

### 3

## Abstinensbesvär från bensodiazepiner, akuta och utdragna

### Abstinensens mekanismer

#### Akuta abstinensbesvär

Individuella symptom, deras orsaker och hur man hanterar dem

**Sömlöshet, mardrömmar, sömnstörningar**

**Påträngande minnen**

**Panikattacker**

**Generaliserad ångest, panik och fobier**

**Psykologiska metoder**

**Komplementära medicinska metoder**

**Träning och andra metoder**

**Sensorisk överkänslighet**

**Depersonalisation, överklighetskänsla**

**Hallucinationer, illusioner, perceptuella förvrängningar**

**Depression, aggression, tvångstankar**

**Muskelsymptom**

**Kroppsliga förnimmelser**

**Hjärta och lungor**

**Balansproblem**

**Matsmältningsproblem**

**Immunsystem**

**Endokrina problem**

**Attacker, kramper**

Extra läkemedel vid bensodiazepinutsättningen

**Antidepressiva läkemedel**

**Betablockerare**

**Rogivande och lugnande**

**Andra mediciner**

Bensodiazepinanvändning under och efter nedtrappningen

**Kost, dryck och träning**

**Rökning**

**Nedtrappningsförlopp**

**Utdragna abstinensbesvär**

**Ångest**

**Depression**

**Sömlöshet**

**Sinnes- och rörelseproblem**

**Möjliga mekanismer för att uthärda sinnes- och rörelsesymptom**

**Dåligt minne och kognition**  
**Orsakar bensodiazepiner strukturella hjärnskador?**  
**Mag-tarmsbesvär**  
**Att hantera utdragna symptom**  
**Hur länge stannar bensodiazepinerna i kroppen efter utsättningen?**

Epilog  
Utbildning  
Forskning  
Behandlingsmetoder  
Behandlingshem

Vidare läsning

**Tabell 1. Abstinenssymptom vid bensodiazepinutsättning.**  
**Tabell 2. Abstinensbesvär från antidepressiva läkemedel.**  
**Tabell 3. En del utdragna abstinensbesvär från bensodiazepiner.**  
**Tabell 4. En del möjliga orsaker till utdragna abstinensbesvär vid bensodiazepinavvänjning.**

Kapitel 1 beskrev hur bensodiazepinerna påverkar kroppen och hur tolerans och beroende utvecklas. Kapitel 2 diskuterade behovet av långsam nedtrappning och gav praktiska exempel på dosminskning. Detta kapitel tar upp vad som händer när bensodiazepinerna lämnar kroppen under nedtrappning och efteråt. Fokus ligger på abstinensbesvär och hur man hanterar dem om de uppkommer.

Det kan inte nog betonas att abstinensbesvären kan minskas och till stor del undvikas om man trappar ner långsamt, efter individuella behov, vilket beskrevs i kapitel 2. En del brukare upplever dock "abstinensbesvär" trots att de fortfarande tar medicinen. Det beror på att de utvecklar en tolerans mot medicinen (kapitel 1), vilket ibland får till följd att läkarna ökar dosen eller kompletterar med ytterligare en bensodiazepin. En analys av de 50 första patienterna vid min avvänjningsklinik för bensodiazepiner visade att samtliga hade symptom vid första besöket, då de fortfarande tog bensodiazepiner (12 av dem tog två ordinerade bensodiazepiner på samma gång). Deras symptom bestod av alla de symptom som normalt beskrivs som abstinensbesvär från bensodiazepiner. Patienterna trappade ner långsamt, vilket bara försämrade deras symptom lite grann och de avtog sedan efter utsättningen.

Människor som utvecklar allvarliga symptom under bensodiazepinavvänjningen har vanligen slutat med medicinen alldeles för snabbt. Ofta beror deras lidande och rädsla på att de inte fått någon förklaring till symptomen ("Håller jag på att bli tokig?"), vilket i sig förvärrar symptomen. En del av dessa skrämmande upplevelser har slutat i ett tillstånd som liknar PTSD (posttraumatiskt stressyndrom). Om man förstår symptomens väsen och varför de uppstår kan det minska den förvirring och rädsla som kopplas samman med bensodiazepinavvänjning och det kan också förhindra att symptomen blir långvariga. Abstinensbesvär är faktiskt en normal reaktion när man slutar med många kroniskt använda droger, såsom alkohol, opiater, antipsykotiska och antidepressiva läkemedel, och till och med en del mediciner för kärlekskramp och högt blodtryck.

## Abstinensens mekanismer

Abstinensbesvär brukar vanligen vara motsatta medicinens ursprungliga effekter. I fallet med bensodiazepiner kan ett plötsligt avbrott efter kroniskt bruk leda till att drömlös sömn ersätts av sömnlöshet och mardrömmar; muskelavslappning av ökad spänning och muskelspasmer; lugn av ångest och panik; kramplösande effekter av epileptiska anfall. Dessa reaktioner orsakas av att de anpassningar som skett i nervsystemet, som svar på medicinens kroniska närvaro, plötsligt sätts ut. Om man slutar plötsligt med medicinen resulterar det i att alla system som dämpats av bensodiazepinerna, men som inte längre hindras, blir överaktiva. Nästan alla nervsystemets stimulerande mekanismer går på högvarv och till dess att kroppen anpassat sig till ett drogfritt tillstånd är hjärnan och det perifera nervsystemet överstimulerat och extremt stresskänsligt.

## Akuta abstinensbesvär

Bensodiazepinernas mest utmärkande effekt är en antiångesteffekt – det är därför de utvecklades som lugnande mediciner. På grund av detta är nästan alla akuta abstinenssymptom ångest. Dessa symptom har beskrivits i ångesttillstånd hos människor som aldrig rört en bensodiazepin och erkändes som psykologiska och fysiska ångestsymptom långt innan bensodiazepinerna upptäcktes. Vissa ångestsymptom är dock speciellt typiska för

bensodiazepinavvänjning. Dessa innefattar överkänslighet för känselstimulans (ljud, ljus, beröring, smak och lukt) och perceptuella förvrängningar (till exempel känslan att golvet går i vågor, väggar eller golv lutar, känslan av ha bomull under fötterna). Det förekommer fall av depersonalisation, överklighetskänslor, sveda och domningar. Visuella hallucinationer, förändrad kroppsuppfattning ("Mitt huvud känns som en fotboll/ballong"), känslan av insekter som kryper över huden, muskelryckningar och viktförlust är vanliga vid bensodiazepinavvänjning, men ovanliga vid ångesttillstånd.

Tabell 1 listar symptom som patienter på min avvänjningsklinik beskrivit spontant. Det är en lång lista, men den täcker förmodligen ändå inte alla symptom. Naturligtvis får inte alla patienter alla symptom, och inga symptom är nödvändiga. Nedtrappningen verkar ofta söka efter individens mest sårbara punkter: om man ofta drabbas av huvudvärk kan man få värre huvudvärk under nedtrappningen; om man har en irriterad tjocktarm kan matsmältningssymptomen förvärras. Sådana symptom är nästan alltid tillfälliga och kan minskas. Om man förstår varför de uppstår blir de mindre skrämmande och känns mindre viktiga eller konstiga. Patienterna kan dessutom lära sig metoder som kan underlätta eller kontrollera många av symptomen: det finns en hel del de kan göra för att hjälpa sig själva.

### **Tabell 1: Abstinenssymptom vid bensodiazepinutsättning**

#### Psykologiska symptom

*Hetsighet (svårigheter att sitta stilla, rastlöshet)  
Sömlöshet, mardrömmar, andra sömnstörningar  
Ökad ångest, panikattacker  
Agorafobi, social fobi  
Perceptuella förvrängningar*

*Depersonalisation, överklighetskänsla  
Hallucinationer, missuppfattningar  
Depression  
Tvångsföreställningar  
Paranoida tankar*

*Ilska, aggression, irritabilitet  
Dåligt minne och koncentration  
Påträngande minnen  
Sug (sällsynt)*

#### Fysiska symptom

*Huvudvärk  
Smärta/stelhet – (ben, rygg, nacke, tänder, käke)  
Sveda, domningar, förändrade känsloförnimmelser – (ben, ansikte, bål)  
Svaghet  
Trötthet, influensaliknande symptom*

*Muskelryckningar, spasmer, tics, "elektriska chocker"*

*Darrningar*  
*Yrsel, dålig balans*  
*Försämrad/dubbel syn, irriterade eller torra ögon*  
*Tinnitus*

*Överkänslighet – (ljus, ljud, beröring, smak, lukt)*  
*Gastrointestinala symptom – (illamående, kräkningar, diarré, förstoppning, smärta, uppsvälldhet, sväljningssvårigheter)*  
*Aptit/viktförändring*  
*Muntorrhet, metallsmak i munnen, ovanlig lukt*  
*Rodnad/svettningar/darrningar*

*Andningsproblem*  
*Svårigheter att kissa/menstruationsproblem*  
*Hudutslag, klåda*  
*Krampanfall (sällsynta)*

Alla dessa symptom har beskrivits av patienter som minskat sitt bruk av bensodiazepiner; de är inte uppställda i någon speciell ordning, och få, om några, är specifika för bensodiazepinavvänjning. Listan är förmodligen inte fullständig. Olika individer upplever olika symptomkombinationer. Tro inte att du kommer att få *alla* dessa symptom!

Individuella symptom, deras orsaker och hur man hanterar dem

### **Sömlöshet, mardrömmar, sömnstörningar.**

Den sömn som skapas av bensodiazepiner är ingen normal sömn, även om den kan verka uppfriskande till en början. Bensodiazepinerna hämmar såväl drömsömnen (REM-sömnen) som djupsömnen (deltasömnen). Den extra sovtid som man får av bensodiazepinerna är främst lätt sömn, så kallad stadium-II sömn. De två viktigaste stadierna i sömnen är REM-sömnen och deltasömnen och de är centrala för hälsan. I studier där deltagarna inte fått sova har man upptäckt att bristen snabbt justeras genom att den vänder till över normala nivåer så snart som omständigheterna tillåter det.

Hos personer som regelbundet använder bensodiazepiner brukar drömsömnen och djupsömnen återvända till de nivåer de låg på innan de började ta medicinen (på grund av tolerans), men den ursprungliga bristen kvarstår. När man börjar trappa ner, till och med efter flera års bensodiazepinbruk, sker en tydlig ökning av REM-sömnen, som också blir mer intensiv. Därför blir drömmarna mer levande och man kan börja drömma mardrömmar som gör att man vaknar många gånger under natten. Detta är en normal nedtrappningsreaktion och, även om den är obehaglig, så är den ett tecken på tillfrisknande. När det inte längre råder någon brist på drömsömn, vanligen efter omkring 4-6 veckor, blir mardrömmarna mindre frekventa och försvinner bort undan för undan.

Det tycks dröja längre innan deltasömnen kommer tillbaka till rätt nivå, förmodligen på grund av att ångestnivåerna är höga och hjärnan är överaktiv, vilket gör att det är svårt att koppla av helt och hållet. Man kan ha svårt att gå och lägga sig och känna sig rastlös, få plötsliga muskelryckningar (myoklonus) just när man är på väg att somna eller plötsligt skakas om av

en hörselhallucination i form av en hög smäll (hypnagog hallucination), vilket gör att man vaknar igen. Dessa störningar kan vara i flera veckor, ibland månader, men besvären ger sig med tiden. Sömnbehovet är så starkt att den normala sömnen till slut gör sig gällande. Under tiden är det bra att låt bli att dricka te, kaffe, annan stimulantia eller alkohol innan man går till sängs och istället lyssna på avslappningsband, lära sig metoder för att hantera ångest samt träna fysiskt. Det kan också vara bra att ta hela eller största delen av bensodiazepindosen till natten under nedtrappningsperioden. Ibland kan man behöva ta någon annan medicin (se avsnittet om adjuvantia, nedan).

### **Påträngande minnen**

Ett märkligt symptom hos patienter som genomgår en bensodiazepinavvänjning är förekomsten av vad som tycks vara påträngande minnen. Deras hjärnor trollar plötsligt fram ett minne av någon de inte har tänkt på eller träffat på flera år. Ibland ser de den andra personens ansikte när de ser sig i spegeln. Minnet tycks opåkallat och kan återkomma och inkräkta på andra tankar. Det intressanta med dessa tankar är att de ofta börjar inträffa samtidigt som de levande drömmarna inträder; dessa kan komma en eller flera veckor efter att nedtrappningen påbörjats. Aktuell sömnforskning visar att vissa sömnstadier (REM- och deltasömn) är viktiga för minnesfunktionerna, vilket tyder på att drömmar och minnen är sammankopplade. I båda fallen kan företeelserna ses som en början på en återgång till normala minnesfunktioner och kan tolkas som ett tecken på att återhämtningen går framåt. Dåligt minne och koncentrationsproblem är också kännetecknande för bensodiazepinavvänjning och beror förmodligen på medicinens fortsatta effekter. Stödpersonerna ska vara beredda att uppmuntra om och om igen, vecka efter vecka, eftersom deras ord snabbt glöms bort.

### **Panikattacker**

Panikattacker kan uppstå för första gången under nedtrappningen, även om en del patienter har upplevt detta stressande symptom under lång tid. Skådespelerskan Glenda Jackson, som inte tog bensodiazepiner, beskrev dem på följande sätt: ”Åh Gud, dessa panikattacker. Du tror att du håller på att dö; hjärtat slår så kraftigt att det känns som om det kommer att hoppa ur bröstet; du känner att du får svårt att andas – och allt detta följs av skakningar och darrningar och du känner dig alldeles genomfrusen” (Sunday Times Magazine, sid. 15, 17 oktober, 1999). Dessa attacker är utmärkande för en del ångestillstånd och beror på överaktivitet i det centrala och perifera nervsystemet, särskilt de centra som normalt ansvarar för rädsla och flyktreaktioner som svar på kritiska situationer. De centra i hjärnan som kontrollerar dessa reaktioner på rädsla har dämpats av bensodiazepinerna och kan återvända med förnyad stryka när bensodiazepinerna lämnar kroppen. Även om panikattackerna upplevs som mycket stressande är de aldrig dödliga och varar oftast inte mer än 30 minuter. Man kan dessutom lära sig att kontrollera dem och olika tillvägagångssätt beskrivs nedan. Att lära sig kontrollera en panikattack är en färdighet som blir bättre med övning och som man behöver träna på hemma. Panikattackerna (och andra abstinensbesvär) har dock en förmåga att komma vid olämpliga tillfällen, när man inte är hemma. Vid sådana tillfällen är det viktigt att stå emot impulsen att springa sin väg. Dr Peter Tyrer föreslår följande åtgärd när ett kraftigt abstinenssymptom, till exempel en panikattack, inträffar när man är i affären och handlar:

*"Andas långsammare och djupare, se till att du andas ner i lungorna och inte bara andas ytligt."*

*"När du gör det kommer du märka att dina armar och händer slappnar av, så att det inte längre går att se det vita på dina knogar när du håller i kundvagnen."*

*"Rör dig inte förrän du känner att spänningen flyter ut genom dina händer. Med varje andetag kommer du att känna din spänning flyta iväg, och när den gör det kommer dina symptom att minska eller försvinna.!"*

Tyrer, Peter, *How to Stop Taking Tranquillisers*, Sheldon Press, London 1986, sid. 63.

Självförtroendet stärks när man upptäcker att en panikattack kan kontrolleras utan tabletter och nyckeln till en framgångsrik utsättning är ofta att man utvecklat nya strategier att hantera stressen på. Panikattackerna försvinner normalt inom sex veckor efter utsättningen.

### **Generaliserad ångest, panik och fobier**

Det finns många icke farmakologiska metoder som kan hjälpa människor med ångest. En del av dessa listas nedan, men vi har inte möjlighet att gå in i detalj i varje metod eller nämna alla här. Alla som slutar med lugnande tabletter behöver dem inte, men de kan vara bra för dem som har det svårt.

## **1, Psykologiska metoder**

### Beteendeterapi

- Syftar till att ersätta ångestrelaterade beteenden med bättre anpassade beteenden
- Progressiv muskelavslappning (minskar muskelspänningar och ångest)
- Diafragmaandning (många oroliga människor hyperventilerar)
- Kontrollerad exponering för skrämmande situationer, som gradvis ökas tills ångesten minskar.

### Kognitiv beteendeterapi

- Lär patienterna att förstå sitt tankemönster så att de kan reagera annorlunda vid ångestframkallande situationer
- Ångesthantering (inlärningsmetoder) för att undvika ångestframkallande situationer och hantera ångesten (om den uppstår)
- Kognitiv omträning

## **2, Komplementära medicinska metoder**

- Akupunktur
- Aromaterapi
- Massage, reflexologi
- Homeopati

### 3, Träning och andra metoder

- Sport – aerobics, löpning, simning, pilates, gång och andra aktiviteter som man tycker om
- Yoga – många olika sorter och metoder
- Meditation – många olika sorter och metoder

Valet av åtgärd, och vilken effekt den har, är mycket individuellt. De olika psykologiska metoderna har prövats formellt och ger de bästa långsiktiga resultaten. Resultatet beror dock till stor del på terapeutens färdigheter, dennes kunskaper om bensodiazepiner och kontakten mellan terapeuten och klienten. Alla komplementära metoder kan hjälpa till med avslappning under processens gång, men effekterna brukar inte hålla i sig särskilt länge. Patienter vid min klinik som hade genomgått 12 akupunktursessioner av en akupunktör utbildad i både kinesisk och västerländsk akupunktur uppskattade sessionerna och kände sig avslappnade under tiden de pågick, men i det långa loppet mådde de inte bättre än de som inte fått akupunktur.

Vissa individer svarar mycket bra på yoga och meditationsmetoder. En blind patient som var låst till sin rullstol på grund av spastisk förlamning lyckades sluta med sina bensodiazepiner genom meditation. Han spasticitet förbättrades. Alla klarar dock inte att offra den psykiska och fysiska koncentration som dessa metoder kräver. Fysisk träning, inom egna gränser, är bra för alla. Sammanfattningsvis kan sägas att olika metoder passar olika individer och att de måste anpassas efter personen. Om du tror på en viss metod kommer den förmodligen att vara bra för dig.

#### Sensorisk överkänslighet

Ett typiskt drag för bensodiazepinavvänjning är en ökad känslighet för alla kroppsliga förmåelser – hörsel, syn, beröring, smak och lukt. Om dessa förmåelser är extrema kan de vara mycket störande. En kvinna var tvungen att stänga av alla klockor i huset eftersom hon tyckte att tickandet var alldeles för högt; många har använt mörka glasögon eftersom de upplevt att det vanliga dagsljuset varit för skarpt. Somliga tycker att huden och hjässan blir så känsliga att det känns som om insekter kryper på dem. Hjärtslagen blir hörbara och det kan ett tjuta eller ringa i öronen (tinnitus – se nedan). Många klagar över metallsmak i munnen och flera lägger märke till underliga, obehagliga dofter som verkar komma från kroppen. Dessa förmåelser, däribland en obehaglig doft (som ingen annan brukar märka), har beskrivits i ångesttillstånd där inga bensodiazepiner funnits med i bilden. Liksom sömnlöshet och panik är de förmodligen reaktioner på en förhöjd aktivitet i det centrala nervsystemet.

Dessa förmåelser blir mer normala under avvänjningens gång och en del människor gläds åt sina nya, klarare sinnesintryck. När de trappar ner inser de hur mycket deras sinnen tidigare dämpats av bensodiazepinerna. En kvinna beskrev hur glad hon blev när hon plötsligt kunde se enskilda grässtrån i sin numera klargröna gräsmatta; det var som om en slöja lyfts bort från hennes ögon. Dessa känslor behöver alltså inte ge upphov till rädsla; de kan ses som tecken på tillfrisknande.



## **Depersonalisation, överklighetskänsla**

Känslor av depersonalisation och överklighet förknippas med utsättning av bensodiazepiner, men de förekommer också vid ångesttillstånd. De inträffar oftast om man trappat ner alltför snabbt från starka, potenta bensodiazepiner. Personen upplever sig skild från sin kropp och verkar nästan iaktta den utifrån. Liknande erfarenheter beskrivs i de nära-döden-tillstånd där individen känner att han/hon svävar över sin kropp, skild från det som händer nedanför. De beskrivs också av människor som varit med om svåra tragedier och hos individer som utsatts för tortyr. De är alltså inte specifika för bensodiazepiner.

Sådana upplevelser är förmodligen en normal försvarsreaktion som utvecklats för att skydda mot outhärdligt lidande. Det kan vara en primitiv hjärnmekanism som liknar den man kan se hos djur som står blickstill när de möter en fara de inte kan fly från. Liksom andra abstinenssymtom försvinner dessa känslor med tiden och ska inte tolkas som något onormalt eller tokigt.

## **Hallucinationer, illusioner, perceptuella förvrängningar**

Hallucinationerna är det abstinensbesvär som väcker störst rädsla för att man håller på att bli tokig. Personer som trappat ner alltför snabbt eller plötsligt från höga doser har drabbats av skrämmande hallucinationer, men läsarna kan trösta sig med att de är ytterst sällsynta om man minskar dosen sakta, enligt de råd som ges i kapitel 2. Hallucinationerna är vanligen visuella – patienter har beskrivit hallucinationer där en stor fladdermus sitter på axeln eller ett människohuvud med horn – men det kan också förekomma hörsel-, lukt- och beröringshallucinationer. Något mindre skrämmande är upplevelsen av att ha små varelser, vanligtvis insekter, som kryper på skinnet (liknande hallucinationer förekommer vid kokain- och amfetaminavvänjning). En del hallucinationer blandas samman med illusioner och missuppfattningar. En kapp som hänger på dörren kan till exempel se ut att vara en person. Golv och väggar som tycks luta är perceptuella förvrängningar.

Mekanismen bakom dessa bisarra symptom liknar förmodligen dem som orsakar delirium tremens (hallucinationer, klassiska rosa elefanter eller råttor vid alkoholavvänjning). Som nämdes i kapitel 1, orsakar bensodiazepinerna djupa störningar i hjärnan och en plötslig utsättning kan orsaka ett okontrollerat ”utsläpp” av dopamin, serotonin och andra signalsubstanser som orsakar hallucinationer vid psykotiska störningar liksom vid alkoholavvänjning och kokain-, amfetamin- och LSD-missbruk.

Så snart som man accepterat hallucinationerna som blott hallucinationer blir de genast mindre skrämmande. De är inte något tecken på galenskap; det är helt enkelt bensodiazepiner som lurar hjärnan och som kommer att ge sig med tiden. En bra stödperson kan vanligen lugna en person som drabbats av hallucinationer under bensodiazepinavvänjningen. De som trappar ner långsamt behöver hur som helst inte oroa sig över att drabbas.

## **Depression, aggression, tvångstankar**

Depressiva symptom är vanliga såväl under ett långvarigt bensodiazepinbruk som under avvänjningen. Det är inte konstigt att en del patienter känner sig deprimerade när man tänker på alla de andra psykologiska och fysiska symptom de kan drabbas av. Ibland blir

depressionen så allvarlig att den klassas som en ”allvarlig depressiv störning”, för att använda den psykiatriska termen. Denna störning inkluderar risk för självmord och kan behöva behandlas med psykoterapi och/eller antidepressiv medicin.

Den allvarliga depressionen kan bero på de biokemiska förändringar i hjärnan som orsakats av bensodiazepinerna. Bensodiazepinerna är kända för att minska aktiviteten hos serotonin och noradrenalin, signalsubstanser som antas vara nära inblandade i depression. Antidepressiva läkemedel, däribland selektiva serotoninupptagshämmare (SSRI, såsom Fontex) förmodas verka genom att de ökar aktiviteten hos sådana signalsubstanser. Depressionen kan bli långvarig (se avsnittet om utdragna symptom) och om den inte lättar inom några veckor och inte svarar på tröst och uppmuntran, bör man söka läkarhjälp och eventuellt ta en antidepressiv medicin (se avsnittet om adjuvantia). Den depression som orsakats av utsättning svarar på antidepressiv medicin på samma sätt som när bensodiazepinerna inte finns med i bilden. Om man tar antidepressiv medicin samtidigt som man tar bensodiazepiner, vilket i ofta är fallet, är det viktigt att man fortsätter att ta den antidepressiva medicinen tills man slutfört utsättningen av bensodiazepiner. Avvänjning från den antidepressiva medicinen kan prövas vid ett senare tillfälle (se kapitel 2, schema 13).

Aggressiva störningar förknippas också med låg serotoninaktivitet (bland andra faktorer) och förekomsten av ilska och irritabilitet under avvänjningen kan innehålla liknande mekanismer som depression. Dessa symptom försvinner vanligtvis spontant och varar inte särskilt länge. Tvångssyndrom (obsessiv-kompulsiv störning) svarar också på SSRI, vilket tyder på en liknande mekanism. Under nedtrappningen kan de tvångsmässiga dragen tillfälligt öka och verkar återspegla en blandning av ångest och depression. Dessa brukar ge sig spontant när ångestnivåerna avtar.

## **Muskelsymptom**

Bensodiazepinerna är effektiva muskelavslappnare och används kliniskt för spastiska tillstånd på allt ifrån ryggmärgssjukdom eller skada till plågsamma muskelspasmer vid stelkramp eller rabies. Det är därför inte förvånande att utsättandet av bensodiazepiner efter långvarigt bruk förknippas med ökade muskelspänningar. Detta förklarar många av de symptom man observerat vid bensodiazepinavvänjning. Många uppger problem med muskelstelhet som påverkar ben, rygg, nacke och käke, och den konstanta muskelspänningen är förmodligen en förklaring till muskelsmärtna som är ungefär lika utbredda. Huvudvärken är vanligen av sorten ”spänningshuvudvärk”, på grund av muskelkoncentrationen i nacke, hjässa och panna – den beskrivs ofta som ”ett band som sitter åt runt huvudet”. Smärtan i käke och tänder beror förmodligen på att man ofrivilligt biter ihop käkarna, vilket ofta sker omedvetet i sömnen.

På samma gång är nerverna till musklerna överstimulerade, vilket leder till darrningar, tics, ryckningar, spasmer och kramper vid minsta stimulus. All denna aktivitet bidrar till en känsla av trötthet och svaghet. Musklerna, särskilt ögats små muskler, är dessutom inte väl koordinerade, vilket kan leda till att man ser dimmigt eller dubbelt eller till och med drabbas av ögonlocksramper (blefarospasm).

Dessa symptom är ofarliga och när man väl förstår deras orsak behöver man inte vara orolig över dem. Muskelsmärtna och stelheten skiljer sig faktiskt inte mycket från vad som anses som normalt efter ett träningspass, och skulle till och med förväntas av en vältränad atlet efter ett maratonlopp.

Det finns mycket som kan förbättra dessa symptom, såsom stretchövningar som lärs ut på de flesta gym, måttlig träning, varma bad, massage och avslappningsövningar. Sådana aktiviteter ger kanske bara en tillfällig lindring till en början, men om man utövar dem regelbundet kan de påskynda tillbakagången till en normal muskeltonus – som till slut kommer att komma spontant.

## **Kroppsliga förnimmelser**

Under avvänjningen är det inte ovanligt med alla möjliga sorters underliga stickningar, domningar, känslor av elektriska chocker, värme eller kyla, klåda och djup, brännande smärta. Det är svårt att ge en exakt förklaring till dessa förnimmelser, men precis som rörelsenerverna blir känselnerverna och deras förbindelser i ryggraden och hjärnan överstimulerade under avvänjningen. Det är möjligt att känselreceptorer i huden och musklerna och i bindväven runt benen, oordnat sänder ut impulser som svar på stimuli som normalt inte brukar påverka dem.

Studier av nervöverföring på patienter vid min klinik som led av sådana symptom avslöjade ingenting onormalt- det fanns till exempel inga bevis för perifer neurit. Symptomen räckte dock ibland för att förbrylla neurologerna. Tre patienter med en kombination av domningar, muskelspasmer och dubbelseende diagnostiserades med MS. Diagnosen, och alla symptom, försvann strax efter att patienterna satt ut sina bensodiazepiner.

Dessa symptom är alltså normalt inget att oroa sig för. Ibland kan de bestå (se avsnittet om utdragna symptom). Under tiden kan samma åtgärder som föreslogs ovan under muskelsymptom göra mycket för att underlätta dem och de försvinner vanligen efter utsättningen.

## **Hjärta och lungor**

Hjärtklappning, bultande hjärta, hastig puls, rodnad, svettningar och andfåddhet ingår ofta i panikattacker, men de kan uppträda utan panik. De är inte något tecken på hjärt- eller lungsjukdom, utan är helt enkelt ett uttryck för att det autonoma nervsystemet är överaktivt. Genom långsam djupandning och avslappning som beskrevs under panikattacker, kan man i hög grad kontrollera dessa symptom. Oroa dig inte över dem: de skulle anses normala om du sprang efter en buss och de gör inte mer skada än om du faktiskt gjorde det!

## **Balansproblem**

En del människor uppger att de känner sig ostadiga under nedtrappningen; ibland upplever de att de blir knuffade eller känner sig vimmelkantiga, som om allt snurrade runt. Ett viktigt organ som kontrollerar rörelsestabiliteten och upprätthåller jämvikten är den del av hjärnan som kallas lillhjärnan. Detta organ är tätt packat med GABA- och bensodiazepinreceptorer (se kapitel 1) och är en av bensodiazepinernas huvudsakliga verkningsplatser. Överdrivna doser av bensodiazepiner, liksom alkohol, orsakar ostadig gång, sluddrande tal och allmän brist på samordning, däribland en oförmåga att gå längs en rak linje. Det kan ta tid för lillhjärnssystemen att stabilisera sig efter det att man slutat med bensodiazepiner och symptomen kan bestå tills processen är klar. Tillfrisknandet kan påskyndas genom övningar, såsom att stå på ett ben, först med öppna ögon, sedan med slutna.

## **Matsmältningsproblem**

En del människor har inga problem alls med sin matsmältning under eller efter avvänjningen och kan rent utav uppleva att de tycker mer om mat än tidigare. Andra, kanske konstitutionellt mer benägna, kan klaga över en rad symptom som kan kopplas samman med syndromet ”irriterad tjocktarm” (IBS). Dessa kan innefatta illamående, kräkningar, diarré, förstoppning, magsmärtor, väderspänningar, uppsvälld mage och halsbränna. Många har tyckt att problemen varit så obehagliga att de genomgått gastrointestinala undersökningar, men i de flesta fall har man inte hittat något onormalt. Symptomen kan delvis bero på en överaktivitet i det autonoma nervsystemet som kontrollerar tarmens rörlighet och utsöndringar och som är väldigt mottagligt för stress, inklusive den stress som förekommer under bensodiazepinavvänjningen. Dessutom finns det bensodiazepinreceptorer i tarmen. Det är inte fastställt vilka funktioner dessa receptorer har och hur de påverkas av bensodiazepiner eller av bensodiazepinavvänjningen, men förändringar i dessa receptorer kan öka tarmens irritabilitet.

Ibland sker en stor vikt förlust under avvänjningen. Det kan bero på minskad aptit, eftersom bensodiazepiner har visat sig öka aptiten hos djur. Å andra sidan finns det de som ökar i vikt. Viktförändringarna är inget att bekymra sig över och normalvikten kommer tillbaka efter utsättningen. Några har svårt att svälja mat – strupen tycks dra ihop sig, i synnerhet om man äter i sällskap. Detta är vanligen ett tecken på ångest och är ett välkänt problem vid flera ångesttillstånd. Det går lättare om man tränar avslappning, äter ensam, tar små, vältuggade munsbitar tillsammans med lite vätska och inte har bråttom. Symptomen minskar när ångestnivåerna sjunker.

De flesta matsmältningsbesvär blir bättre efter utsättningen, men hos en del består de och kan bli ett utdraget symptom, vilket kan väcka rädsla för matallergi eller svampinfektion. Dessa frågor diskuteras vidare i avsnittet om utdragna symptom.

## **Immunsystemet**

”Varför drabbas jag av så många infektioner?” är en fråga som ofta ställs av patienter som trappar ut bensodiazepiner. De drabbas ofta av förkylningar, bihåle- och öroninfektioner, blåskatarr, oral och vaginal svampinfektion, andra svampinfektioner i hud och naglar, spruckna läppar, munsår och influensa. Vanligt är också klagomål över negativa reaktioner mot den antibiotika som används för att behandla en del av bakterieinfektionerna.

Det är inte klart om de som genomgår en bensodiazepineavvänjning drabbas av fler infektioner, eftersom man inte har jämfört med i andra avseenden lika populationer som inte tagit bensodiazepiner. Många faktorer påverkar dock immunsystemet. En av dessa är stress, med en ökad utsöndring av stresshormonet kortisol, som hindrar immunresponserna. En annan faktor är depression som också är kopplat till stress och ökad kortisolutsöndring. Förhöjda kortisolnivåer kan minska motståndskraften mot infektioner och också få begynnande infektioner att flamma upp. Utsättningen kan vara stressande, men konstigt nog har kortisolkoncentrationerna i blodet varit låg hos de patienter som jag har testat. Budskapet till människor som genomgår en bensodiazepinavvänjning är att försöka leva sunt, vilket innefattar att man äter en sund kost, tränar och vilar mycket samt, om det är möjligt, undviker onödigt stress. En långsam dosminskning (kapitel 2) är det bästa sättet att minska den stress som avvänjningen innebär.

## Endokrina problem

Bensodiazepinerna påverkar utan tvekan det endokrina systemet, men detta har inte undersökts ordentligt på människor, varken under ett långvarigt bensodiazepinbruk eller under utsättningen. Många kvinnor klagat över menstruationsproblem, men sådana är vanliga hos den övriga befolkningen och det finns inga klara bevis för att de direkt beror på bensodiazepinerna. En del kvinnliga långtidsbrukare av bensodiazepiner har fått livmodern bortopererad, men det finns inga bevis för att det är direkt kopplat till bruket av bensodiazepiner. Då och då klagat både manliga och kvinnliga bensodiazepinbrukare över svullna eller stockade bröst och det är troligt att bensodiazepinerna påverkar utsöndringen av hormonet prolaktin. De endokrina symptom som beror på bensodiazepiner förbättras efter avvänjningen.

## Attacker, kramper

Bensodiazepinerna är effektiva kramplösare. De kan rädda livet vid status epilepticus (upprepade attacker) och i attacker som orsakats av överdos av vissa läkemedel (till exempel tricykliska antidepressiva). En hastig nedtrappning, i synnerhet från potenta bensodiazepiner, kan som en motreaktion framkalla epileptiska anfall. Sådana händelser är extremt sällsynta om man tar långsamt nedbrytbara bensodiazepiner (till exempel diazepam) eller om man trappar ner långsamt. Om ett anfall inträffar under dessa omständigheter brukar det bara vara ett enda anfall och det orsakar ingen bestående skada. Andra företeelser som förekommer vid en snabb nedtrappning är psykotiska symptom, allvarlig förvirring och delirium, men dessa inträffar nästan aldrig om man trappar ner långsamt. Genom att följa nedtrappningsschemat i kapitel 2 kan man vara säker på att undvika dessa komplikationer.

## Extra medicinering under bensodiazepinavvänjningen

”Finns det någon medicin jag kan ta som kan hjälpa mig genom nedtrappningen?” Denna fråga ställs ibland av folk som följer ett nedtrappningsprogram. Andra är så emot mediciner när de beslutat sig för att trappa ner att de inte vill ta något, inte ens en vanlig smärtstillande. Svaret på den första frågan är att det inte finns någon medicin som kan ersätta en bensodiazepin, om det inte är en annan bensodiazepin, eller en medicin med bensodiazepinliknande egenskaper. Alla sådana mediciner bör undvikas eftersom de bara ersätter ett beroende med ett annat. (Det finns en metod som förespråkas av en del amerikanska läkare, där phenobarbitone\*, en långtidsverkande barbiturat, ersätter en bensodiazepin och sedan långsamt trappas ner, men denna metod har inga speciella fördelar framför att trappa ner direkt från en långtidsverkande bensodiazepin).

Det finns några mediciner som kan övervägas i vissa situationer under nedtrappningen, även om de inte kan rekommenderas för rutin användning. Vanligen krävs de bara tillfälligt, men de kan ibland underlätta en svår situation och förmå användaren att fortsätta med avvänjningen.

## Antidepressiva läkemedel

Antidepressiva läkemedel är de viktigaste adjuvantia att överväga under nedtrappningen. Som nämntes tidigare kan depression vara ett verkligt problem under avvänjningen och den kan ibland vara så allvarlig att den utgör en självmordsrisk, även om detta är ovanligt om man trappar ner långsamt. Liksom andra depressioner svarar abstinensdepressionen på antidepressiva läkemedel och orsakas förmodligen av samma kemiska förändringar i hjärnan. Både ”gammaldags” tricykliska antidepressiva (amitriptylin [Tryptizol] och selektiva serotoninupptagshämmare (SSRI); fluoxetin [Fontex], paroxetin [Seroxat]) kan vara effektiva och en behandling med antidepressiv medicin kan vara bra om depressionen är allvarlig. Det finns en meningsriktning, främst bland före detta brukare, som menar att man inte ska ta någon annan medicin under nedtrappningen. Det har dock förekommit självmord i flera rapporterade kliniska försök med bensodiazepinavvänjning. Om depressionen är allvarlig under avvänjningen, eller i någon annan situation, är det dumdrigt att inte behandla den.

Det finns dock några nackdelar med antidepressiva läkemedel. En är att det tar 2-3 veckor eller mer innan de blir riktigt effektiva. Det betyder att patienten och dennes stödperson måste vara uppmärksamma på tecken som tyder på depression, så att man kan starta en eventuell behandling tidigt. Den andra nackdelen är att ångesten tillfälligt kan förvärras när man börjar behandla med tricykliska eller SSRI. Detta är särskilt en risk under nedtrappningen från bensodiazepiner när ångestnivåerna i regel är höga. För att ångesten inte ska förvärras är det viktigt att börja med lägsta möjliga dos av antidepressiva och sedan sakta öka den, under två eller tre veckor. Låt dig inte övertalas av din läkare att börja direkt på den ”terapeutiska” dosen för depression. Det finns också en oro för att antidepressiva läkemedel, såsom Fontex, kan framkalla ett förargat, våldsamt eller självmordsbenäget tillstånd hos en del patienter när de påbörjar behandlingen; med en låg dos vid starten och noggrann kontroll kan den risken undvikas.

Det går för det mesta bra att fortsätta trappa ner långsamt samtidigt som man börjar ta en antidepressiv medicin, även om en del väljer att avbryta nedtrappningsprogrammet i 2-3 veckor, tills den antidepressiva medicinen börjat fungera (men man bör undvika att öka dosen med bensodiazepiner). Antidepressiva läkemedel gör inte bara depressionen lättare, utan har också en antiångesteffekt efter 2-3 veckor. De är i själva verket ett bättre alternativ vid långvarig behandling för ångest, panik och fobiska störningar än bensodiazepiner och kan i en del fall aktivt hjälpa till med utsättningen av bensodiazepiner.

När man börjat ta antidepressiva läkemedel för depression bör man fortsätta med behandlingen i några månader (oftast omkring 6 månader) för att inte depressionen ska komma tillbaka. Man kan fortsätta nedtrappningen av bensodiazepiner under tiden och den antidepressiva medicinen fungerar då ibland som ett stöd i avvänjningens slutskede. Det är viktigt att man slutfört utsättningen av bensodiazepiner innan man börjar trappa ner de antidepressiva medicinerna. Ganska ofta tar långtidsbrukare av bensodiazepiner redan en antidepressiv medicin. I sådana fall ska de fortsätta ta antidepressiva tills bensodiazepinavvänjningen är klar.

En annan nackdel med antidepressiva läkemedel är att också de orsakar abstinensbesvär om man slutar med dem hastigt, ett faktum som läkarna inte alltid har insett. Abstinensbesvären är ökad ångest, sömnproblem, influensaliknande symptom, gastrointestinala symptom, irritabilitet och gråtmildhet – i själva verket inte särskilt olika de abstinensbesvär man får av bensodiazepinerna. Dessa reaktioner kan förhindras om man sakta minskar den antidepressiva

dosen under omkring 1-3 månader (se tabell 2). De flesta som slutat med bensodiazepiner har blivit experter på dosminskning när det är dags att sluta med den antidepressiva medicinen och de kan säkert hitta en nedtrappningstakt som passar dem.

Förutom de terapeutiska effekterna vid depression och ångest har en del antidepressiva läkemedel en lugnande effekt som patienter som plågas särskilt mycket av sömnlöshet funnit hjälpa. Låga doser (10-50 mg) av amitriptylin (Tryptizol) är framkalla sömn mycket effektivt om man tar den vid läggdags. Den kan tas i korta perioder om några veckor och man slutar med dem genom att successivt minska dosen eller ta medicinen varannan natt. Nedtrappning är inget problem om små doser tas under korta perioder eller oregelbundet.

## **Tabell 2. Abstinensbesvär från antidepressiva läkemedel.**

### Fysiska symptom

*Gastrointestinala: magsmärtor, diarré, illamående, kräkningar*

*Influensaliknande: trötthet, huvudvärk, muskelsmärtor, svaghet, svettningar, hjärtklappning*

*Sömnstörningar: sömnlöshet, levande? drömmar, mardrömmar*

*Känslstörningar: yrsel, svindel, stickningar, "elektriska chocker"*

*Rörelsestörningar: darrningar, balansförlust, muskelstelhet, onormala rörelser*

### Psykologiska symptom

*Ångest, upprördhet*

*Gråtattacker*

*Irritabilitet*

*Överaktivitet*

*Aggression*

*Depersonalisation*

*Minnesproblem*

*Förvirring*

*Dåligt humör*

## **Betablockerare**

En del kan drabbas av allvarlig hjärtklappning, muskeldarrningar eller rörelsekramper under bensodiazepinavvänjningen. Dessa symptom kan kontrolleras eller förbättras av betablockerare såsom propranolol (Inderal). Medicinerna hämmar effekterna av det överskott av adrenalin och noradrenalin som beror på att nervsystemet är överaktivt. De lugnar ner hjärtat och dämpar överdriven muskelaktivitet. De har inte någon betydande effekt på de psykologiska symptomen, men de kan bryta den negativa spiral där hjärtklappning eller darrningar skapar ångest som leder till ännu mer hjärtklappning. En del personer som genomgår en bensodiazepinavvänjning tar dessa mediciner regelbundet (10-20 mg Inderal, tre gånger dagligen), medan andra endast tar dem om de känner att de fysiska symptomen vid en panikattack är okontrollerbara. De är inte något botemedel, men de kan ibland hjälpa

människor igenom en svår situation. I större doser används betablockerare för högt blodtryck och kärlkramp, men sådana doser är inte att rekommendera vid bensodiazepinavvänjning. Astmatiker bör inte ta dem eftersom de kan orsaka sammandragningar i bronkerna. Om betablockerare används regelbundet under en period ska man långsamt trappa ner genom att minska dosen, eftersom också de kan orsaka en abstinensreaktion med ökad hjärtfrekvens och kramper.

### **Rogivande och lugnande medel**

De flesta andra rogivande och lugnande mediciner fungerar ungefär på samma sätt som bensodiazepiner, däribland zopiklon (Zopiklon, Imovane), zolpidem (Stilnoct), zaleplon (Sonata), men även alkohol. Dessa mediciner ska inte användas som alternativ till sömntabletter när man sätter ut sina bensodiazepiner. Samtliga kan orsaka ett liknande beroende och en del är giftigare än bensodiazepiner.

Om man har stora problem med sömnen kan man ta en låg dos av tricykliska antidepressiva med lugnande effekter (se antidepressiva läkemedel, ovan). Alternativt kan man tillfälligt använda en antihistamin med lugnande effekt (till exempel prometazin [Lergigan]). Varken antidepressiva eller antihistaminer fungerar på samma sätt som bensodiazepiner.

Några läkemedel som är besläktade med de ångstdämpande medicinerna har lugnande effekter och används också vid illamående, yrsel och åksjuka. De ordineras ibland under avvänjningen, i synnerhet proklorperazin (Stemetil). Sådana mediciner kan emellertid ge allvarliga bieffekter (rörelsestörningar som Parkinsons) och är inte lämpliga för långvarigt bruk eller som ersättning för bensodiazepiner.

### **Andra mediciner**

Många andra mediciner har prövats i kliniska undersökningar för att se om de kan påskynda processen, förhindra eller underlätta abstinensbesvär eller skynda på förbättringen långsiktigt. Många av dessa försök innehåller en alltför snabb nedtrappning. En nyligen genomförd amerikansk undersökning av bensodiazepinavvänjning hos långtidsbrukare av bensodiazepiner (Rickels, Schweizer med flera. *Psychopharmacology* 141, 1-5, 1999) testade effekten av en lugnande antidepressiv medicin (Trazodone\*, Desyrel\*) och en kramplösande medicin (Sodium valproate\*, Depakote\*). Ingen av medicinerna hade någon effekt på abstinensbesvärens intensitet, men nedtrappningstakten var 25% av bensodiazepindosen varje vecka – en ganska snabb nedtrappning! Andra mediciner som upptäckts ha litet eller inget värde under ett 4-6 veckor långt utsättningsförsök är buspiron (Buspar, en anti-ångestmedicin), karbamazepin (Tegretol, en kramplösande), klonidin (Catapresan, en anti-ångestmedicin som ibland används vid alkoholavgiftning), nifedipin (Adalat) och alpidem.

Det har hävdats att gabapentin (Neurontin), tiagabine\* (Gabitril\*) och möjligtvis pregabalin\* (ännu inte licentierad) kan underlätta sömn- och ångestbesvär under avvänjningen. Några kontrollerade försök har dock inte genomförts och det är okänt om dessa mediciner själva orsakar abstinensbesvär. Adjuvantia behövs sällan om man trappar ner mycket långsamt. Endast i speciella situationer kan det finnas ett behov av en antidepressiv medicin, betablockerare, lugnande antihistaminer eller kramplösande. Det finns ingen anledning att undvika vanliga smärtstillande medel, såsom paracetamol (Alvedon), för daglig värk och smärta.



## Bensodiazepinanvändning under och efter nedtrappningen

Vad händer om någon som håller på att trappa ner eller har trappat ner från bensodiazepiner måste genomgå en operation? Bensodiazepiner är bra som premedicinering vid stora operationer och för att lugna patienten under mindre kirurgiska ingrepp. Många före detta brukare är dock livrädda för att de ska utveckla ett nytt bensodiazepinberoende om de tar dessa mediciner i ovan nämnda syfte. De behöver dock inte vara oroliga: en enda dos av en bensodiazepin som ges före en operation skapar inte ett beroende, men den stress som operationen i sig innebär kan återuppväcka de ångestsymptom som personen upplevde under avvänjningen. De symptom som rapporterats om under dessa omständigheter har oftast berott på rädsla. Många patienter har fått upprepade doser av midazolam (Dormicum), en korttidsverkande bensodiazepin, hos tandläkaren (tandläkarskräck är vanligt under avvänjningen), och andra bensodiazepiner, däribland diazepam, för omfattande och mindre kirurgiska ingrepp och har tillfrisknat utan komplikationer.

Personer som misslyckats vid sitt första nedtrappningsförsök och börjat ta bensodiazepiner igen, kan ha lika stor framgång i sin nedtrappning som de som trappar ner för första gången.

## Kost, dryck och träning

Intresset för frågan om kost under bensodiazepinavvänjning ökar, särskilt i Nordamerika. Vilken mat och vilka drycker ska undvikas? Vilka tillskott behövs? Min åsikt är att det inte finns någon anledning att vara överdrivet noga med kosten. Somliga menar att man helt ska sluta med koffein och alkohol. Poängen med att trappa ner successivt i hemmet är dock att man ska vänja sig vid att leva ett normalt liv utan mediciner. Min erfarenhet är att måttliga mängder kaffe eller te (omkring två koppar dagligen), eller rimliga mängder kakao, choklad eller coca-cola, är förenligt med bensodiazepinavvänjning – förutom hos dem som är extremt känsliga för koffein eller de som har höga ångestnivåer. Man ska inte dricka koffeinhaltiga drycker, kaffe eller te (om det inte är koffeinfritt) sent på kvällen eller mitt i natten om man har svårt att sova, men att förbjuda en kopp te eller kaffe till frukost är i de flesta fall väl restriktivt. Man försöker, trots allt, att vara normal och sällskaplig, inte petig.

Samma sak med alkohol: ett glas vin eller två är helt tillåtet (och en del menar till och med att det är bra för hälsan). Det är viktigt att man inte ersätter de minskade doserna av bensodiazepiner med alkohol, men det finns ingen anledning att neka sig själv små nöjen. Svaret är måttlighet: det finns inget krav på att vara puritansk.

Samma principer gäller för mat. Människorna har genom evolutionen anpassats att få de näringsämnen de behöver från en rad olika dieter och undvika oönskade produkter. En normal hälsosam kost som består av stora mängder frukt och grönsaker, en del protein och fett (från kött eller grönsaker) och inte alltför mycket rent socker eller skräpmat, ger oss alla näringsämnen vi behöver. Det finns inget allmänt behov av tillskott, extra vitaminer eller mineraler, eller ”avgiftande” åtgärder. Alla dessa kan vara skadliga i för stor mängd. Rådet att utesluta vitt mjöl, vitt socker och så vidare kan hjälpa några, men jag har också noterat att alltför restriktiva dieter kan få negativa effekter. En del människor säger att de har mått mycket bättre sedan de påbörjat en viss diet – det får en att undra vilken sorts kost de ätit tidigare!

Några kan märka att de inte tål viss mat även om det oftast inte är en riktig allergi. I sådana fall ska man låta det sunda förnuftet råda och undvika den sortens mat en tid. Om man tvekar kan man gå till en pålitlig och opartisk nutritionist för att få råd, men annars kan man hålla sig till en normal hälsosam diet. Innan dieterna blev ”inne” lyckades tusentals människor i många olika länder, med mycket olika kostvanor, att sluta med sina bensodiazepiner utan restriktioner – och detta sker än idag.

En normal diet består av en normal mängd flytande föda. Behovet av vatten och salt varierar med kroppsstorlek, omgivande temperatur, motion och så vidare och kan därför inte bestämt fastställas. Det finns dock ingen anledning att dricka extra mycket under avvänjningen för att ”skölja ut orenheter/gifter”. Kroppen är mycket bra på att göra det, även vid minimalt vätskeintag, och kroppen utsöndrar bara den överflödiga vätskan.

Regelbunden måttlig motion rekommenderas under avvänjningen eftersom det bidrar till att bevara den allmänna konditionen, öka uthålligheten och cirkulationen till hjärna, muskler och hud och förbättra humöret, men det finns ingen anledning att slaviskt utföra övningar som man hatar att göra. Målet är att det ska leda fram till en hälsosam livsstil som genom definition innefattar en del träning av en sort som man gillar.

## **Rökning**

Jag vågar knappt nämna rökning med hänsyn till de attityder som finns kring detta beroende, men det är nog för mycket begärt att kräva att rökare ska försöka sluta röka samtidigt som de sätter ut sina bensodiazepiner. Många har funnit att det är lättare att sluta röka när de slutat med bensodiazepiner och begäret efter nikotin till och med kan avta. Överdriven oro över oönskade vanor (eller kost) ökar i allmänhet stressen under avvänjningen. Det är bättre att slappna av och vara snäll mot sig själv.

## **Nedtrappningsförlopp**

Under avvänjningen från bensodiazepiner brukar symptomen vanligen tillta och avta, variera i intensitet och typ från dag till dag, vecka för vecka, och till och med under en och samma dag. Symptomen kommer och går; och kan ersättas av andra. Det finns ingen anledning att känna sig nedslagen av dessa vågliknande upprepningar; vågorna blir mindre allvarliga och förekommer allt mer sällan ju längre tiden går. Efter några veckor uppkommer vanligtvis ett tillstånd av ”normalitet”, när du känner dig bra under några timmar eller dagar; detta tillstånd kommer undan för undan att uppträda oftare och vara längre, medan obehaget ebbar bort.

Det är omöjligt att exakt förutsäga hur länge abstinensbesvären kommer att vara. Det beror på varifrån du börjar, hur mycket stöd du behöver och får, hur du klarar av att trappa ner och en rad andra faktorer. Med en långsam nedtrappning har en del långtidsbrukare blivit kvitt alla sina symptom när de tar sin sista tablett, och hos de allra flesta försvinner symptomen inom några månader. Stresskänsligheten kan bestå något längre och en stressande situation kan leda till att en del symptom – tillfälligtvis – återkommer. Vilka symptom du än har är det bäst att inte lägga någon vikt vid dem. Symptomen är trots allt bara symptom och de flesta av dem är inte tecken på sjukdom, utan på återhämtning. När dina tankar blir klarare kan du arbeta fram mer effektiva sätt att hantera dina symptom, så att de blir mindre betydande.

Ett säkert fynd från många kliniska studier är att avvänjningens framgång inte påverkas av hur länge du tagit tabletterna, dos eller typ, nedtrappningstakt, symptomens intensitet, psykiatrisk diagnos eller tidigare utsättningsförsök. En motiverad långtidsbrukare kan gå vidare från nästan varje utgångspunkt.

## Utdragna abstinensbesvär

En minoritet av dem som slutat med bensodiazepiner tycks lida av långvariga effekter – utdragna symptom som inte försvinner efter några månader eller ens år. Uppskattningar säger att kanske 10-15 procent av långtidsbrukare av bensodiazepiner utvecklar ett ”post-withdrawal syndrome”. Flera av dessa har tagit bensodiazepiner i 20 år eller mer och/eller haft dåliga erfarenheter under avvänjningen. De som genomgått en långsam nedtrappning som de själva haft kontroll över har utan tvivel mycket färre utdragna symptom.

Tabell 3 visar symptom som ofta blir långvariga. Dessa är ångest, sömnlöshet, depression, olika sinnes- och rörelsesymptom, gastrointestinala störningar, dåligt minne och kognitionsproblem. Man vet inte varför dessa symptom består hos en del människor. Förmodligen är flera faktorer inblandade, en del direkt beroende av medicinen och en del av indirekta eller sekundära effekter (se tabell 4).

**Tabell 3. Några utdragna abstinensbesvär**

Symptom	Vanligt förlopp
Ångest	Minskar successivt under ett år
Depression	Kan vara i några månader; svarar på antidepressiva läkemedel
Sömnlöshet	Minskar successivt under 6-12 månader
Sinnesymptom: tinnitus, domningar, djup eller brännande smärta i benen, känsla av inre vibration, underliga hudförmimmelser	Går successivt tillbaka, men kan vara i åtminstone ett år och ibland flera år.
Rörelsesymptom: muskelsmärta, svaghet, smärtsamma krampor, darningar, ryckningar, spasmer, skakattacker.	Går successivt tillbaka, men kan vara i åtminstone ett år och ibland flera år.
Dåligt minne och kognition	Går successivt tillbaka, men kan vara i åtminstone ett år och ibland flera år.
Gastrointestinala symptom	Förbättras successivt, men kan vara i åtminstone ett år och ibland flera år.

**Tabell 4. Några möjliga orsaker till utdragna abstinensbesvär från bensodiazepiner**

Möjliga mekanismer	Effekter
1, Brist på inlärd stresshanteringsmekanismer som blockerats av bensodiazepinerna upptäcks först vid avvänjningen.	Ångest, stresskänslighet
2, Minnesförsämring orsakad av bensodiazepiner förhindrar normal lösning av stressande livshändelser som inträffar vid avvänjningen.	Ångest, depression

3, Traumatiska upplevelser under tidigare avvänjning.	Posttraumatiskt stressyndrom
4, (?) Biokemiska förändringar orsakade av bensodiazepiner (serotonin, noradrenalin, stresshormoner).	Depression
5, Överstimulerat nervsystem p.g.a. bestående förändringar hos GABA-/bensodiazepinreceptorena.	Sinnes- och rörelsesymptom, ångest, sömnlöshet
6 (?) Strukturell eller funktionell skada på hjärnvävnaden.	Dåligt minne och kognition
7 (?) Förändringar i mag- och immunsystemen.	Gastrointestinala symptom
8 (?) Långvarig lagring av bensodiazepiner i kroppens vävnader	Förlänger överstimulansen i nervsystemet

(?) Indikerar möjliga mekanismer för vilka det i nuläget inte finns några vetenskapliga bevis.

## Ångest

Ångest som består efter den akuta nedtrappningsfasen kan delvis bero på en inlärningsdefekt som orsakats av bensodiazepinerna. Dessa mediciner förhindrar i synnerhet inläringen av nya färdigheter, däribland stresshanteringsstrategier. Sådana färdigheter tillägnar man sig normalt från barndomen till medelåldern eller senare, när man samlat på sig livserfarenheter. Utvecklingen kan blockeras under den tid man tar bensodiazepiner. Efter avvänjningen lämnas den före detta brukaren i ett sårbart tillstånd med en minskad förmåga att hantera stressande situationer. Det fullständiga tillfrisknandet kan kräva många månaders inläring av nya stresshanteringsstrategier för att ersätta de år då dessa färdigheter doldes av tabletter.

För det andra kan utsättningen avslöja livsproblem som man aldrig tagit itu med fullt ut. Till exempel kan minnesförsämringen, som orsakats av bensodiazepiner, förhindra en normal lösning av personlig stress, såsom dödsfall eller en bilolycka. Sådana begrävda eller halvglömda upplevelser kan man tvingas konfrontera efter utsättningen och det kan förlänga såväl ångesten som depressionen. Det är inte ovanligt att en änka eller änklings, som ordinerats bensodiazepiner vid makens/makans bortgång, går igenom sorgprocessen för första gången när avvänjningen är klar, trots att dödsfallet inträffade flera år tidigare.

En tredje faktor kan påverka dem som upplevt skrämmande saker under avvänjningen. Detta är inget ovanligt hos dem som genomgått en snabb avvänjning, utan tillräckliga förklaringar till symptomen, ofta på sjukhus eller avgiftningscentra, och ibland hemma sedan deras läkare dragit tillbaka ordinationen av bensodiazepiner. Dessa människor kan utveckla symptom på posttraumatisk stress där deras erfarenheter ständigt upprepas som minnesbilder eller mardrömmar vilket förlänger deras ångest. Dessutom är många (men långtifrån alla) långtidsbrukare av bensodiazepiner konstitutionellt överspända, känsliga människor med relativt låg självkänsla, vars ångestproblem lett fram till ordinationen av bensodiazepiner och vars fortsatta ångest (möjligen ökad på grund av bensodiazepinerna) fått läkaren att fortsätta ordinera medicinen. Det kan ta lång tid för dessa människor att återfå, eller uppnå, full självtillit.

Trots dessa faktorer brukar de utdragna ångestsymptomen, däribland agorafobi och panik, undan för undan försvinna och varar sällan mer än ett år. Processen kan påskyndas genom bra psykologiskt stöd och genom de åtgärder som beskrevs under akuta ångestsymptom. Tro det

eller ej, men människor känner sig ofta mer självsäkra efter utsättningen än de gjorde innan de började ta bensodiazepiner.

## **Depression**

Depression kan orsakas eller förvärras av ett kroniskt bensodiazepinbruk, men det är också en del av avvänjningen. De depressiva symptomen kan uppträda för första gången efter avvänjningen, ibland med några veckors fördröjning, och de kan vara svåra och utdragna under några månader. Det är inte klart om människor som haft en depression tidigare, eller som har depression inom familjen, är mer benägna att drabbas och orsakerna till depressionen är oklara. Bensodiazepinerna stör funktionen hos många signalsubstanser och hormoner, vilket beskrevs i kapitel 1 och 2, och depressionen skulle kunna vara en konsekvens av det, till exempel en låg serotoninaktivitet i kombination med den stress som avvänjningen innebär. Om depressionen är så allvarlig att den kräver behandling, så svarar den på antidepressiva mediciner och/eller kognitiv terapi och minskar vanligtvis successivt under 6-12 månader.

## **Sömlöshet**

Dålig sömn följer ofta på både ångest och depression. Vid ångest föreligger en svårighet att somna, medan depressionen förknippas med mardrömmar och sömngång. Sömlöshet är också vanligt som ett akut abstinensbesvär tillsammans med mardrömmar och andra sömnstörningar.

Ibland består dock sömlösheten som ett isolerat symptom efter att de andra symptomen försvunnit, och den kan bestå i flera månader. De som sover dåligt kan dock lugnas med att de kommer att få ett bra sömnmönster till slut. Det finns mäktiga naturliga mekanismer i kroppen som ser till att hjärnan inte berövas alltför mycket sömn.

## **Sinnes- och rörelsestörningar**

Det råder ingen tvekan om att bensodiazepinbruket lämnar efter sig ett nervsystem som är extremt känsligt för alla sinnes- och rörelsestimuli. Vanligen lugnar sig detta inom några veckor, men ibland består de störande förnimmelserna. Ett av de mest stressande symptomen är tinnitus, ett konstant ringande eller visslande i öronen som noterats i flera studier kring bensodiazepinavvänjning. En kvinna beskrev sin tinnitus som en "ljudnål" som trängde djupt in i hjärnan. Tinnitus förknippas ofta med en viss hörsselförlust och är inte ovanligt hos människor med partiell hörselnedsättning som aldrig tagit bensodiazepiner. Ofta yttrar det sig emellertid för första gången under utsättningen hos människor som haft hörselnedsättningen i årtal. Den kan också vara unilateral eller precist lokaliserad, till och med hos dem som har en symmetrisk bilateral hörsselförlust. Det är inte känt om människor som tagit bensodiazepiner länge är särskilt benägna att drabbas av tinnitus och i så fall varför. Den kan bestå i flera år och svarar inte alltid på de vanliga behandlingsmetoderna för tinnitus; den lindras inte heller alltid om man börjar ta bensodiazepiner igen. De som har bestående tinnitus efter utsättningen bör söka sig till en öronspecialist och kan ha turen att hitta en klinik som specialiserar sig på detta symptom.

Flera obehagliga kroppsliga förnimmelser kan bestå efter avvänjningen, däribland sveda, bortdomnade fläckar i bålen, ansiktet, ben och fingrar. Dessa kan åtföljas av brännande smärta eller värk som ibland tycks komma från musklerna eller skelettet. Somliga klagar över en ”inre darrning” eller en känsla av vibration, och några har beskrivit konstiga förnimmelser som vatten eller ”slime” som rinner över kroppen. Rörelsesymptom som kan vara bestående är muskelspänning, svaghet, kramper, ryckningar, spasmer och skakattacker.

### **Möjliga mekanismer bakom bestående sinnes- och rörelsesymptom**

Trots att symptomen som beskrivits ovan ofta förvärras av stress, så beror de inte bara på ångest. De tyder på en dysfunktion i rörelse- och sinnesvägarna i ryggmärgen och/eller hjärnan. En möjlig förklaring till mekanismen ges genom ett försök med flumazenil (Lanexat), en bensodiazepinantagonist (publicerad av Lader och Morton (Journal of Psychopharmacology, 1992, 6, 357-363). När man tillförde denna medicin intravenöst gav den snabbt en lättnad åt de utdragna symptomen (muskelspänning, svaghet, kramper eller ryckningar, brännande känslor, darrningar eller skakningar). Symptomen förbättrades med 27-82% och det största gensvaret fanns hos de patienter som hade minst ångest. Vid införandet av saltlösning förekom ingen respons.

Flumazenil tros verka genom att den rätta till GABA/bensodiazepinreceptorerna (se kapitel 1), så att de blir mer mottagliga för GABAs hämmande inverkan. Resultatet tyder på att en del utdragna symptom beror på att receptorerna inte lyckats återgå till sitt normaltillstånd när de inte längre svarar på GABA, på grund av toleransutveckling (se kapitel 1). Responsen på flumazenil visar också att bensodiazepinerna kan orsaka farmakologiska effekter som varar längre än man tidigare trott. Olyckligtvis är flumazenil i nuläget inte ett praktiskt botemedel för utdragna symptom. Medicinen måste tas intravenöst och är väldigt korttidsverkande, vilket endast ger en tillfällig symptomlättnad. Man kan inte ge medicinen till en person som fortfarande tar bensodiazepiner eftersom den framkallar en akut utsättningsreaktion. Även om de utdragna sinnes- och rörelsesymptomen ibland tycks vara permanenta, så avtar de faktiskt i styrka med åren, också utan flumazenil, och de är inte något tecken på neurologisk sjukdom. Symptomen kan till viss del dämpas genom avslappningsmetoder; en del rörelse- och sinnessystem reagerar på carbamazepin (Tegretol) och rörelsesymptomen kan svara på propranolol (Inderal).

### **Dåligt minne och kognition**

Trots att det är välkänt att bensodiazepinerna försämrar minnet och en del kognitiva funktioner, i synnerhet förmågan att bevara uppmärksamheten, så klagar en del långtidsbrukare över att de intellektuella förmågorna fortsätter att vara försämrade efter utsättningen. Det har utförts flera undersökningar kring denna fråga som pekar på att förbättringen kan ta väldigt lång tid. De längsta studierna på långtidsbrukare av terapeutisk dos sträcker sig bara 10 månader efter utsättningen. Den kognitiva försämringen förbättrades långsamt, men varade hela perioden och var inte kopplad till graden av ångest (Tata med flera, Psychological Medicine 1994, 24, 203-213). Några svenska undersökningar har funnit att den intellektuella försämringen förbättrades i viss mån, men fortfarande bestod 4-6 år efter man upphört att ta bensodiazepiner, men det var oklart om detta berodde på andra faktorer, såsom hög dos och/eller alkoholanvändning.

## **Orsakar bensodiazepiner strukturella hjärnskador?**

Dessa resultat har väckt frågan om huruvida bensodiazepiner kan orsaka strukturella hjärnskador. Liksom alkohol är bensodiazepinerna fettlösliga och tas upp av hjärncellernas membraner som innehåller fett (lipid). Det har hävdats att ett flerårigt bensodiazepinbruk kan orsaka fysiska förändringar (som att hjärnbarken krymper, vilket man har kunnat se hos kroniska alkoholister) och att sådana förändringar endast delvis går tillbaka efter avvänjningen. Flera datortomografiska undersökningar till trots har man dock inte kunnat fastställa några tecken på att hjärnan förtvinar hos brukare av terapeutisk dos. Resultaten för missbrukare av en hög dos är också bristfälliga. Det är möjligt att bensodiazepinerna kan orsaka mindre förändringar som vi inte kan upptäcka med dagens metoder, men med de bevis vi har idag finns det ingen anledning att tro att sådana förändringar är bestående.

## **Gastrointestinala symptom**

De gastrointestinala symptomen kan fortsätta efter utsättningen, vanligen hos människor som tidigare har haft problem med matsmältningen. Dessa människor kan utveckla en tydlig intolerans mot viss mat, trots att tillförlitliga tester av matallergi (till exempel antikroppar mot vissa beståndsdelar i maten) nästan alltid är negativa. Många tror att de har en skada på immunsystemet eller att de har utvecklat svamp i tarmarna. För närvarande finns det inga klara vetenskapliga bevis kring dessa ämnen, men som vi nämnt tidigare finns bensodiazepinreceptorerna i magen och immunförsvaret kan påverkas av användning eller utsättning av bensodiazepiner. Det finns bevis som tyder på att kronisk hyperventilering leder till att histamin (en substans som frisläpps vid allergiska reaktioner) släpps ut och att matintolerans och ”pseudoallergiska” reaktioner ofta förekommer hos kroniska hyperventilerare. Råd kring kost, andning och svampinfektioner finns i böcker av Shirley Trickett som citeras i slutet av kapitlet. Oftast är det dumt att hålla sig till en strikt uteslutande diet; med en normal, balanserad kost och regelbunden träning kommer de gastrointestinala symptomen som orsakas av bensodiazepiner successivt försvinna.

## **Att hantera de utdragna symptomen**

En del människor är oroliga för att en del abstinensbesvär är bestående och att de aldrig kommer att bli riktigt bra. Särskild oro har uttryckts angående försämrade kognitiva funktioner (såsom minne och resonering) och andra långvariga problem såsom muskelsmärter och gastrointestinala störningar.

Dessa personer kan känna sig lugna. Alla bevis pekar på att symptomen stadigt minskar efter utsättningen, även om det kan ta lång tid – i en del fall flera år. De flesta upplever en säker förbättring över tid där symptomen successivt minskar till nivåer som är långtifrån lika intensiva som de var i nedtrappningens tidiga skede, för att till slut försvinna nästan helt. Alla studier visar en stadig, om än långsam, förbättring av den kognitiva förmågan och de fysiska symptomen. Även om de flesta undersökningar inte sträckt sig så långt fram i tiden som ett år efter utsättningen, så tyder resultaten på att förbättringen fortsätter efter denna tid. Det finns inga bevis för att bensodiazepinerna orsakar permanenta förändringar i hjärnan, nervsystemet eller kroppen.

Människor som besväras av långvariga symptom kan göra mycket för att hjälpa sig själva.

1. *Träna*. Fysisk träning förbättrar cirkulationen och funktionen i både hjärna och kropp. Det bästa är att hitta en träningsform man gillar och att börja på en låg nivå, arbeta sig uppåt och ägna sig åt den regelbundet. Träningen hjälper också vid depression, minskar tröttheten och ökar det allmänna välbefinnandet.
2. *Träna hjärnan*. Använd hjärnan för att tänka ut metoder för att förbättra dess effektivitet: gör listor, lös korsord, försök komma på vad som stör mest – det går alltid att hitta en utväg. Kognitiv terapi hjälper människor att hitta vägar runt deras tillfälliga försämring.
3. *Öka sina intressen*. Att hitta ett intresse som man måste arbeta med sysselsätter hjärnan, ökar motivationen, riktar uppmärksamheten från de egna symptomen och kan också hjälpa andra.
4. *Lugna känslorna*. Främst av allt ska man sluta oro sig. Oro, rädsla och ångest ökar abstinensbesvären. Många symptom beror faktiskt på ångest och är inte tecken på skador i hjärnan eller på nervsystemet. Människor som känner rädsla och oro inför avvänjningen har kraftigare symptom än de som bara tar dem som de kommer och ser positivt på avvänjningen.

### **Hur länge stannar bensodiazepinerna i kroppen efter avvänjningen?**

Människor som lider av långvariga symptom ställer ofta denna fråga. Det är möjligt att en orsak till utdragna symptom kan vara att bensodiazepinerna stannar kvar i kroppen i flera månader, kanske dolda i sådana vävnader som hjärnan och skelettet? Kan en långsam nedbrytning av bensodiazepiner leda till att abstinensbesvären består?

Liksom många andra frågor som rör bensodiazepiner, så är svaren på dessa frågor fortfarande oklara. Koncentrationerna av bensodiazepiner i blodet har mätts och visats nå nivåer som är omöjliga att upptäcka 3-4 veckor efter att medicineringen upphört hos människor som slutat med kliniska doser. Det är svårt att få någon information om koncentrationerna av bensodiazepiner i hjärnan och andra vävnader, speciellt hos människor. Bensodiazepinerna tränger in i hjärnan och löser också upp sig i alla fettvävnader, däribland fettavlagringar i kroppen. Det är möjligt att de finns kvar i sådana vävnader en tid efter att de är omöjliga att spåra i blodet. De flesta vävnader är emellertid i jämvikt med det blod som hela tiden genomströmmar dem och det finns ingen känd process varigenom bensodiazepinerna skulle kunna "låsas fast" i sådana vävnader som hjärnan. Det finns inga uppgifter om hur länge bensodiazepinerna stannar i skelettet, som har ett lägre fettinnehåll, men också en långsammare cellomsättningstakt.

Hur som helst måste koncentrationen av bensodiazepiner som finns kvar i kroppen vara mycket låg, annars skulle medicinerna läcka tillbaka in i blodet i märkbara mängder. Det är svårt att tänka sig att sådana koncentrationer skulle vara tillräckliga för att skapa kliniska effekter eller att några direkta effekter skulle kunna bestå i månader eller år. Det är dock inte svårt att förstå att också låga koncentrationer kan räcka för att hindra GABA/bensodiazepinreceptorerna i hjärnan från att återgå till det tillstånd de var i innan bensodiazepinerna kom med i bilden. Om så är fallet skulle receptorerna fortsätta att vara motståndskraftiga mot GABA:s naturligt lugnande effekter (se kapitel 1) och följderna skulle kunna bli att tillståndet av överstimulans i nervsystemet blir förlängt. Möjliga faktorer som bidrar till utdragna symptom finns i tabell 4.



## Epilog

Det här kapitlet slutar med många oklarheter. Berättelsen om bensodiazepinavvänjningen förblir oavslutad och flera aspekter behöver uppmärksammas på allvar:

1. **Utbildning.** Alla läkare måste få ökad kunskap och bättre utbildning om förskrivning av bensodiazepiner (endast kortvariga), deras negativa effekter (särskilt beroende), och nedtrappningsmetoder (långsam dosminskning i kombination med lämpligt stöd). En sådan utbildning skulle inkludera husläkare, psykiatriker, andra specialister, personal vid avgiftningscentra, apotekare, psykologer och andra terapeuter och sköterskor. Dessa åtgärder skulle kunna drivas på av en ökad generell medvetenhet och påtryckningar från allmänheten.
2. **Forskning.** Det behövs mer forskning kring effekterna av ett långvarigt bensodiazepinbruk. Speciella områden är effekterna på hjärnstrukturerna, där man använder moderna tekniker såsom magnetisk resonanstomografi, MRT i kombination med neuropsykologiska tester. Man behöver också undersöka vilken inverkan bensodiazepinerna har på immunsystemet och det endokrina och gastroenterologiska systemet.
3. **Behandlingsmetoder.** Det måste utvecklas bättre behandlingsmetoder för ångest och sömnlöshet. Det är tveksamt om en medicin någonsin kommer att kunna "bota" ångest eller sömnlöshet, men det kan gå att ta fram farmakologiska agenter med färre biverkningar. Råttor som behandlats med bensodiazepinantagonisten Flumazenil i kombination med en bensodiazepin utvecklade inte någon tolerans, utan kände fortfarande en ångestdämpande effekt. En sådan kombination skulle kunna fungera på människor, men inga försök har gjorts på långtidsverkande bensodiazepinantagonister som kan tas oralt. Humörstabiliserande kramplösande medicin såsom gabapentin, tiagabine och pregabalin kan vara bra eftersom de fungerar på ett annat sätt än bensodiazepiner. De psykologiska metoderna för behandling av ångest och sömnlöshet skulle samtidigt kunna förbättras. Det går säkert att utveckla bättre utsättningsmetoder för människor som blivit beroende av bensodiazepiner än de som beskrivits i denna skrift.
4. **Behandlingshem.** Det måste skapas behandlingshem för bensodiazepinberoende människor. Avgiftningsenheter, som arbetar med beroende av alkohol och illegala droger, är inget bra alternativ för dem som ordinerats bensodiazepiner och ofrivilligt blivit beroende av dem. Sådana ställen brukar trappa ner alldeles för snabbt och tillämpa strikta kontrakt som inte är särskilt lämpliga för bensodiazepinpatienter som kämpar med abstinensbesvär. Det finns ett stort behov av kliniker som är specialiserade på bensodiazepinavvänjning där klienterna kan få individualiserad, flexibel, förstående och stödjande rådgivning. För närvarande finns det alltför få frivilliga stödgrupper som med minimala finanser tappert kämpar vidare för att fylla detta tomrum. En ordentlig finansiering skulle också kunna ge utrymme för tillfällig logi där de klienter som behöver det skulle kunna tillbringa kritiska perioder i avvänjningsprocessen i en stödjande, icke sjukhuslik, atmosfär.

Det är en tragedi att miljontals människor över hela världen fortfarande lider av bensodiazepinernas negativa effekter. Nästan 50 år efter att bensodiazepinerna presenterades på marknaden borde det inte finnas ett behov av en sådan här monograf. Min förhoppning är dock att de många patienters erfarenheter som beskrivits här kan bidra till att öka läkarkårens och allmänhetens medvetenhet om de problem som är förknippade med långtidsbruk av och avvänjning från bensodiazepiner.

## Vidare läsning

Ashton, H (1994) *Benzodiazepine withdrawal: unfinished story*. British Medical Journal 288, 135-140.

Ashton, H (1991) *Protracted withdrawal syndromes from benzodiazepines*. Journal of Substance Abuse Treatment 8, 19-28.

Ashton, H (1995) *Protracted withdrawal from benzodiazepines: The post-withdrawal syndrome*. Psychiatric Annals 25, 174-179.

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

Trickett, S (1998) *Coming Off Tranquillisers, Sleeping Pills and Antidepressants*. Thorsons. London.

Trickett, S (1994) *Coping with Candida*. Sheldon Press, London 1994.

Tyrer, P (1986) *How to Stop Taking Tranquillisers*. Sheldon Press, London.