en successiv och individuell nedtrappning, som beskrivs nedan, kan abstinensbesvären vara relativt lätta att uthärda, i synnerhet när man förstår symptomens orsak och karaktär och därför inte är rädd. Många ”abstinensbesvär” beror helt enkelt på en rädsla för nedtrappningen (eller t.o.m. en rädsla för den rädslan). Människor som haft dåliga erfarenheter har vanligtvis trappat ner för snabbt och inte fått någon förklaring av symptomen.

Det finns också de som kan sluta med sina bensodiazepiner utan några symptom alls: enligt en del myndigheter kan denna siffra vara så hög som 50% även efter ett år av kronisk användning. Även om siffran är korrekt (vilket kan diskuteras), så är det inte bra att sluta med bensodiazepiner tvärt. Fördelarna med att sluta med bensodiazepiner betyder inte nödvändigtvis att varje långtidsbrukare bör sluta. Ingen ska tvingas eller övertalas att trappa ner mot sin vilja. Personer som mot sin vilja tvingas sluta lyckas faktiskt ofta inte särskilt bra. Å andra sidan är chanserna att lyckas mycket stora för dem som är tillräckligt motiverade. Som tidigare nämnts kan nästan alla som verkligen vill sluta med bensodiazepiner göra det. Det är individens eget val.

Innan man påbörjar nedtrappningen

Det finns några saker man måste göra innan man börjar trappa ner.

1, Rådgör med din läkare.

Vissa läkare kan ha åsikter om huruvida det är lämpligt att man slutar med bensodiazepiner. För ett fåtal personer kan det vara dumt att trappa ner. En del läkare, särskilt i USA, menar att långvarig behandling med bensodiazepiner är önskvärd vid en del ångest- och panikstörningar, fobier och en del psykiatriska tillstånd. Läkarnas åsikter varierar dock men även om man får rådet att inte sluta med medicinen, kan det vara bra att minska dosen eller göra upprepade uppehåll med bensodiazepinerna. Det är absolut nödvändigt att ens läkare accepterar och samarbetar eftersom det är han/hon som ordinerar medicinen. Många läkare känner sig osäkra på hur de ska hantera nedtrappningen och tvekar därför att hjälpa till. Försäkra din läkare om att du har för avsikt att styra ditt eget program och fortsätta i den takt som du tycker känns behaglig, men att du kanske skulle vilja ha hans råd då och då.

Det är viktigt att **man själv** har kontroll över sitt eget schema. Låt inte läkaren sätta en tidsgräns. Det är bra att göra upp ett schema över nedtrappningen under de första

stadierna (se nedan) och ge läkaren en kopia av denna. Nämn gärna att det är viktigt med flexibilitet, så att nedtrappningstakten när som helst kan ändras. Det kan till och med finnas omständigheter som gör att man måste sluta med nedtrappningen ett tag. Beroende på hur bra det går kan ett fortsättningsschema följa senare, och läkaren kan fortsätta att skriva ut i enlighet med det nya schemat (allt detta förklaras längre fram i detta kapitel). Läkaren kanske skulle uppskatta lite litteratur om bensodiazepinavvänjning, till exempel de artiklar som nämns i slutet av varje kapitel.

2, Se till att ha ett bra psykologiskt stöd.

Stödet kan komma från maka/make, partner, familj eller nära vän. En förstående läkare kan också vara den som ger stöd och råd. Det bästa är om stödpersonen är någon som har kunskap om bensodiazepinavvänjning eller som kan tänka sig att lära sig mer om det. Det måste inte vara någon som själv trappat ner – ibland kan tidigare brukare som haft dåliga erfarenheter avskräcka andra genom att tala om sina egna symptom. Ofta är det bra att få hjälp av en klinisk psykolog, utbildad rådgivare eller annan terapeut, i synnerhet för att lära sig avslappningstekniker, djupandning, hur man hanterar panik och så vidare. En del tycker att alternativa tekniker, såsom aromaterapi, akupunktur eller yoga är bra, men dessa fungerar förmodligen bara som avslappningshjälp. Min erfarenhet är att hypnoserapi inte har kunnat hjälpa långtidsbrukare av bensodiazepiner. Avslappningstekniker beskrivs i kapitel 3.

Hellre än att gå till dyra terapeuter (eller som komplement), behöver man någon som är pålitlig, som kan bidra med stöd ofta och regelbundet, under en lång tid, både under utsättningen och de efterföljande månaderna. Frivilliga stödgrupper (eller självhjälpgrupper) kan vara väldigt bra. De drivs ofta av människor som har genomgått en avvänjning och som därför vet hur lång tid det tar och vilket tålamod som krävs, och de kan också ta fram information om bensodiazepiner. Det kan vara en tröst att inse att man inte är ensam, att det finns många som har ungefär samma problem som man själv har. Tro inte att du kommer att få alla symptom som andra har haft. Alla är olika och en del människor får, med rätt schema och rätt stöd, inga svåra symptom alls. Många människor har faktiskt klarat att sluta på egen hand utan någon hjälp utifrån.

3, Kom i rätt sinnesstämning

- **Var självsäker** – det går att **klara** det. Om du känner dig tveksam kan du försöka att göra en mycket liten dosminskning under några dagar (prova till exempel att minska den dagliga dosen med omkring en tiondel eller en åttondel). Förmodligen kommer du inte att märka någon skillnad. Om du fortfarande tvekar kan du först inrikta dig på att minska dosen istället för att sluta helt. Du kommer förmodligen vilja fortsätta trappa ner när du väl påbörjat utsättningen.
- **Ha tålamod.** Det finns ingen anledning att påskynda nedtrappningen. Kroppen (och hjärnan) behöver tid att anpassa sig efter flera års bensodiazepinbruk. Många har trappat ner under ett års tid eller mer. Så ha ingen brådska, och, framför allt, försök inte att sluta hastigt.
- **Välj din egen väg** – vänta dig inte att det kommer att bli bra med en gång. Det går att komma till ett sjukhus för avgiftning. Avvänjningen är vanligtvis ganska snabb, den är medicinskt säker och de kan erbjuda psykologiskt stöd. Detta kan passa för en liten minoritet som lider av svåra psykologiska problem. Kontrollen över avvänjningen flyttas dock från patienten och det är vanligt att

det blir bakslag när man kommer hem igen, främst eftersom det inte funnits någon tid att bygga upp en ny livsstil. En långsam nedtrappning i din egen hemmiljö ger mer tid för fysiska och psykologiska anpassningar, möjlighet att fortsätta med ditt vanliga liv, skraddarsy avvänjningen efter din egen livsstil samt bygga upp alternativa strategier för att leva utan bensodiazepiner.

Nedtrappningen

1, Att minska dosen.

De råder ingen som helst tvekan om att den som trappar ner från ett långvarigt bensodiazepinbruk måste minska dosen långsamt. En alltför snabb nedtrappning, i synnerhet om man tar en hög dos, kan ge upphov till allvarliga symptom (kramper, psykotiska reaktioner, akuta ångesttillstånd) och kan öka risken för utdragna abstinensbesvär (se kapitel 3). Långsam nedtrappning innebär att man minskar dosen gradvis, vanligtvis över en period på några månader. Syftet är att få en mjuk, stadig och långsam minskning av koncentrationen av bensodiazepiner i blod och vävnad, så att hjärnans naturliga system kan återfå sitt normala tillstånd. I kapitel 1 förklarades hur bensodiazepinerna tar över många av kroppens naturliga lugnande system, som förmedlas av signalsubstansen GABA. Som en följd av detta minskar hjärnans GABA-receptorer i antal och GABA-funktionen avtar.

En hastig nedtrappning lämnar hjärnan i ett tillstånd av GABA-underaktivitet, vilket resulterar i att nervsystemet blir överstimulerat. Denna överstimulans är den främsta orsaken till de flesta abstinensbesvär som vi går in på i nästa kapitel. Om man långsamt avlägsnar bensodiazepinerna från kroppen får de naturliga systemen en möjlighet att återvinna kontrollen över de funktioner som dämpats av bensodiazepinerna. Det finns vetenskapliga bevis för att det tar lång tid att återställa hjärnfunktionen. Tillfrisknandet från ett långtidsbruk av bensodiazepiner liknar kroppens successiva återhämtning efter en omfattande operation. Att läka kroppen eller själen är en process som tar tid.

Nedtrappningstakten är individuell. Den beror på många faktorer, däribland vilken dos och sort man tagit, hur länge man använt dem, personlighet, livsstil, tidigare erfarenheter, speciella anlag och (kanske genetiskt bestämt) hur snabbt återhämtningssystemen jobbar. Vanligen är man själv den bäste att bedöma hur man ska göra; man måste ha kontroll och fortsätta i den hastighet som passar en bäst. Kanske måste man stå emot andras (kliniker, läkare) försök att övertala en att genomgå en snabb nedtrappning. Den klassiska nedtrappningsperioden på sex veckor som används av många kliniker är alldeles för kort för många långtidsbrukare. Nedtrappningshastigheten är inte avgörande, bara den är tillräckligt långsam. Om det tar 6, 12 eller 18 månader spelar inte någon större roll om man har tagit bensodiazepiner i flera år.

Det påstås ibland att en mycket långsam nedtrappning ”bara förlänger vandan” och att det är bättre att bli klar så snabbt som möjligt. De flesta patienter upplever dock att den långsamma nedtrappningen är att föredra, särskilt om de själva får bestämma takten. Många patienter upptäcker att det inte är så jobbigt. Hur som helst finns det ingen magisk nedtrappningstakt och varje person måste finna den takt som passar honom eller henne bäst. Människor som tagit låga doser under en relativt kort tid

(kortare tid än ett år) kan vanligtvis sluta ganska snabbt. De som tagit höga doser med starka bensodiazepiner såsom Xanor och Klonopin* kräver troligtvis längre tid. Exempel på långsamma nedtrappningsscheman finns i slutet av detta kapitel.

Väldigt grovt kan man säga att en person som tar 40 mg diazepam om dagen (eller liknande) kan minska den dagliga dosen med 2 mg var eller varannan vecka tills han/hon når en dos på 20 mg om dagen. Detta skulle ta 10-20 veckor. Från 20 mg diazepam/dag är en minskning med 1 mg av den dagliga dosen var eller varannan vecka att föredra. Detta skulle ta ytterligare 20-40 veckor, så den totala nedtrappningen kan ta 30-60 veckor. En del föredrar emellertid att minska dosen snabbare och en del långsammare (se nästa avsnitt för mer detaljer).

Det är viktigt att alltid gå framåt i avvänjningen. Om man når en svår punkt kan man alltid stanna upp under några veckor om det krävs, men man bör inte vända tillbaka och öka dosen igen. En del läkare förespråkar en användning av ”flyktpiller” (en extra dos av bensodiazepiner) i särskilt stressande situationer. Detta är förmodligen ingen bra idé eftersom det avbryter den mjuka minskningen av koncentrationerna av bensodiazepiner och det stör också den process som det innebär att lära sig att leva utan mediciner, vilket är en mycket viktig del av nedtrappningen. Om nedtrappningen är tillräckligt långsam behövs inte ”flyktpiller”.

2, Att byta till en långtidsverkande bensodiazepin.

Med relativt korttidsverkande bensodiazepiner, såsom alprazolam (Xanor) och lorazepam (Temesta) (tabell 1, kapitel 1), går det inte att få en långsam minskning av koncentrationerna i blod och vävnader. Dessa mediciner bryts ner ganska snabbt med följderna att koncentrationerna fluktuerar med toppar och dalar mellan varje dos. Man måste ta tablettorna flera gånger/dag och många upplever ”miniabstinenser”, ibland ett behov, mellan varje dos.

För människor som trappar ner från dessa starka, korttidsverkande preparat är det lämpligt att de byter till en långtidsverkande, långsamt nedbrytbar bensodiazepin, såsom diazepam. Diazepam (Stesolid) är en av de bensodiazepiner som bryts ner långsammast. Den har en halveringstid på upp till 200 timmar, vilket betyder att blodnivån för varje dos minskat med hälften efter omkring 8,3 dagar. Andra bensodiazepiner med liknande halveringstider är klordiazepoxid (Librium), flunitrazepam (Flunitrazepam, Fluscand NM Pharma), vilka samtliga bryts ner till diazepam i kroppen. Den långsamma nedbrytningen av diazepam ger kroppen en möjlighet att långsamt anpassa sig till en minskad koncentration av bensodiazepiner. Medicinbytet måste utföras sakta, vanligtvis stegvis, så att man ersätter en dos åt gången. Det finns många faktorer att ta hänsyn till. En är skillnaden i styrka mellan olika bensodiazepiner. Många människor har mått dåligt för att de bytt för hastigt till en annan, svagare medicin med otillräcklig dosering eftersom läkaren inte tagit tillräckligt stor hänsyn till denna faktor. Likvärdiga styrkor visas i tabell 1 (kapitel 1), men dessa är bara ungefärliga och skiljer sig åt mellan individer.

En annan faktor man ska ha i åtanke är att de olika bensodiazepinerna har något olika profiler, även om de i stora drag är lika. Lorazepam (Temesta) tycks till exempel ha en mindre hypnotisk verkan än diazepam (förmodligen för att den verkar kortare tid). Den som till exempel tar 2 mg Temesta tre gånger om dagen och direkt byter till 60 mg diazepam (en likvärdig dos vid ångest) kommer förmodligen att bli extremt

sömnig, men om han alltför snabbt byter till en mycket mindre dos av diazepam kommer han troligtvis få abstinensbesvär. Genom att byta en dos (eller del av dos) åt gången undviker man denna svårighet och det gör det också enklare att hitta den motsvarande dosen för den personen. Det är också bra att göra det första bytet vid dosen till natten, och ersättningen måste inte alltid vara total. Om kvällsdosen till exempel är 2 mg Temesta, skulle man i en del fall kunna byta det mot 1mg Temesta plus 8 mg diazepam. En fullständig ersättning för 1 mg Temesta skulle ha varit 10 mg diazepam. Patienten kan ändå sova gott på denna kombination och han har redan minskat dosen lite grann – ett första steg i nedtrappningen (exempel på successiva ersättningar ges i schemana i slutet av det här kapitlet).

En tredje viktig praktisk faktor är de befintliga dosstorlekarna på de olika bensodiazepinerna. När man trappar ner behöver man en långtidsverkande medicin som kan minskas i ganska små steg. Diazepam (Stesolid) är den enda bensodiazepin som är idealisk för detta syfte eftersom den finns i 2mg-tabletter som är skårade på mitten och lätta att dela till en dos om 1mg. Den minsta befintliga tabletten av lorazepam (Temesta) är 0,5 mg (vilket motsvarar 5 mg diazepam) [i Storbritannien är den lägsta befintliga dosen av lorazepam 1mg]; den minsta tabletten av alprazolam (Xanor) är 0,25 mg (motsvarar också 5 mg diazepam). Om man delar tabletterna blir den minsta reduktionen man enkelt kan göra likvärdig med 2,5 mg diazepam. (En del patienter blir väldigt bra på att skala bort små bitar av sina tabletter). På grund av de begränsade dosstorlekarna kan det vara bra att byta till diazepam även om man redan tar en ganska långtidsverkande bensodiazepin med relativt låg styrka. Det finns också drickbara versioner av en del bensodiazepiner och man kan uppnå en långsam minskning genom att mäta volymen med ett doseringsmått.

Somliga läkare i USA ger sina patienter klonazepam (Klonopin*, [Rivotril* i Kanada]), då de menar att den är lättare att vänja sig av med än till exempel alprazolam (Xanor) eller lorazepam (Temesta) eftersom den bryts ner mycket långsammare. Klonopin* är dock långt ifrån idealisk i detta syfte. Det är en extremt stark medicin som bryts ner mycket snabbare än diazepam (se tabell 1, kapitel 1) och den minsta befintliga tabletten i USA är 0,5 mg (vilket motsvarar 10 mg diazepam) och 0,25 i Kanada (motsvarar 5 mg Stesolid). Det är svårt att få ett mjukt, långsamt fall i blodkoncentrationen, och det finns vissa belägg för att det är särskilt svårt att trappa ner från högpotenta bensodiazepiner, däribland Klonopin*. En del människor verkar emellertid ha särskilt svårt att byta från Klonopin* till diazepam. I sådana fall är det bra att ha färdigställt specialkapslar som innehåller små doser, till exempel en åttondel eller en sextondel av ett milligram eller mindre, som kan användas för att göra successiva dosminskningar direkt från Klonopin*. En liknande teknik kan användas på dem som tar en annan bensodiazepin och som tycker att det är svårt att ersätta den med diazepam. Man måste försäkra sig om att apotekaren kan garantera samma formel vid varje receptförnyelse. Detta tillvägagångssätt kan dock vara besvärligt och är inte att rekommendera för allmänt bruk.

3, Att skapa och följa nedtrappningsschemat.

En del exempel på nedtrappningsscheman ges längre fram. De flesta är faktiska scheman som har använts av människor som lyckats med sin utsättning. Varje schema måste skraddarsys för individuella behov; två scheman är nödvändigtvis inte lika. Nedan följer en sammanfattning av vad man bör tänka på när man skapar sitt eget schema.

1, Skapa schemat utifrån den egna symptombilden. Om man har problem med sömnlöshet ska man till exempel ta den största delen av dosen vid läggdags; om man har det svårt att ta sig hemifrån på morgonen ska man ta dosen så fort man vaknat på morgonen (men inte en så stor dos att man blir sömning eller blir en dålig bilförare!).

2, Byt en dos åt gången du byter till diazepam. Vanligtvis börjar man med kvälls- eller nattdosen och sedan byter man ut de andra doserna, en efter en, med 5-7 dagars mellanrum. Om man inte börjar från en väldigt hög dos finns det ingen anledning att sträva efter att minska dosen på detta stadium; sikta helt enkelt på att ta en motsvarande dos. Därefter kan man börja med att långsamt minska intaget av diazepam.

Om man tar en hög dos, såsom 6 mg alprazolam (motsvarar 120 mg diazepam) kan man dock behöva minska sin dos under tiden som man byter till diazepam, och man kan behöva byta endast en del av dosen åt gången (se tabell 1). Syftet är att hitta en dos av diazepam som i hög grad förhindrar abstinensbesvär, men som inte är så stor att man blir trött.

3, Diazepam bryts ner mycket sakta och behöver bara tas en eller två gånger om dagen för att åstadkomma en jämn blodkoncentration. Om man tar bensodiazepiner tre eller fyra gånger dagligen är det lämpligt att man tar dosen två gånger dagligen när man tar diazepam. Ju mer sällan man tar tabletter desto mindre kommer dagen att kretsa kring medicinen.

4, Ju större dos man tar till en början, desto större kan varje dosminskning vara. Man kan sikta på att minska dosen med upp till en tiondel vid varje intag. Om man till exempel tar en medicin som motsvarar 40 mg diazepam skulle man kunna börja med att minska dosen med 2-4 mg var eller varannan vecka. När man kommit ner till 20 mg kan minskningarna vara 1-2 mg var eller varannan vecka. När man kommit ner till 10 mg, är det angeläget med en minskning med 1 mg. Från 5 mg diazepam föredrar en del att minska med 0,5 mg var eller varannan vecka.

5, Det finns ingen anledning att ta fram ett nedtrappningsschema som löper ända fram till slutet. Det räcker vanligen med att planera de första veckorna och om nödvändigt ändra schemat efter hur det går. Din läkare bör förberedas på att vara flexibel och beredd att när som helst justera schemat till en långsammare (eller snabbare) takt.

6, Så långt som det är möjligt – gå aldrig bakåt. Man kan stanna upp vid ett visst stadium i sitt schema och vänta med att trappa ner ytterligare några veckor om omständigheterna förändras (om det till exempel uppstår en kris inom familjen), men försök att aldrig öka dosen igen.

7, Försök att undvika att ta extra tabletter under stressande omständigheter och lär dig att ta kontroll över symptomen. På så sätt blir man mer säker på att man kan klara sig utan bensodiazepiner (se kapitel 3, abstinensbesvär).

8, Undvik att kompensera för bensodiazepinerna genom att öka intaget av alkohol, cannabis eller receptfria mediciner. Någon gång kan läkaren föreslå andra mediciner för speciella symptom (se kapitel 3, abstinensbesvär), men ta inte sömntabletterna

zolpidem (Stilnoct), zopiklon (Zopiklon, Imovane) eller zaleplon (Sonata) eftersom de har samma effekter som bensodiazepiner.

9, Att sluta med den sista tablett: Det anses ofta särskilt svårt att sluta med de sista milligrammen. Det beror främst på rädslan för hur man ska klara sig utan någon medicin alls. Det definitiva avskedet är faktiskt förvånansvärt enkelt. Personerna känner sig vanligen mycket nöjda med den nyvunna känslan av frihet. De 1,0 eller 0,5 mg diazepam som man tar dagligen i slutet av schemat har egentligen ingen annan effekt än att hålla igång beroendet. Frestas inte att göra nedtrappningstakten löjligt långsam mot slutet (såsom 0,25 mg varje månad). Ta steget fullt ut när 0,5 mg dagligen uppnåtts; det definitiva tillfrisknandet kan inte börja förrän man har slutat med sina tabletter helt och hållet. En del personer som slutat med tabletter vill helst ha några tabletter på sig som en säkerhetsåtgärd, men de inser att de sällan, om någonsin, använder dem.

10, Bli inte besatt av nedtrappningsschemat. Låt det bara bli en normal del av ditt liv under de närmaste månaderna. Visst, du slutar med bensodiazepiner; det gör många andra också. Det är inget märkvärdigt.

11, Om man av någon orsak inte lyckas (eller inte lyckades) vid sitt första försök att trappa ner från bensodiazepiner så kan man alltid försöka igen. Det sägs att de flesta rökare gör 7 till 8 försök att sluta innan de till sist slutar. Den goda nyheten är att de flesta långtidsbrukare av bensodiazepiner lyckas vid första försöket. De som behöver ett andra försök har vanligen trappat ner alldeles snabbt första gången. En långsam och stadig nedtrappning, där man själv har kontroll, lyckas nästan alltid.

4, Avvänjning hos äldre människor

Äldre människor kan trappa ner med lika stor framgång som yngre, även om de tagit medicinerna i årtal. En nyligen genomförd undersökning av 273 äldre långtidsbrukare av bensodiazepiner (i snitt 15 år) visade att en frivillig nedtrappning och total utsättning av bensodiazepiner följdes av bättre sömn, förbättrad psykologisk och fysisk hälsa och färre läkarbesök. Dessa fynd har upprepats i flera andra studier av äldre patienter som använt bensodiazepiner under lång tid.

Det finns särskilt goda skäl till varför äldre ska sluta med bensodiazepiner, eftersom de med åldern blir mer benägna att falla och drabbas av frakturer, minnesförvirring, minnesförlust och psykiatriska problem (se kapitel 1).

Metoderna för bensodiazepinavvänjning hos äldre liknar de som rekommenderas för yngre vuxna. Min uppfattning är att en långsam nedtrappning lätt tolereras, också av människor i 80-årsåldern som tagit bensodiazepiner i över 20 år. Schemat kan bestå av flytande preparat samt, om nödvändigt, en successiv ersättning med diazepam (till exempel Stesolid). Naturligtvis är det stor variation i fråga om vilken ålder individer blir "äldre" – kanske passar 65-70 år definitionen i de allra flesta fall.

5, Avvänjning från antidepressiva mediciner

Många som använt bensodiazepiner under en längre period har också ordinerats antidepressiva mediciner eftersom de utvecklat en depression, antingen vid kronisk användning eller under pågående nedtrappning. De antidepressiva medicinerna ska också trappas ner sakta eftersom de också kan orsaka en utsättningsreaktion. Om man

tar en antidepressiv medicin samtidigt som man tar bensodiazepiner är det bäst att först slutföra avvänjningen från bensodiazepinerna innan man minskar intaget av antidepressiva. En lista över antidepressiva mediciner och några korta ord om hur man trappar ner ges i schema 13 i detta kapitel. Några av abstinensbesvären vid nedtrappning från antidepressiva visas i kapitel 3 (tabell 2).

Sammanfattningen ovan riktar sig till dem som planerar att själva sköta sin egen nedtrappning – förmodligen en större del av läsarna. De som får hjälp av en kunnig och förstående läkare eller rådgivare vill kanske ha stöd. På min avvänjningsklinik brukade jag för det mesta skriva ner ett schema som jag diskuterade med varje patient. De flesta patienter var mycket intresserade och föreslog emellanåt förbättringar av schemat. Det fanns dock de som föredrog att inte tänka så mycket på detaljerna, utan bara följde schemat strikt till slutet. Denna grupp var lika framgångsrik. Några få (förmodligen omkring 20 patienter av 300) ville inte veta något om schemat, utan bara följa instruktionerna; en del av dessa anslöt sig också till en klinisk prövning av avvänjningen. För den här gruppen (med deras samtycke eller på deras egen begäran) ersattes bensodiazepinerna med kalktabletter. Denna metod var också framgångsrik och vid slutet av processen var patienterna förvånade och glada när de upptäckte att de varit utan bensodiazepiner och bara tagit kalktabletter de senaste 4 veckorna.

Vidare läsning

Ashton, H. (1994) *The treatment of benzodiazepine dependence*. *Addiction* 89; 1535-1541.

Trickett, S. (1998) *Coming off Tranquillisers, Sleepings Pills and Antidepressants*. Thorsons, London.