



## Information om benzodiazepiner

Beroligende medicin og sovemedicin

# Benzodiazepinafhængighed og nedtrapning. Ofte stillede spørgsmål, OSS/FAQ version 1.1

Oversat til dansk fra:

BENZODIAZEPINE DEPENDENCY AND WITHDRAWAL - Frequently Asked Questions (FAQ) file, Version 1.1

Henvendelse vedrørende den danske udgave til benzoinfo webmaster.

ANSVARSRALÆGGELSE: Denne F.A.Q. er ikke skrevet af en læge eller af nogen med en form for lægelig uddannelse. Rådene givet heri bør ikke træde i stedet for råd fra en læge, som er velinformeret om det emne, der her omhandles. Fordi denne F.A.Q. ikke er skrevet af en læge, følges ethvert råd på eget ansvar.

Denne FAQ stilles til publikums rådighed, og kan frit udbredes af enhver. Forfatterens identitet er uden betydning. Den er et produkt af nogle få fra fællesskabet kendt som "the Benzo Group". Den er også en produkt af ånden i hele fællesskabet. Det er både en gave fra forfatterne til fællesskabet og en gave til alle i hele verden, hvis liv er blevet berørt af benzodiazepinafhængighed.

For at undgå forvirring beder forfatterne om, at der ikke sker nogen ændringer af teksten ved gengivelse, overførsel eller ved videregivelse af dette dokument. Ethvert forslag til rettelser eller forbedringer bedes stilet til det forum, der er kendt som "the Benzo Group". Når forfatterne har samlet tilstrækkeligt med ændringer til en ny udgave, vil den blive udgivet. Tilladelige ændringer er rettelse af stavfejl, grammatik og tegnsætningsfejl; præcisering af videnskabelige og/eller lægelige spørgsmål; nye spørgsmål; og ny viden baseret på videnskabelig forskning eller empiriske iagttagelser, f.eks. en ny form for medicin eller naturmedicin, som man har opdaget er nyttig ved nedtrapning. Meningsudveksling med forfatterne modtages med glæde men vil sandsynligvis ikke give anledning til ændring af denne F.A.Q. med mindre den ledsages af solide faktuelle oplysninger.

## INDHOLDSFORTEGNELSE

1. **Hvad er benzodiazepiner?**
2. **Hvordan påvirker benzodiazepiner vores krop?**
3. **Hvor hurtigt kan jeg blive afhængig af benzodiazepiner?**
4. **Hvad er sammenlignelige doser for de forskellige benzodiazepiner**
5. **Hvad er "halveringstid" og hvorfor har det betydning ved benzodiazepinafhængighed?**
6. **Hvad er "tolerance"?**
7. **Hvis min læge har ordineret benzodiazepiner og har instrueret mig i at tage det af medicinske og/eller psykologiske årsager, er der så nogen grund til, at jeg skal se bort fra min læges råd og ophøre med benzodiazepinerne?**
8. **Hvad er benzodiazepinabstinenser?**
9. **Hvad er symptomerne ved benzodiazepinnedtrapning?**
10. **Jeg oplever et eller flere af symptomerne, men jeg er ikke begyndt på at nedtrappe mit benzodiazepin. Er det muligt at symptomerne ikke har noget at gøre med brugen af benzodiazepiner, eller er jeg allerede begyndt på nedtrapning selvom jeg ikke har nedsat dosis?**
11. **Hvilke faktorer afgør hvor kraftige mine symptomer bliver?**
12. **Hvis jeg ophører med benzodiazepiner, vender den bagvedliggende årsag til, at jeg fik benzodiazepiner af lægen, så tilbage?**
13. **Jeg har besluttet at ophøre med at tage benzodiazepiner. Hvad er det første jeg bør gøre?**
14. **Er en "kold tyrker" (pludseligt totalt ophør med medicinen) en acceptabel måde til afgiftning fra benzodiazepiner?**
15. **Hvis jeg vil nedtrappe mine benzodiazepiner, hvordan skal jeg så strukturere nedtrapningen.**
16. **Bør jeg skifte til et andet benzodiazepin som for eksempel Diazepam før**

**nedtrapningen?**

17. **Min læge har bedt mig skifte til en medicin kaldet Fenemal for at nedtrappe. Er det en god idé?**
18. **Bør jeg overveje at blive indlagt på et nedtrapningssted for at komme af med mine benzodiazepiner?**
19. **Hvor lang tid varer nedtrapningen?**
20. **Går det an, hvis jeg sommetider "snyder" med nedtrapningen og tager en lidt mere benzodiazepin, hvis jeg skal til et stressende arrangement?**
21. **Er jeg nødt til at holde op med at arbejde eller opgive andre vigtige ting i livet under benzodiazepinnedtrapningen?**
22. **Min læge har ordineret et antidepressiv under nedtrapningen. Er det en god idé?**
23. **Er der anden medicin end antidepressiva, som skal tages i betragtning ved benzodiazepinnedtrapning?**
24. **Kan lægen finde på at udskrive noget medicin, som bestemt ikke hjælper på abstinenserne?**
25. **Hvad med naturmedicin og homeopatiske midler? Kan nogen af disse hjælpe under nedtrapningen?**
26. **Hvad med at drikke kaffe under nedtrapningen?**
27. **Hvad med at spise søde sager under nedtrapningen?**
28. **Hvad med at drikke alkohol under nedtrapningen?**
29. **Hvilken mad bør jeg spise (eller undgå) under nedtrapningen?**
30. **Jeg ryger. Skal jeg holde op under nedtrapningen?**
31. **Skal jeg motionere under nedtrapningen?**
32. **Jeg lider forfærdeligt af søvnløshed under nedtrapningen. Kan jeg tage noget for at sove?**
33. **Hvad kan jeg tage mod smerter under nedtrapningen?**
34. **Er der nogen medicin, som er kendt for at vanskeliggøre nedtrapningen?**
35. **Jeg er godt undervejs i nedtrapningen, men mine symptomer er ikke bedre, snarere værre. Hvornår kan jeg regne med, at jeg får det bedre?**
36. **Min nedtrapning er overstået, og jeg havde det bedre i en periode, men nu har jeg det dårligt igen. Hvorfor?**
37. **Hvad er langvarige abstinenser af benzodiazepiner?**
38. **Kan jeg anvende 12-trins programmet ligesom Anonyme Narkomaner for at hjælpe mig ud af benzodiazepinafhængigheden?**
39. **Hvem er dr. Heather Ashton?**
40. **Hvad er "the Benzo Group"?**
41. **Er der andre kilder til information, som kan hjælpe mig til at forstå benzodiazepinafhængighed og nedtrapning?**

**1. Hvad er benzodiazepiner?**

Benzodiazepiner er en stor samling almindeligt ordinerede beroligende midler, også betegnet som centralnervesystem (CNS) hæmmere. De er Alprazolam (Alprox, Tafil), Bromazepam (Lexotan), Chlordiazepoxide (Librium), Clonazepam (Rivotril), Clorazepate (Tranxene), Diazepam (Apozepam, Stesolid, Valium), Estazolam, Flunitrazepam (Rohypnol, Ronal), Flurazepam (Dalmane), Lorazepam (Lorabenz, Temesta), Nitrazepam (Mogadon), Oxazepam (Alopam, Serepax), Temazepam (Normison), Triazolam (Halcion). Der kan være andre end her nævnt.

Alle benzodiazepiner har fem primære virkninger. Det er:

- a. Hypnotisk - fremkalder søvn
- b. Beroligende - dæmper angst / skaber afslappelse
- c. Antiepileptisk - mindsker sandsynligheden for krampeanfald
- d. Muskelafslappende - nedsætter muskelspændinger og tilknyttede smerter
- e. Amnetisk - giver både tab af både kort og lang hukommelse.

Derudover er der mange sekundære virkninger. De forskellige benzodiazepiner har disse primære virkninger i forskellig grad. For eksempel er Diazepam relativt kraftig søvnfremkaldende, hvorimod mere moderne benzodiazepiner som Alprazolam, Lorazepam og Klonazepam har mindre søvnfremkaldende virkninger, men de har en kraftig angstdæmpende virkning. Tro ikke, at fordi ét

benzodiazepin gør dig mere søvngig end et andet, at det så er kraftigere end dem, der ikke giver søvninghed i samme grad. Ofte er det modsatte tilfældet.

Benzodiazepiner siges ofte at høre til en større samling medicin betegnet som "lettere beroligende". Med hensyn til benzodiazepiner er dette en fejlagtig betegnelse, som er på vej ud af sproget. Alligevel kan man høre den af og til.

Benzodiazepiner udskrives oftest imod angsttilstande, især panikangst og generaliseret angst. De udskrives undertiden imod krampeanfald. For eksempel udskrives Clonazepam (Rivotril) ofte imod epilepsi. Benzodiazepiner udskrives også imod søvnløshed og søvnevanskeligheder. Benzodiazepiner udskrives undertiden også som muskelafslappende middel.

Det klart oftest udskrevne benzodiazepiner i dag er Stesolid, Alprazolam, Lorabenz og Rivotril. Formentlig brugte mere end 95% af de over 850 medlemmer af the Benzo Group et eller flere af disse fire midler pr. april 2001. Stesolid (Valium) er særlig almindelig på de britiske øer. Valium er blevet mindre almindelig i U.S.A. i løbet af de seneste 15 år, hvorimod Alprazolam og Rivotril med tiden har opnået øget popularitet i U.S.A. I visse latinamerikanske lande synes Lexotan (Bromazepam) at være meget populær.

Alle benzodiazepiner kan skabe fysisk afhængighed.

## 2. Hvordan påvirker benzodiazepiner vores krop?

Benzodiazepiner har generelt en neddæmpende virkning på centralnervesystemet. De er kemisk set meget ens. De binder sig alle til og virker på GABA-A receptorerne i hjernen. Der findes også "underafdelinger" af GABA-A receptorer, som forskellige benzodiazepiner virker på i forskellig grad. Disse steder reagerer på neurotransmitteren GABA (gamma-aminobutyric acid). Virkningen af benzodiazepinernes binding til og påvirkning af dine GABA-A receptorsteder er at øge virkningen af GABA. GABA undertrykker virkningen af en bred vifte af andre neurotransmittere og nervemæssig aktivitet inklusive bl.a. virkningen af noradrenalin. GABA's virker ved at sende negativt ladede kloridioner ind på hjernens celler og gør disse celler mindre påvirkelige for virkningen af neurotransmittere som serotonin og noradrenalin, som forårsager ophidselse. GABA udøver denne virkning med eller uden stimulation af et benzodiazepin, men hvor et benzodiazepin binder sig til et GABA receptorsted, øges denne virkning. Det er denne virkemåde, der ligger bag de primære virkninger af denne medicin.

Benzodiazepiner går ikke op i en højere organisk enhed med GABA. De øger virkningen af den i forvejen værende mængde GABA. Faktisk kan benzodiazepiner med tiden mindske sammenhængen med GABA i visse områder i hjernen. Dette er en af de mange teorier som forsøger at forklare forekomsten af paradoksale symptomer. (Se senere under punkt 7).

## 3. Hvor hurtigt kan jeg blive afhængig af benzodiazepiner?

Den tid det tager at danne en fysisk afhængighed af et givent benzodiazepin varierer meget. Følgende forhold kan spille en rolle: Størrelsen af dosis, hvor ofte du tager den, og måske mest af alt: din egen krops kemi. Folk er blevet afhængige med så lidt som 14 dage med regelmæssig brug af terapeutiske niveauer. Sandsynligheden for at du bliver afhængig i en eller anden grad er formentlig mindst 50%, når du har taget dem dagligt i 6 måneder. Efter et års uafbrudt forbrug er det sandsynligt, at du har udviklet afhængighed. Det er uvist om nogle benzodiazepiner skaber afhængighed hurtigere end andre.

## 4. Hvad er sammenlignelige doser for de forskellige benzodiazepiner?

Der er ingen klar og endegyldig lighed imellem de forskellige benzodiazepiner. Forfatteren har personligt set mindst et dusin forskellige skemaer til sammenligning mellem benzodiazepin og ikke to er ens. Tabellen nedenfor er udvalgt fordi den afspejler de kliniske erfaringer gjort af dr. Ashton, som har afgiftet mere end 300 mennesker ved at bruge Diazepam erstatningsmetoden.

Middel	Faktor
Alprazolam	0,5
Bromazepam	6,0
Chlordiazepoxide	25,0
Clonazepam	0,5

Clorazepate	15,0
Diazepam	10,0
Estazolam	1,0
Flurazepam	15,0
Halazepam	20,0
Ketazolam	15,0
Lorazepam	1,0
Nitrazepam	10,0
Oxazepam	30,0
Prazepam	20,0
Quazepam	20,0
Temazepam	20,0
Triazolam	0,5

Således svarer 1 mg Alprazolam (Alprox, Tafil) eller clonazepam (Rivotril) til 20 mg Diazepam (Valium, Stesolid), og 1 mg Lorazepam (Lorabenz, Temesta) svarer til 10 mg Diazepam.

Disse dosissammenligninger er vigtige af en række grunde, hvoraf den vigtigste er muligheden for at skifte til et andet benzodiazepin som for eksempel Diazepam før nedtrappingen (Se punkt 16 herunder). Disse tal er hentet fra dr. Ashtons udgivelser og en række andre kilder. En lignende sammenligningstabel findes her:  
<http://www.dr-bob.org/tips/bzd.html>

Der er visse uenigheder i lægeverdenen om disse sammenligninger. Der er læger, som kan ønske, at du skifter til 10 mg Diazepam for hvert 1 mg Alprazolam. Dette er opskriften på en meget vanskelig overgangsfase. Hvad end de præcise indbyrdes dosis forhold er, bør ovennævnte sammenligninger tages i betragtning ved skift fra et benzodiazepin til et andet med henblik på afgiftning. (Se senere. punkt 16).

## 5. Hvad er halveringstid og hvorfor har det betydning ved benzodiazepinafhængighed.

Halveringstiden er et tal, der udtrykker hvor lang tid det tager for medicinen at komme ud af kroppen. Rent teknisk er halveringstiden, udtrykt ved et tidsinterval, den tid det tager for halvdelen af den indtagne mængde medicin at komme ud af kroppen. Der er en vis uenighed om hvor længe benzodiazepiner faktisk forbliver i kroppen efter fuldstændigt ophør. Benzodiazepiner er fedtopløselige og kan opholde sig i fedtvæv. Man kan imidlertid ikke længere konstatere benzodiazepiner i blodet efter 30 dage efter ophør. Det vil sige, at de enten er helt væk efter denne tid, eller at de findes i mængder, der er for små til at have nogen langvarig virkning.

Betydningen af halveringstiden er, at jo længere den er, jo lettere er det almindeligvis at nedtrappe fordi niveauet i blodet forbliver relativt konstant i modsætning til den rutschebanetur man oplever med de benzodiazepiner, der har kort halveringstid. Desuden er der mindre arbejde med at dosere de langtidsvirkende benzodiazepiner. For eksempel kan man nøjes med at tage Diazepam 2 gange i døgnet, og i nogle tilfælde kun 1 gang i døgnet. I modsætning her til skal Alprazolam tages hver 4. - 6. time for at holde et konstant niveau i blodet. Dette er ikke praktisk muligt for alle.

Her følger en liste af benzodiazepiner med deres tilhørende halveringstider, udtrykt i et time-interval:

Middel	Halveringstid i timer
Alprazolam	9 - 20
Bromazepam	8 - 30
Chlordiazepoxide	24 - 100

Clonazepam	19 - 60
Clorazepate	1.3 - 120
Diazepam	30 - 200
Estazolam	8 - 24
Flurazepam	40 - 250
Halazepam	30 - 96
Ketazolam	30 - 200
Lorazepam	8 - 24
Nitrazepam	15 - 48
Oxazepam	3 - 25
Prazepam	30 - 100
Quazepam	39 - 120
Temazepam	3 - 25
Triazolam	1.5 - 5

Det er en misforståelse, at benzodiazepiner med lang halveringstid forlænger nedtrappingsprocessen, ved at forblive i kropsvævet i længere tid. Der er ikke noget bevis for, at benzodiazepiner med lang halveringstid udgør en større risiko for langvarige abstinenser (se punkt 37 nedenfor) end benzodiazepiner med kort halveringstid. Metoden med at anvende benzodiazepiner med lang halveringstid er velkendt i kredse, der beskæftiger sig med afhængighedsskabende stoffer, og anvendes også ved andre typer af stoffer. For eksempel giver man ofte Prozac til folk, som får abstinenser efter antidepressivet Paxil, fordi Prozac har en længere halveringstid. Måske er et mere typisk eksempel anvendelsen af stoffet Metadon til Herionafgiftning, fordi det har en relativt lang halveringstid.

## 6. Hvad er "tolerance"?

Tolerance er, at receptorerne i din hjerne vænner sig til virkningen af medicinen. Når tolerancen nås, skal der mere medicin til for at opnå samme virkning. Med hensyn til benzodiazepiner og formentlig en række andre stoffer, optræder tolerance ofte med en vis grad af fysisk afhængighed. Hvis du oplever tolerance, er det et sikkert tegn på, at du kan have udviklet fysisk afhængighed.

## 7. Hvis min læge har ordineret benzodiazepiner og har instrueret mig i at tage det af medicinske og/eller psykologiske årsager, er der så nogen grund til, at jeg skal se bort fra min læges råd og ophøre med benzodiazepinerne?

Ja, det kan der godt være. Der er mange læger med de bedste intentioner, men uheldigvis forstår de ikke alvorligheden af et langvarigt benzodiazepinforbrug.

Regelmæssig brug af benzodiazepiner forårsager næsten altid en svækkelse af erkendelsesmæssige funktioner, som forværres ved fortsat brug.

Langvarig brug kan også medføre sløvhed og nedsat energiniveau, som medfører nedsættelse af ens arbejdsevne og ulyst til almindelig udfoldelse.

Desuden forårsager eller forværrer hyppig brug af benzodiazepiner en depression. Derfor får folk ofte antidepressiva efter at have fået benzodiazepiner imod angst. Skønt de er effektive for mange mennesker, kan de medføre komplikationer og afhængighed. (Se punkt 8 nedenfor)

Benzodiazepiner kan også være årsag til en "forfladiget fornemmelse" eller "følelsesmæssig afstumpning", hvor brugerens evne til at dybe følelser er svækket. Langvarig brug af benzodiazepiner beskrives ofte som "at gå gennem livet i søvne".

Benzodiazepiner kan også forårsage såkaldte paradoks symptomer hos en fåtal brugere. De paradoksale symptomer modarbejder den tilsigtede behandlende virkning, idet de kan være raseriudbrud, øget angst og søvnløshed. De paradoksale symptomer kan være forårsaget af

medicinens samvirken med brugerens kropskemi eller kan være en biologisk reaktion på det man ofte kalder giftighed. Paradoksale symptomer misopfattes ofte som abstinenser og vise versa.

Ovenstående virkninger optræder i vekslende grader afhængig af personen. Nogle personer oplever overhovedet ikke visse af virkningerne. Dog er én virkning almindelig for alle: Der kan udvikles fysisk afhængighed. Benzodiazepinafhængighed er særligt alvorlig, da abstinenserne er ekstremt vanskelige og langvarige. Endvidere gør udviklingen af tolerance langtidsbrug urimelig, og afgiftning kan blive nødvendigt.

Benzodiazepiner fejlordineres ofte imod tilstande, hvor de ikke hører hjemme, f.eks. imod depression. Endvidere ordineres de imod angsttilstande, hvor personen kunne behandles med mindre afhængighedsskabende medicin eller med andre terapeutiske midler.

Der er imidlertid legitime terapeutiske fordele ved benzodiazepiner, hvis brugen indskrænkes til kort tid - ikke mere end 2 ugers konstant brug, eller hvis den kun sker lejlighedsvis, f.eks. en dosis Alprazolam om måneden ved behov. Endelig er der mange benzodiazepinbrugere, som selv efter mere end et års regelmæssig brug er i stand til at ophøre uden de store vanskeligheder.

Intet i denne liste af spørgsmål og svar skal opfattes som forsøg på at afholde nogen fra at ignorere deres læges råd. Beslutningen om at ophøre med brug af benzodiazepiner bør tages i lægens konsultation. På dette område må du imidlertid foretage anseelige selvstudier samtidig med at du lytter til din læge. Heldigvis er der mange muligheder for dette - på denne hjemmeside <http://www.benzoinfo.dk>). Hvor lægen ikke synes at være velorienteret med hensyn til den medicinske litteratur om benzodiazepinafhængighed og abstinenserne, kan det være ønskeligt at søge en anden læge.

## 8. Hvad er benzodiazepinabstinenser?

Benzodiazepinabstinenser menes at stamme fra den dæmpende virkning af GABA hvor nervernes tilpasning får GABA til at blive afhængig af stimulation fra benzodiazepinet for at kunne udføre deres primære funktion. Med andre ord, hvis du er blevet afhængig af benzodiazepiner, vil dit GABA være ude af stand til at fungere normalt uden tilstedeværelsen af benzodiazepin. Dette medfører en bred vifte af over-aktivitet i forskellige områder af din hjerne med en lang række spredte symptomer til følge. Symptomerne menes at være forskellige udtryk for nervemæssig overstimulation da dine cellerne i hjernen bliver særligt følsomme virkningen af ophidsende neurotransmittere. Det giver sig stærkest til udtryk i krampeanfald.

Benzodiazepinabstinenser er kendt både for deres alvorlighed og i nogle tilfælde for deres langvarighed sammenlignet med anden medicin.

Abstinenser optræder enten ved udviklingen af tolerance uden en ledsagende stigning i dosis, eller ved nedsættelse af dosis under ens "tolerancepunkt". Dit tolerancepunkt er det punkt på en dosisskala hvorunder dine receptorer bliver svækket på grund af underskud af påvirkning af medicin. Dit tolerancepunkt kan være lavere end din aktuelle dosis således, at du kan nedsætte din dosis en smule uden at få abstinenser. Imidlertid betyder dette ikke, at du ikke vil få abstinenser, hvis du nedsætter dosis yderligere.

I almindelighed er en medicins abstinenser et spejlbillede af deres primære virkninger. Således vil du med benzodiazepiner forvente søvnløshed (det modsatte af søvndyssende virkning), angst (det modsatte af den beroligende virkning), muskelspænding og smerter (det modsatte af den muskelafslappende virkning), og krampeanfald i sjældne tilfælde (det modsatte af den krampehæmmende virkning). Den eneste undtagelse herfor er den hukommelsessvækkende virkning, der ikke giver abstinenser. Tværtimod medfører nedtrapping ofte forringelse af hukommelsen og erkendelsesmæssige (kognitive) funktioner. I alle tilfælde efter endt afgiftning og når abstinenserne er på tilbagetog, vender de erkendelsesmæssige funktioner gradvist tilbage til niveauet før du begyndte på medicinen.

Se punkt 9 herunder for en mere udførlig liste af symptomer.

## 9. Hvad er symptomerne ved benzodiazepinnedtrapping?

Følgende er en liste af symptomer rapporteret af tilstrækkelig mange personer til, at de statistisk set er ægte abstinenssymptomer. Husk at, der er bred vifte af andre rapporterede symptomer, som ligeså godt også kan være ægte abstinenssymptomer, men som endnu ikke statistisk set er signifikante. Afgørelsen om statistisk signifikans er ikke baseret på hårde data, men på observationer gjort af denne forfatter ved at gennemlæse tusinder af breve fra personer under nedtrapping, såvel som adskillige bøger og artikler om emnet.

Listen er opdelt i psykologiske og fysiske symptomer. Dobbelt-stjernen \*\* betyder symptomer, som forekommer i en eller anden grad på et eller andet tidspunkt hos næsten enhver person, der har abstinenser. En enkeltstjerne \* er symptomer, som er almindelige og forekommer hos de fleste. De andre er symptomer, som forekommer i et mindre antal tilfælde.

#### **Psykologiske symptomer:**

Angst\*\* (herunder panikangst)

Depression\*\*

Søvnløshed\*\*

Derealisation/depersonalisation\* (uvirkelighedsfølelse eller følelse af at være adskilt fra sig selv).

Overfølsomhed for sansepåvirkninger\* (høje lyde eller kraftigt lys)

Tvangsmæssige negative tanker\* (særligt af voldelig og/eller seksuel beskaffenhed)

Hurtige humørsvingninger\* (herunder udbrud af vrede eller raseri)

Fobier (især agorafobi og sygdomsfrygt),

Dysfori\* (tab af evne til at nyde livet; muligvis en kombination af depression, angst og derealisation/depersonalisation)

Svækkelse af de erkendelsesmæssige (kognitive) funktioner\*,

Selv mordstanker\*

Mareridt,

Hallusionationer,

Psykoser,

Pilletrang.

Husk at, det er langt mere almindeligt at være bange for psykoser end at have en.

#### **Fysiske symptomer:**

Muskelspændinger/smerter\*\*

Ledsmerter\*

Tinnitus\*

Hovedpine\*

Rystelser/sitren\*

Uklart syn\* (og andre øjenkomplikationer)

Hudkløe\* (herunder følelse af insekter på huden)

Mave/tarmsbesvær\*

Følelse af elektrisk stød\*

Små lammelser (følelsesløshed og prikken og stikken, især på hænder og fødder)

Træthed\*

Svaghedsfølelse i benene

Indre dirren\* (især i overkroppen)

Svedtendens

Svingninger i kropstemperatur

Vanskeligheder med at synke

Tab af appetit

Influenzalignende fornemmelser

Muskeltrækninger

Metalsmag i munden

Kvalme

Ekstrem tørst (herunder mundtørhed og øget urinafgivelse)

Seksuelle forstyrrelser (eller libidoøgning)

Hjertebanken

ørhed

Svimmelhed

Stakåndethed

Der er en hjemmeside med en langt mere omfattende liste af mulige symptomer:  
<http://www.geocities.com/benzobusters/mainlist.htm>

Jeg har kun gengivet de mest almindelige symptomer.

### **10. Jeg oplever et eller flere af symptomerne, men jeg er ikke begyndt på at nedtrappe mit benzodiazepin. Er det muligt at symptomerne ikke har noget at gøre med brugen af benzodiazepiner, eller er jeg allerede begyndt på nedtrapning selvom jeg ikke har nedsat dosis?**

Det er sandsynligvis toleranceabstinens. Når du møder tolerancen, behøver din hjerne mere medicin for at stimulere det aktive GABA, og du får abstinenser. Nogle mennesker kan ikke opnå fuldstændig lindring uanset hvor meget de øger dosis. Dette kan skyldes en hurtig stigende tolerancespiral og af giftighed (se om tolerance ovenfor). Det er nødvendigt med afgang, hvis dette indtræffer.

Nogle mennesker tror fejlagtigt, at medicinen er holdt op med at virke for at lette deres angst, når de i virkeligheden oplever angst på grund af toleranceabstinenser. Uheldigvis styrker lægerne sommetider denne misforståelse ved at råde dig til at øge dosis.

### **11. Hvilke faktorer afgør hvor kraftige mine abstinenser bliver?**

Det er umuligt at forudse hvor kraftige dine abstinenser vil være eller hvilke af de 30 eller deromkring almindelige symptomer du mest sandsynligt vil opleve. Forudsigelse af styrken afhænger af varigheden af brug, dosisstørrelse, typen af benzodiazepin, alder, din personlige kropskemi, og din afgiftningsmetode. Det er uklart om nogen af disse faktorer påvirker varigheden af dine abstinenser set i forhold til styrken. Informationerne med hensyn til varigheden er mindre konkluderende end informationerne med hensyn til styrken.

Der er i nogen grad bevis for, at de moderne højpotente benzodiazepiner, især Alprazolam, Rivotril og Lorazepam giver kraftigere abstinenser. Dette bevis er imidlertid indtil videre anekdotisk.

Husk at, der er stor variation i forhold til ovenstående generaliseringer. En person kan f.eks. tage en lav dosis benzodiazepin i en kort periode og alligevel opleve kraftige abstinenser. En anden kan tage en høj dosis af samme medicin i meget længere tid og kun få lethåndterlige abstinenser. Endvidere kan en Diazepambruger have det vanskeligere end en Alprazolambruger. Disse variable kan kun bruges til meget generelle forudsigelser.

### **12. Hvis jeg ophører med benzodiazepiner, vender den bagvedliggende årsag til, at jeg fik benzodiazepiner af lægen, så tilbage?**

Måske og måske ikke. Det afhænger af hvad dit bagvedliggende problem var, og hvilke forholdsregler du om nødvendigt tager efter nedtrapningen for at håndtere situationen. Sommetider er det bagvedliggende problem simpelthen bare forsvundet med tiden efter du er blevet afgiftet fra benzodiazepiner. Mange fysiske og psykologiske tilstande er en forbigående reaktion på midlertidige tilstande i dit liv, f.eks. en traumatisk hændelse. Ofte har folk for vane at tage medicin som f.eks. benzodiazepiner for at lindre symptomerne på en forbigående tilstand, og fortsætter med at tage dem længe efter at tilstanden er forsvundet af sig selv.

Andre tilstande er ikke så forbigående som f.eks. langvarige panikforstyrrelser. Imidlertid er det vigtigt at huske på, at der andre behandlingsmuligheder imod disse tilstande, både farmakologiske og ikke-farmakologiske. Angst og stress kan klares på mange måder, som ikke er så skadelige for kroppen som benzodiazepiner.

Der er en debat i lægekredse om hvorvidt der findes et fåtal personer med langvarig, kronisk panikangst, som kan forsvares at tage benzodiazepiner resten af livet. Denne F.A.Q. er udelukkende for at informere og tager ikke stilling til dette kontroversielle emne.

Når folk kommer ud af deres benzodiazepinforgiftning, dukker der underliggende psykologiske problemer op, som har været skjult af benzodiazepinforbruget i mange år. Folk oplever ofte at følelser, der har været undertrykt i så mange år, igen kommer op til overfladen. Der er derfor en vanskelig tilpasningsperiode selv efter at abstinenserne er væk. Imidlertid oplever folk, at slutresultatet er meget udbytterigt.

### **13. Jeg har besluttet at ophøre med mit benzodiazepinforbrug. Hvad er det**

## **første skridt, jeg bør tage.**

Første skridt er at indhente viden. Det vil sige at læse denne F.A.Q. og at søge i de mange henvisninger heri. Næste skridt er at finde en læge, som forstår alvoren ved benzodiazepinafhængighed, og vær så velforsynet med information som muligt før konsultationen. Næste skridt er at nærme dig nedtrapningen med en klar plan foran dig og tillidsfuldt begynde nedtrapningen. Lyt ikke efter rædselsberetninger fra andre, som har haft usædvanligt dårlige oplevelser med nedtrapning. Alles oplevelser er forskellige og mange kan nedtrappe med kun lettere symptomer til følge.

## **14. Er en "kold tyrker" (pludseligt totalt ophør med medicinen) en acceptabel måde til afgiftning fra benzodiazepiner?**

Nej! Der er næsten fuldstændig enighed både i lægeverdenen og i Foreningen til Rehabilitering efter Benzodiazepiner, at en kold tyrker er en farlig og uacceptabel måde for afgiftning. En kold tyrker kan medføre krampeanfald giver større sandsynlighed for en nedtrapningspsykose. Krampeanfald ses praksis taget aldrig ved langsom nedtrapning, med undtagelse for de mennesker, som har taget benzodiazepiner imod epilepsi. Endvidere er psykoser sjældne hos dem, som nedtrapper benzodiazepiner langsomt.

Skønt en kold tyrker kan forårsage alvorligere symptomer, er det en misforståelse at den skulle få symptomerne til at forsvinde i løbet af kortere tid. Det er en fiks idé, at en langsom nedtrapning forlænger kvalerne med abstinenserne. Denne opfattelse er næsten altid forkert. Faktisk er der tegn på, at en kold tyrker kan forlænge abstinensforløbet og endda være årsag til langvarige abstinenssymptomer. (Se punkt 37 nedenfor).

## **15. Hvis jeg vil nedtrappe mine benzodiazepiner, hvordan skal jeg så strukturere nedtrapningen.**

Der er to generelle regler, og én undtagelse fra reglen kommer senere. Den første regel er, at jo langsommere nedtrapning, jo mildere bliver abstinenserne. Den anden regel er, at jo mindre dosis man nedtrapper med, jo mildere bliver abstinenserne. Disse to ting hænger sammen.

F.eks. kan du beslutte at nedtrappe din dosis med ¼ mg hver måned eller nedskære dosis med 1/8 mg hveranden uge. Uanset hvillken måde du vælger nedtrapper du med samme hastighed. det er forfatterens opfattelse, at den anden metode er klart den bedste. En nedtrapning er et chock for din hjerne og krop. En kold tyrker er den største nedtrapning af alle. Det er en pludselig og fuldstændig fjernelse af dit afhængighedsstof. Chocket efter en kold tyrker kan være så kraftigt, at den selv efter en genoptagelse medicineringen bevirker at det kan tage uger og måneder før du er stabiliseret igen, og i nogle tilfælde bliver man det aldrig før man har nedtrappet helt.

Denne logik kan også bruges på størrelsen af nedskæringerne. Jo mindre dosis der nedtrappes med, jo mindre chock for dit system og jo mindre bliver abstinenserne som følge af nedskæringen. Det anbefales ikke, at man nedtrapper med mere end 10% pr. gang. Desuden anbefales det at lave mindre og mindre nedskæringer efterhånden som man kommer frem, skønt dette kan være vanskeligere sent i forløbet.

Nedskær altid med mindst muligt. Det vil sige den mindste pilledosis størrelse, der kan fås, og bræk den i 4 dele, hvilken som regel let kan gøres med f.eks. en kniv eller en negleklipper. Med f.eks. Diazepam kan man dele den mindste pille på 2 mg i 4 dele á 0,5 mg. Med Rivotril kan du dele den mindste pilledosis (0,5 mg) i 4 stykker på 0,125 mg eller 1/8 mg. Hvis du er på en høj dosis, og mener, at du kan nedtrappe hurtigt i starten, fordi du er over dit tolerancepunkt (se om tolerance ovenfor) så læg nedtrapningerne med små mellemrum, dog ikke tættere end en nedtrapning hver 3 dag, men skær med så lille dosis som muligt. Når og hvis du begynder at få abstinenser, kan du øge tidsafstanden mellem nedtrapningerne indtil max. 4 uger. Almindeligvis vil de kraftige benzodiazepiner som Alprazolam, Rivotril og Lorazepam tvinge dig til at nedtrappe med større doser og derfor må du nedskære med mindst 3 ugers interval i den sidste del af nedtrapningen. Også selvom du er i stand til at lave små nedskæringer af mindre kraftige benzodiazepiner som Diazepam kan man nedtrappe med passende lange mellemrum, hvis du synes, at det er en mere behagelig måde at afgifte på.

Der er en nedtrapningsmetode, der går ud på at blande medicinen med enten vand eller med et tørt bærestof som for eksempel st. melis og lave en "fortynding" som giver mulighed for meget lave nedsættelser, som 1% hver anden dag. Denne metode har været brugt med succes af en del. I England har læger lavet en sæt med flydende blandinger for at hjælpe brugeren med at nedtrappe på en nogenlunde behagelig måde. Denne metode ser ud til klart at kunne nedsætte, dog ikke fjerne, abstinenssymptomerne. Desværre er sådanne sæt med flydende benzodiazepin ikke tilgængelige i Nordamerika (eller Danmark /red).

Hvis du ikke er i stand til at bruge en fortyndingsmetode, kan du overveje at gå over til Diazepam (Valium, Stesolid) men mindre selvfølgelig at du ikke allerede bruger denne benzodiazepin (Se punkt 16 nedenfor). Denne metode har været anvendt med held i mange år, især i England.

Dr. Heather Ashton har detaljerede nedtrappingskemaer, som baserer sig på metoden med at skifte til Diazepam (Se punkt 16 nedenfor).

Der synes at være en sjælden undtagelse fra reglen om at nedtrappe langsomt. Det er hvor der ser ud til at være en giftlignende reaktion på benzodiazepinerne (Se under punkt 7 ovenfor). Der er en drilagtig forskel på en giftreaktion og abstinenser. Den almindelige måde, at finde ud af det på, er at øge dosis. Hvis symptomerne mindskes eller er uforandrede vil symptomerne sandsynligvis kunne tilskrives abstinenser. Hvis symptomerne forværres, er det nok en forgiftningsreaktion, og en hurtig nedtrapping (6 til 8 uger) bør overvejes. Lav imidlertid ikke nogen forhastet beslutning om at nedtrappe hurtigt. Vær først sikker på, at det er en forgiftningsreaktion. I almindelighed er der langt større sandsynlighed for at dine symptomer er abstinenser end en forgiftningsreaktion.

En årsag til forgiftningsreaktionen kan være at man tager mere end ét psykofarmake samtidigt. F.eks. en benzodiazepin sammen med et antidepressiv eller et smertestillende middel.

## 16. Bør jeg skifte til et andet benzodiazepin som for eksempel Diazepam før nedtrappingen?

Husk at mange synes, det at skifte til Diazepam (Apozepam®, Diazepam "Dak", Diazepam Desitin®, Hexalid®, Stesolid®, Valaxona®, Valium®) ikke er for alle og enhver, og mange har nedtrappet det stof de var afhængige af og er kommet sig rigtigt godt. Hvis du imidlertid betragter dette alternativ, er der tre grunde, der ofte angives for at skifte til Diazepam, for at nedtrappe herefter.

1. For det første har Diazepam en langt større halveringstid end de fleste andre benzodiazepiner (se punkt 5 ovenfor). Dette tillader en stabil og jævn nedsættelse af dosis over længere tid. I nogle tilfælde kan man tage en hel dags dosis før sengetid. Dette nedbringer problemet med pilletrilleri, hvor der skal tages en ny pille indenfor få timer. Det kan også hjælpe dig til at falde i søvn, hvilket kan være et problem under nedtrappingen.
2. For det andet, har Diazepam en lav styrke i forhold til de fleste andre benzodiazepiner og findes i piller på 2 mg., 5 mg., og 10 mg. I praksis kan pillen beskæres til så lidt som 0,5 mg. Det svarer ca. til 1/20-del og 1/40-del Alprazolam eller Rivotril. Det er vigtigt at kunne lave så små piller som muligt, og især hen imod slutningen af nedtrappingen er det en meget stor fordel.
3. Endelig mener dr. Ashton og en række andre, at de moderne, kraftigtvirkende benzodiazepiner som Alprazolam, Clonazepam (Rivotril) og Lorazepam (Temesta) er tilbøjelige til at give kraftigere abstinenser. Indtil videre er dette ikke bevist, hvilket vil sige, at det baserer sig på kliniske observationer og patienternes udsagn. Der er tilsyneladende ingen undersøgelser, som giver en konkluderende sammenligning af styrken af de forskellige benzodiazepiner abstinenser.

Hvis du beslutter dig for at skifte til Diazepam, er det vigtigt, at du har en idé om hvad du kan forvente. Først og fremmest har hvert benzodiazepin sin egen kemiske sammensætning og de giver derfor ikke helt de samme abstinenssymptomer. Den medicinske litteratur peger på, at de mindre kraftige benzodiazepiner dækker færre underafdelinger af GABA-A receptorer (se punkt 2 ovenfor) end de moderne, kraftige benzodiazepiner som Alprazolam og Rivotril. Det er derfor det er vigtigt at tage hensyn til det rigtige dosisforhold (se punkt 4 ovenfor). Det er en sammenligningstabel med henblik på skift til Diazepam og de kaldes undertiden for "belastningsdosis" eller "undertrykkelsesdosis". Virkningen af at tage en "belastningsdosis" er, at skønt dine abstinenser undertrykkes helt godt, kan du også godt opleve den bivirkning at blive sløv. Det er sådan, fordi Diazepam er et stærkere sovemiddel end de fleste kraftige benzodiazepiner, selv ved samme terapeutiske dosis, og de nævnte doser er formentlig et godt stykke over de terapeutiske niveauer. De fleste benzodiazepinbrugere udvikler imidlertid hurtigt tolerance overfor søvnevirkningen, så det er sandsynligt, at denne søvndyssende virkning vil forsvinde indenfor de første uger.

Det er vigtigt både at have styr på problemet med at blive sløv og at undgå abstinenser under skiftet. Derfor er det bedst gradvist at udskifte dosis, i stedet for bare at gå fra dit oprindelige benzodiazepin den ene dag til den tilsvarende dosis Diazepam den anden dag. Afhængig af størrelsen af den dosis du tager, kan overgangsperioden variere fra 3 uger til 3 måneder.

I denne overgangsperiode med erstatning af doser, vil der nogen gange ske en nedsættelse af den totale dosis og andre gange ske mindre øgninger. Hvis du oplever kraftig sløvhed og ingen abstinenser, er det tegn på at erstatningsdosen er for høj for dig, og du bør overveje at gøre den samlede dosis lidt mindre. Hvis du på den anden side får øgede abstinenser under overgangen, kan du overveje at øge den samlede dosis en smule. Da den tilsvarende dosis kan variere fra person til

person, må man gå forsigtigt frem i overgangsperioden. Det er inidlertid vigtigt at forstå, at slutresultatet af overgangen til Diazepam bør være, at du er relativt stabil efter skiftet er overstået, hvilket vil sige, at du har ingen eller kun meget svage abstinenser.

Dr. Ashton har udgivet en detaljeret fremgangsmåde for overgangen til Diazepam og har forklaret metoden i detaljer.

Chlordiazepoxid (Risolid, Klopoxid) er et andet langtidsvirkende benzodiazepin, der i sjældne tilfælde bruges som erstatning. Forfatteren har for tiden ikke den nødvendige information om effektiviteten af Chlordiazepoxid til at kunne komme med en meningsfuld kommentar. Det er dog ikke nødvendigt at skifte fra Chlordiazepoxid til Diazepam. Chlordiazepoxid bør nedtrappes direkte, skønt der er det problem, at mindste pillestørrelse er 5 mg. Det bedste er, at åbne kapslen og halvere indholdet til på 2,5 mg, eller endnu mindre, hvilket er at foretrække.

Læs også hvad Rik Roberts skriver om skift til Diazepam

## **17. Min læge har bedt mig skifte til en medicin kaldet Fenemal for at nedtrappe. Er det en god idé?**

Nogle læger, især i U.S.A., bruger en nedtrapningsmetode, hvor de skifter patienten til Fenemal (Phenobarbitol), og så nedtrappe denne medicin over en periode på 2 til 6 uger. Phenobarbitol er et langtidsvirkende barbiturat (en anden type beroligende midler). Det virker på næsten de samme GABA-A receptorer som benzodiazepinerne, men binder sig til receptorerne et andet sted. Phenobarbitol er meget krydstolerant med benzodiazepinerne, og hvis der tages den rigtige belastningsdosis (se ovenfor), vil det formentlig undertrykke abstinenserne ret godt. Phenobarbitol nedtrapning er "medicinsk sikker" derved at Fenemal er en kraftigt anti-krampe middel, så det er usandsynligt at få kramper med denne metode.

Fenemal har, på samme måde som Diazepam, også en lang halveringstid, og kan deles i meget små doser. 3 mg Fenemal svarer til 1 mg Diazepam.

De rapporterede resultater af Fenemal som nedtrapningsmiddel er blandede, men uden konklusioner på grund af det lille antal personer i the Benzo Group, som har prøvet denne metode. Læger, der bruger denne metode, bruger almindeligvis en kraftig belastningsdosis, men anvender almindeligvis ikke metoden med gradvis dosisudskiftning. Det væsentlige er, at med denne metode sker nedtrapningen meget hurtigt (f.eks. 4-6 uger). Problemet med Fenemal-metoden er ikke så meget anvendelsen af Fenemal i sig selv, men hastigheden af den nedtrapning, der almindeligvis foretages. Når der fremkommer information om effektiviteten af brug af Fenemal ved langsom nedtrapning, vil denne F.A.Q. blive revideret med disse oplysninger.

## **18. Bør jeg overveje at blive indlagt på et nedtrapningssted for at komme af med mine benzodiazepiner?**

Kun i et relativt lille procentvis antal tilfælde er der gode erfaringer med at nedtrappe folk fra benzodiazepiner ved at indlægge dem. Problemerne med afgiftningscentre er mangfoldige. Først og fremmest er afgiftningscentre indstillet på at håndtere medicinmisbrugsadfærd, og yder ikke hjælp til nedtrapning. Centrene forstår ofte ikke nødvendigheden af at nedtrappe benzodiazepiner langsomt. Ofte kræver de at man nedtrapper i løbet af 3-6 uger. Nogle vil tage benzodiazepiner fra dig i løbet af en uge og erstatte med Diazepam eller Phenobarbitol. Disse centre vil almindeligvis ikke have dig indlagt i mere end omkring 6 uger. Dette medfører, at du bliver nedtrappet på en overdrevent hurtig måde og bliver undervist i medicinmisbrug, men får ikke nogen målrettet støtte til at håndtere nedtrapningen. Oplevelsen på sådanne centre er oftest meget hård, da du efterlades i en tilstand med ret kraftige abstinenser, der kan vare længe. I almindelighed har folk det værre efter de har været på et af disse centre end før.

Kliniske undersøgelser viser, at benzodiazepinafgiftning fungerer bedst når patienten kontrollerer sit eget nedtrapningsforløb i samarbejde med rådgivning fra en læge, som har et godt kendskab til benzodiazepinafhængighed. Selvom de tillader en relativt langsom nedtrapning, vil afgiftningscentre almindeligvis fratage patienten kontrollen over processen og presse patienten ind i et stamt forløb.

Afgiftningscentre bør imidlertid taget i betragtning i to tilfælde. For det første, hvis du har et misbrugsproblem med benzodiazepiner enten alene eller i kombination med andre stoffer, er en indlæggelse ofte hensigtsmæssig for at styrke styringen af nedtrapningen, samt at lære dig at undgå medicinmisbrug (men se diskussionen om 12-trins programmet senere). Hvis du mener, at du mangler den nødvendige selv-disciplin til at kunne nedtrappe dig selv langsomt og gradvist og ikke har en ægtefælle eller en anden form for støtte til at styre nedtrapningen for dig, kan du overveje indlæggelse på et afgiftningscenter.

For det andet, i de sjældne tilfælde hvor dine abstinenser er så kraftige, at du er ude af stand til at tage vare på dig selv og du ikke har nogen ægtefælle eller støtteperson, kan du overveje at blive indlagt.

Før du vælger et afgiftningssted, bør du ringe til mindst forskellige steder og stille dem mindst følgende tre spørgsmål:

1. Vil de tillade en langsom nedtrapning af benzodiazepiner?
2. Har de et personale, som har direkte erfaring med patienter i benzodiazepinnedtrapning.
3. Er der en psykiater og/eller psykolog på stedet, som kan give støtte.

Hvis svaret er ja, ja og ja er der gode chancer for, at du har fundet det bedst mulige afgiftningssted. Imidlertid er det ikke tilrådeligt at lade sig indlægge til afgiftning med mindre du er i en af de to ovenfor beskrevne tilfælde.

## 19. Hvor lang tid varer nedtrapningen?

Det varierer enormt. For personer med milde abstinenser kan nedtrapningstiden typisk være 1-4 uger. Denne generalisering gælder for de fleste, men ikke alle, som har anvendt benzodiazepiner i mindre end 6 måneder. Den gælder også for en vis procentdel, som har anvendt benzodiazepiner i mere end et år. For folk med en kraftig afhængighed er en 6 til 18 måneders rekonvalescens typisk. I almindelighed må man efter nedtrapningen forvente en periode på 6 -12 måneder med aftagende symptomer.

Der findes også et usædvanligt fænomen kaldet: Langvarige abstinenssymptomer. (Se punkt 37 nedenfor)

Læs også hvad Rik Roberts skriver om varighed af abstinenser  
Læs også hvad Jan Albinson skriver om varighed af abstinenser

## 20. Går det an, hvis jeg sommetider "snyder" med nedtrapningen og tager en lidt mere benzodiazepin, hvis jeg skal til et stressende arrangement.

Dette er strengt taget et holdnings spørgsmål. Det er forfatterens opfattelse, at enhver som nedtrapper benzodiazepiner, som tidligere har haft et misbrug, med alle midler bør undgå fristelsen til at øge dosis, med mindre det sker for at undgå kramper eller psykoser. Hvis man har en dårlig selv-disciplin og giver efter ved en enkelt lejlighed og øger dosis for bedre at kunne klare et stressende arrangement, kan det føre til et opgivende mønster, som til sidst vil føre til totalt tilbagefald. Hvis du står overfor et stressende arrangement, er mit råd så vidt muligt at undgå det. Kan det ikke lade sig gøre, så sørg for, at have en støtteperson ved din side og bid tænderne sammen.

Hører du til dem, som ikke har haft noget misbrug og aldrig har misbrugt benzodiazepiner, skader det formentlig ikke at gøre det en sjælden gang, f.eks. hvis der er bryllup eller begravelse eller du er tvunget til noget på en befærdet offentlig plads og du har en vis frygt for sådanne steder. Hvis du ellers har vist selvdisciplin under nedtrapningen, kan du formentlig slippe afsted med at øge din dosis en enkelt dag ved sjældene lejligheder nogle få gange under nedtrapningen.

For at tydeliggøre det, er det altid acceptabelt at gå "sidelæns" (blive på samme dosis i stedet for at nedskære) i et stykke tid for at stabilisere dine symptomer, når de er særligt kraftige. Dette er ikke det samme som at øge dosis for at klare noget stressende.

Hvis du endelig føler det nødvendigt at øge din dosis en smule for at blive stabiliseret fordi du har nedtrappet for hurtigt, så gør det. Det er dog en bedre løsning at undgå at nedtrappe for hurtigt. (Se punkt 15 ovenfor)

## 21. Er jeg nødt til at holde op med at arbejde eller opgive andre vigtige ting i livet under benzodiazepinnedtrapningen?

At nedtrappe benzodiazepiner samtidig med at klare hverdagens krav er en vanskelig balancegang. Det kan ikke understreges kraftigt nok, at stress kan forværre dine abstinenser. Det betyder stress relateret til arbejde, dine familieforhold og hvad som helst. Det er vigtigt at forstå, at når du begynder på en nedtrapning, må du også lave nogle ændringer i din livsførelse, herunder i dit aktivitetsniveau og i de typer aktiviteter du deltager i. Omfanget af ændringerne afhænger på den ene side af styrken af dine abstinenser og den stress aktiviteterne påfører dig på den anden side. Nogle mennesker kan arbejde mens de nedtrapper, andre kan ikke. Nogle mennesker kvitter deres

job, nogle tager orlov, nogle passer arbejdet med store vanskeligheder og nogle passer arbejdet med små vanskeligheder. Under nedtrapningen er det bedste råd at nedsætte din stress så meget som muligt i forhold til hverdagens krav. Hvad dette vil sige, kan variere meget fra tilfælde til tilfælde.

## 22. Min læge har ordineret et antidepressiv under nedtrapningen. Er det en god idé?

Måske. De fleste læger, som udskriver antidepressiver ved benzodiazepinnedtrapning, eller ethvert andet formål, vil udskrive de moderne typer SSRI'er (Selektive Serotonin Reuptake Inhibitors. På dansk: Selektive Serotonin Genoptags Hæmmere) det vil sige Prozac, Paxil, Zoloft, Celexa, and Serzone. De kan også udskrive en af de to endnu nyere mediciner: Effexor og Wellbutrin. Læger udskriver ofte denne medicin, fordi de udover at være antidepressiva har de også en beroligende virkning. Mærkelig nok er denne medicin kendt for at øge angst og uro, skønt denne bivirkning ofte mindskes efter nogle få ugers brug. Selv SSRI'er som Paxil og Zoloft som menes at have en primær beroligende virkning forårsager øget angstniveau under nedtrapning. Det øgede angstniveau kan være en af grundene til, at folk under benzodiazepinnedtrapning ofte ophører med brug af denne medicin efter kort tids brug.

Blandt dem, som har taget antidepressiver i længere perioder under nedtrapningen, er erfaringerne blandede. Nogle synes at have fordel deraf, andre ikke. Atter andre synes, at deres symptomer forværres. For i almindelighed ikke at skabe komplikationer med dine andre abstinenser, bør antidepressiver kun tages, hvis du er selvmordstruet. Det er ikke det samme som, at du overvejer eller hele tiden tænker på selvmord. det vil sige, at du føler, at du med mindre der foretages en psykofarmakologisk indgriben, vil gøre noget selvdestruktivt. Ellers bør antidepressiver i almindelighed undgås under nedtrapning.

En anden ting er, at der er dokumentation for at antidepressiver kan være afhængighedsskabende i varierende grader og faktisk er der et vist bevis for, at abstinenserne kan være meget udtalte og ligne benzodiazepinernes (dog ikke være så langvarige) i nogle tilfælde efter lang tids brug.

Der er nogle få spredte rapporter om folk, som har haft fordel af de "gammeldags" tricykliske antidepressiver. En af disse er Doxepin, som primært har en beroligende virkning imod sætning til SSRI'ernes stimulerende virkning. De tricykliske har også deres eget sæt komplikationer og bivirkninger. Tal med din læge og undersøg de skrevne advarsler for de tricykliske for at være sikker på at du ikke har en af de medicinske betingelser, der kan blive komplicerede ved brug af de tricykliske. Ligesom som med SSRI'erne er nogle primært kendetegnet ved at være beroligende, mens andre primært er kendetegnet ved at være stimulerende.

Det bedste råd med hensyn til antidepressiver og enhver anden ordineret støttemedicin er at udvise forsigtighed. Hvis du beslutter dig for et antidepressiv, kan du starte på en meget lav dosis for at se hvor godt du tolererer medicinen, før du øger dosis til den lægen anbefaler.

## 23. Er der anden medicin end antidepressiva, som skal tages i betragtning ved benzodiazepinnedtrapning?

Ja, der er mange. Og din læge kan foreslå en eller flere. Men igen er det bedste råd at være forsigtig og omhyggeligt undersøge den medicin, du overvejer. Nogle af den nævnes herunder.

Tegretol (Carbamazepine): Et anti-krampe middel. Nogle undersøgelser har vist, at denne medicin kan nedsætte visse fysiske abstinenser. Andre undersøgelser viser, at den er virklingsløs. Folks egne udtalelser er blandede og for få til en pålidelig generalisering.

Neurotonin: Primært et smertestillende middel, som er blevet brugt til at lette visse fysiske abstinenser. Folks egne udtalelser er blandede og for få til en pålidelig generalisering.

Betablokkere (f.eks. Inderal): Betablokkere kan hjælpe imod hjertebanken, imod forhøjet blodtryk såvel som imod rysten og dirren. Nogle betablokkere krydser blod/hjerne barrieren og kan være lettere afhængighedsskabende, skønt den officielle medicinske litteratur påstår, at de ikke er afhængighedsskabende. Imidlertid anbefaler den samme litteratur, at man ikke brat ophører med dem. Tag ikke en betablokker med mindre du er alvorligt generet af nogle af de ovennævnte symptomer. Selv da bør du tage mindst mulige dosis, eller tage dem efter behov når symptomerne viser sig. Betablokkere mindsker ikke angst direkte, men de kan lette nogle af de fysiske symptomer der er forbundet med panikanfald og kan indirekte hjælpe med at mindske den dermed forbundne angst.

## 24. Kan lægen finde på at udskrive noget medicin, som bestemt ikke hjælper på

## abstinenserne?

Ja, Buspar, et ofte ordineret angstdæmpende middel, som med stor sikkerhed ikke giver en lettelse i abstinenserne. Dette er påvist ved undersøgelser. Desuden har forfatteren aldrig hørt nogen mene, at de har fået noget særlig hjælp af denne medicin under nedtrapning.

## 25. Hvad med naturmedicin og homeopatiske midler? Kan nogen af disse hjælpe under nedtrapningen?

Måske. Der er forskellige erfaringer. Akupunktur, massage og kiropraktik er blevet nævnt, men der er for få konkluderende oplysninger med hensyn til deres virkning på abstinenser. Med hensyn til naturmedicin er følgende blevet nævnt fra mund til mund som værende til hjælp: Valerian, Kava Kava, St. John's Urt, 5htp, SAME, Melatonin, GABA, Kamille, and Rescue Remedy\*\*\*\*. (Ikke alle disse midler fås i Danmark /red)

Med meget få undtagelser, har disse midler kun vist sig virkningsfulde i nogle få tilfælde, og mange har følt, at deres abstinenser blev værre af at tage et eller flere af disse midler. For hele gruppens vedkommende har kun to midler udskilt sig hos et stort antal mennesker som værende særligt virkningsfulde: Kamille te og Rescue Remedy\*\*\*\*. Husk dog, at disse midler kun hjælper når dine symptomer er relativt svage. For eksempel kan kamille te mindske en let uro, men det er meget usandsynligt, at det kan få dig ud af en kæmpe panikanfald. Imidlertid er der åndedræts- og afslapningsteknikker, som kan hjælpe til at mildne panikanfald.

Kava (ikke tilladt i Danmark /red) er bekendt for at give flere uheldige virkninger end nogle af de andre stoffer, og er formentlig det stof som det af gruppen mindst anbefales at eksperimentere med. Enhver naturmedicin er imidlertid blevet omtalt af en eller flere personer som kunne give ubehagelige bivirkninger eller bare være virkningsløse. Naturmedicin er almindeligvis ikke regulerede og der er af og til rapporter om at de indeholder gifte, selvom det i de senere år er blevet sjældent i de industrialiserede lande på grund af mediernes opmærksomhed på homeopatiske midler.

Det er også vigtigt at forstå, at naturmedicin er stoffer, der indeholder organiske, bioaktive stoffer, der kan trænge igennem blod-hjernebarrieren og påvirke din hjerne ligesom syntetisk medicin. I virkeligheden er mange farmaceutiske stoffer syntetiske udgaver af bioaktive stoffer, der forekommer naturligt i planter og dyr. den eneste forskel er, at du får en meget højere renhed af stoffet i den syntetiske form end i den organiske form.

Da naturmedicin er medicin, kan de også have giftige og skadelige virkninger. Hendigvis er det meste naturmedicin så svagt i styrke, at det er veltålt og ugiftigt.

Det er imidlertid vigtigt at begynde på en lav dosis og være nøje opmærksom på kroppens reaktioner på brugen af naturmedicin, ligesom med et syntetisk middel. I almindelighed vil du have en god fornemmelse af hvor godt du tåler et bestemt stof kort tid efter du er begyndt på det, ofte allerede efter første dosis.

Denne FAQ hverken anbefaler eller fraråder brugen af naturmedicin imod angsttilstande som generaliseret angst eller panikangst. Denne FAQ drejer sig om benzodiazepinafhængighed og nedtrapning, og handler ikke om alternativ behandling af angst. Det eneste, der gives til udtryk for er, at nogle mennesker oplever en vis lindring af noget naturmedicin under nedtrapningen. Mange, måske de fleste, får ingen lindring.

I almindelighed er naturmedicin sikrere at eksperimentere med under nedtrapningen end syntetisk (almindelig) medicin. Derfor skal du måske se på disse muligheder før du prøver anden, måske afhængighedsskabende syntetisk medicin. Husk dog, at selvom du oplever en vis lindring fra en naturmedicin eller urtemedicin, er der ikke noget universalmiddel imod benzodiazepinabstinenser, og kun tiden kan give fuld helbredelse.

## 26. Hvad med at drikke kaffe under nedtrapningen?

Du bør fuldstændig afholde dig fra brug af kaffe under benzodiazepinnedtrapningen. Det er et stimulerende stof, som er kendt for at forværre abstinenserne. Hvis du bruger kaffe for at væge dig imod migræne hovedpine, prøv så at finde et andet middel, som ikke indeholder kaffe. Du bør også holde fra alle andre stimulanser. Brug for eksempel ikke midler, der indeholder stoffet Efedrin. Det er en stimulant, som sandsynligvis vil forårsage uro, hvilket er det sidste, du har brug for under nedtrapning.

Læs også hvad Rik Roberts skriver om kaffedrikning.

## 27. Hvad med at spise søde sager under nedtrækningen?

Der er en stor mængde beretninger fra folk på nedtrækning om, at sukker kan forværre abstinenserne. I sin bog "Ud af pillerusen" antyder Shirley Trickett, at benzodiazepinnedtrækning forårsager lavt blodsukker. Det er én teori om, hvorfor sukker kan forårsage problemer under nedtrækningen. En anden er, at sukker kan stimulere produktionen af adrenalin. På samme måde som det kan forårsage overaktivitet hos børn, kan det forårsage øget uro under nedtrækning.

Uanset årsagen, er der betydelige vidnesbyrd om, at forbrug af slik, især i store mængder, i høj grad kan komplicere nedtrækningen.

Læs også hvad Rik Roberts skriver om sukker.

## 28 Hvad med at drikke alkohol under nedtrækningen?

Alkoholindtagelse, selv i relativt små mængder, er ikke tilrådeligt under benzodiazepinnedtrækning. Mange fortæller, at alkohol - et beroligende middel, som skulle forårsage nedsættelse af angst - faktisk øger abstinenserne, især derealisation og depersonalisation.

Selv om du synes, at alkohol har en beroligende virkning på abstinenserne, så medfører regelmæssig indtagelse af alkohol næsten altid, at helbredelsesprocessen forlænges. Selvom du er i stand til at nedtrække benzodiazepiner samtidig med at du regelmæssigt indtager, hvilket er usandsynligt, har du formentlig erstattet en afhængighed med en anden.

Læs også hvad Rik Roberts skriver om alkohol.

## 29. Hvad bør jeg spise (eller undgå) under nedtrækning?

Først og fremmest skal du formentlig drikke masser af vand, måske dobbelt så meget som du ellers drikker. Nogle synes, at det fremskynder helbredelsesprocessen. Beviset herfor er ikke endeligt. Imidlertid hjælper det af drikke store mængder af vand til at skylle giftstofferne ud af din krop og der er i almindelighed godt for fordøjelsen. Selvom det ikke giver nogen særlig lindring i abstinenserne, er det godt for helbredet i almindelighed.

Med hensyn til mad er der forskellige opfattelser af hvad man bør og ikke bør spise. Nogle mennesker udvikler fikse idéer med deres mad under nedtrækningen, og forbinder et nyt abstinenssymptom med den mad, de fornylig har spist, og antager at denne spise er noget de bør undgå under nedtrækningen.

I sin bog "Ud af pillerusen" anbefaler Shirley Trickett (se punkt 27 ovenfor) en sukkerfattig diæt. Den består af tre små måltider om dagen og mindst 2-3 mellemmåltider. Diæten består groft set af lige dele sammensatte kulhydrater, protein og fedt med meget lidt eller intet sukkerindtag.

Hvilken diæt du end finder passende, er det vigtigste, at det er en sund diæt. Mens beviserne med hensyn til virkningen af en bestemt fødevarer i forhold til en anden ikke er klare, er der stærke beviser for, at en sund kost gør nedtrækningen lettere. Man kan også se omvendt på det: Når du spiser junkfood, protesterer din krop og du får det dårligt. Dett er også tilfældet, når du ikke nedtrækker, men det er mere sandt når du nedtrækker fordi din krop i forvejen er i en traumatisk tilstand. Traumaet vil så at sige forstærkes af en usund kost.

Der er spredte meninger om hvad der er sund kost og ernæring under nedtrækning, og at diskutere dem alle er udenfor denne FAQ's område. Hvis du er interesseret forskellige meninger om dette emne, så forhør dig hos "the Benzo Group", hvor der ikke er mangel på opfattelser om emnet.

## 30. Jeg ryger. Skal jeg holde op under nedtrækningen?

Nikotin, som er det primære stof i tobak, er et afhængighedsskabende beroligende middel ligesom benzodiazepiner, selvom det er meget anderledes i kemisk sammensætning og virkemåde. Til forskel fra benzodiazepinerne, er det primære abstinenssymptom af Nikotin en trang til stoffet. Imidlertid er der andre symptomer, især uro og søvnløshed, der kendes som Nikotinabstinenser. Derfor er det ikke tilrådeligt at ophøre med Nikotin mens du afgiftes fra benzodiazepiner. Hvis du gerne ophøre med at ryge (hvad der altid er en god idé for helbredet) , er det at foretrække, at du gør dette før du begynder på benzodiazepinavgiftning. Lykkes det ikke, bør du vente med at ophøre med cigaretterne til du er helt helbredt for benzodiazepinabstinenser.

Den eneste undtagelse herfor er, hvis du er gravid. I så fald er det bedst straks at ophøre med at

ryge. Benzodiazepinavgiftning bør også foretages under graviditeten, da der er klar medicinsk bevis for, at et barn født af en benzodiazepinafhængig mor vil få symptomer svarende til benzodiazepinabstinenser. Hvis du er afhængig af et benzodiazepin og er gravid, er det tilrådeligt med en hurtigere nedtrækning end det almindeligvis er ønskeligt. Avgiftning under graviditet, såvel som i andre situationer, bør ske i samarbejde med en læge, som er velkendt med benzodiazepinafhængighed.

### **31. Skal jeg motionere under nedtrækningen?**

Ja, pålidelige undersøgelser viser, at motion kan mindske både angst og depression. Nogle mennesker tror, at motion kan forkorte nedtrækningsforløbet.

Kraftig motion er ofte vanskeligt for folk i nedtrækning, da det øger adrenalinen, som kan øge abstinenserne. I nogle tilfælde har folk berettet om panikanfald efter kraftig motion. Hvor du er ude af stand til at slippe for kraftig motion, anbefales det, at du indskrænker det til de mindst skadelige øvelser. En frisk spadseretur er en god form for motion, som nogle fortæller har en umiddelbar beroligende virkning. Relativ u-anstrengende svømning er også en god mulighed.

### **32. Jeg lider forfærdeligt af søvnløshed under nedtrækningen. Kan jeg tage noget for at sove?**

Der er forskellige meninger om dette emne. På den ene side skulle det ikke forhale helbredelsesprocessen at tage en håndkøbsmedicin med beroligende egenskaber, og på den anden side føler nogle, at næsten enhver medicin forværrer deres abstinenser. Mange andre har imidlertid fundet forskellige syntetiske og organiske midler egnede som hjælp til at sove. Dette er bl.a. antihistaminer (som Benadryl), Baldrian (Valeriane), kamille te, varm mælk, og melatonin.

Det er vigtigt under nedtrækningen at være tilbageholdende med at tage nogen som helst psykoaktive kemikalier, både organiske og syntetiske. Derfor er det klogt at undgå sovemidler, hvis du kun lider af lettere søvnløshed. Er din søvnløshed derimod alvorlig, som den ofte kan være i visse stadier af nedtrækningen, kan du overveje hjælpemidler til at sove, især fordi manglende søvn kan forværre abstinenserne.

Det burde være unødvendigt at sige, at du ikke må tage en anden benzodiazepin for at sove. Den hjælper dig måske til at falde i søvn, men det er det samme som at øge dosis og at modarbejde din helbredelsesproces. Det samme gælder i forskellig grad for barbiturater, alkohol, opiater og narkotika.

Du bør også undgå medicinerne Zolpidem, Zopiclon og Zaleplon, nogle beroligende midler, som teknisk set ikke er et benzodiazepin, men er meget lig virkningsmæssigt set.

Alle de ovenfor nævnte håndkøbsmidler til at sove og beroligende urtemedicin, kan være nyttige. Det ses dog ofte, at der hurtigt kan udvikles tolerance overfor søvnevirkningen ved disse midler. Det anbefales derfor, at du skifter mellem mere et par eller flere midler således, at et middel ikke bruges mere end 2 - 3 gange på en uge.

Det er værd at lægge mærke til, at næsten alle beroligende midler, inklusive antihistaminer, kan medføre paradoksale symptomer med uro og øget søvnløshed hos nogle brugere. Hvis du føler, at et af dine sovemidler forværrer dine abstinenser, så ophør straks med det middel.

Læs også hvad Rik Roberts skriver om at sove.

### **33. Hvad kan jeg tage mod smerter under nedtrækningen?**

Mange mennesker får muskel og ledsmerter under nedtrækningen. Dette sker i forskellige grader. Kun en lille brøkdelen har rapporteret om dårlige virkninger af smertestillende midler i håndkøb. Disse bør bruges i første omgang. Brug ikke receptpligtige smertestillende midler, med mindre dine smerter er ekstremt belastende.

### **34. Er der nogen medicin, som er kendt for at vanskeliggøre nedtrækningen?**

Ja, der er til dels bevis for, at antibiotika kan vanskeliggøre nedtrækningen. Det anbefales imidlertid ikke, at du afstår fra at tage antibiotika ordineret af din læge for en mulig alvorlig lidelse. Nogle har faktisk afstået fra antibiotika mod lungebetændelse mens de nedtrappede. Vær klar over, at sådan en beslutning tages for egen risiko.

Der er utvivlsomt andre midler, som ligesåvel kan vanskeliggøre nedtrappingen. Vær forsigtig, men vær også opmærksom på helbredsmæssige problemer, som ikke har noget med abstinenser at gøre.

### **35. Jeg er godt undervejs i nedtrappingen, men mine symptomer er ikke bedre, snarere værre. Hvornår kan jeg regne med, at jeg får det bedre?**

Det er umuligt at sige. Nogle gange begynder folks symptomer at bedres før nedtrappingen er overstået, sommetider kort tid efter, og sommetider et godt stykke tid efter, at nedtrappingen er overstået. Det er vigtigt at huske på, at i alle tilfælde skrider helbredelsesprocessen fremad, hvadenten det umiddelbart kan mærkes eller ej, og du vil før eller senere få det bedre.

### **36. Min nedtrapping er overstået, og jeg havde det bedre i en periode, men nu har jeg det dårligt igen. Hvorfor?**

Det er helt typisk. Helbredelse efter benzodiazepin nedtrapping sker i ryk. Det faktum, at du har oplevet lindring betyder, at du vil opleve det igen. Som tiden går, vil der være længere og længere imellem disse tilbagevendende dårlige perioder, og efterhånden aftager de i styrke. Benzodiazepin nedtrapping gør dig sårbar for stress i ret lang tid efter, at du næsten helt helbredt. Det fortælles ofte, at folk har følt sig abstinensfrie i seks måneder, og så pludselig får de nogle kraftige abstinenser på grund af en traumatisk eller en stressende hændelse. Det er formentlig at få professionel rådgivning og støtte, hvis du vedbliver med at have angst længe efter din nedtrapping er overstået. Det betyder, at formålet med at afgifte dig selv i første omgang var, at at finde en alternativ mindre giftig måde at håndtere dine angstproblemer på.

### **37. Hvad er langvarige abstinenser af benzodiazepiner?**

Langvarige abstinenser kan ikke defineres entydigt. Mange mennesker, som ikke har oplevet benzodiazepinafhængighed, hvilket er omtrent halvdelen af alle, har ikke abstinenser i mere end omkring 30 dage. En del af problemet er, at lægen ser meget få mennesker med alvorlig benzodiazepinafhængighed, og når de endelig gør det, så misforstår og fejldiagnostiserer de symptomerne. Et andet problem er, at statistikkerne viser, at omkring 70% af de benzodiazepinafhængige kan gennemføre en nedtrapping på mindre end en måned. Det er imidlertid vigtigt at være klar over, at statistikken medregner det store antal mennesker, som kun har anvendt benzodiazepiner i nogle få uger eller måneder. For mennesker, som har brugt benzodiazepiner i årevis, er et 6 - 18 måneders nedtrappingsforløb faktisk det normale. For læger, som ikke har haft et tilstrækkeligt antal patienter under disse omstændigheder, ses det som "langvarigt", fordi abstinenser fra enhver anden stof sjældent varer længere end 30 dage.

Disse få læger og helbredte ofre, som fuldt ud forstår benzodiazepinafhængighed, ved at et 8 til 18 måneders forløb blot er det typiske resultat af enhver alvorlig afhængighed. I disse kredse defineres langvarige abstinenser som betydelige, svækkende og vedvarende (ikke ubetydelige eller af og til forekommende) symptomer, som varer mere end omkring et år efter totalt ophør med medicinen. Det ironiske er, at mens der foregår en debat blandt de uvidende om hvorvidt det meget almindelige forløb på 6 til 18 måneder findes, er der også en debat blandt folk under helbredelse og i afhængighedsmedicinske kredse om hvorvidt langvarige (ud over 18 måneder) abstinenser er et reelt fænomen. De fleste mennesker her tror det. Imidlertid vil nogen tillægge symptomer mange år efter at være en genopståen af det oprindelige problem, eller til en eller anden udiagnostiseret medicinsk eller psykiatrisk tilstand, eller til psykosomatiske besværigheder.

Dr. Ashton og andre tror, at langvarige abstinenser er et reelt fænomen. Hvad der forårsager det er ukendt. Imidlertid er der to ting at huske på om langvarige abstinenser. For det første, hvis du er i kategorien af mennesker med alvorlig afhængighed, er den statistiske sandsynlighed 1 af 10 for at du får langvarige abstinenser. Det er ikke langvarige abstinenser, hvis du har været ude af forbruget i to år og du ind i mellem oplever milde symptomer. Det er typisk. Hvis du har tydelige, svækkende symptomer efter et år, er det langvarige abstinenser og det er atypisk, men ikke uhørt. For det andet er der ikke noget bevis for, at benzodiazepinabstinenser kan være permanente. Selv i de sjældne tilfælde, hvor de varer i årevis, mindskes de gradvist over tid, indtil de er væk.

Når du nedtrapper, skal du ikke bekymre dig om, hvorvidt du får langvarige abstinenser. Det vil du sandsynligvis ikke. Og selvom du gør, kan det håndteres hvis og når du kommer dertil.

### **38. Kan jeg anvende 12-trins programmet ligesom Anonyme Narkomaner for at hjælpe mig ud af benzodiazepinafhængigheden?**

Det er et personligt valg, og der er forskellige meninger i "foreningen for benzohelbredelse". Faktisk har dette emne været debatteret i the Benzo Group (se punkt 40 nedenfor) mere end én gang.

Nogle mener, at de fleste mennesker med benzodiazepinafhængighed ikke er medicinmisbrugere. de er snarere mennesker, som har taget medicinen i henhold til lægens anvisninger imod en særlig medicinsk eller psykologisk tilstand, har aldrig overskredet den anbefalede dosis, har aldrig oplevet at være "høje" eller berusede af medicinen, og har aldrig oplevet en særlig trang til medicinen. Det er her udtrykket "den uheldigt afhængige" stammer fra. Ofte føler folk, som passer i dette mønster, at 12-trins programmet som i NA ikke er noget for dem, fordi denne fremgangsmåde henvender sig til folk for at undgå misbrugsadfærd. Folk med benzodiazepinafhængighed søger ofte støtte og hjælp til at klare deres abstinenser, og har ikke brug for træning i at undgå misbrugsadfærd.

Atter andre føler, at disse fremgangsmåder ikke bare har hjulpet dem, men føler, at de ikke ville være i live i dag uden dem. Det er vigtigt at bemærke at en stor procentdel af benzodiazepinafhængighed udviser misbrugsmønstre. Det tydeligste tegn er doser langt ud over, hvad lægen har ordineret, og/eller man har en fortid med misbrug af andre stoffer måske samtidig med benzodiazepiner. 12-trins programmet passer bedre til mennesker i denne kategori.

En faktor, som mange har fået hjælp af i nedtrappingsprocessen er åndelighed, dvs. en form for forbindelse til højere magter. Nogle mener, at 12-trins programmet hjælper dem til at forstå vigtigheden af åndelighed. Andre har fundet deres egen åndelighed uden hjælp af sådant et program.

### **39. Hvem er dr. Ashton?**

Dr. med. Crystal Heather Ashton er en engelsk psykofarmakolog (ekspert på psykiatrisk medicin), som har ledet en klinik for benzodiazepin nedtrapping i Newcastle, England i årene 1982 til 1994. I den periode nedtrappede hun 300 patienter, men høj grad af succes. Hendes doktorgrad er medicinsk. En af hendes udgivelser er en beskrivelse af hendes 50 første tilfælde. I den undersøgelse fik kun 3 patienter tilbagefald, og de resterende gennemførte med forskellige resultater på langt sigt - de fleste positive. Dr. Ashton er utvivlsomt en af verdens dygtigste autoriteter på benzodiazepinafhængighed og helbredelse.

Dr. Ashton skifter altid sine patienter til Diazepam (se punkt 16 ovenfor) naturligvis med mindre de allerede er afhængige af Diazepam. Hun anbefaler altid en meget langsom nedtrapping.

Hun har skrevet en vejledning til offentligheden. Den kan læses her. Denne vejledning er en fortræffelig kilde for enhver, der vil begynde på en benzodiazepin nedtrapping. Dr. Ashton er ikke bare ekspert på området, hun er en af de mest vidende. Hun er meget mere vidende end denne forfatter.

### **40. Hvad er "the Benzo Group"?**

Benzogruppen er en email-skrivesammengruppe, der består af folk på forskellige trin af benzodiazepinafhængighed og helbredelse. Nogle er endnu ikke begyndt på en nedtrapping, andre er i gang, og andre har gennemført deres nedtrapping og har stadig abstinenser. Atter andre fuldstændig helbredte og skriver til gruppe for at støtte dem, der stadig er i helbredelsesprocessen. Du kan melde dig til denne gruppe på adressen: <http://groups.yahoo.com/group/benzo/>

Der er andre email-grupper om forskellige emner på Yahoo's hjemmeside, herunder benzofree. Denne gruppe er for folk, somer helt ophørt med benzodiazepiner. Det er et forum for hyldelse til friheden fra afhængighed og synes at være orienteret imod 12-trins filosofien mere end i "the Benzo Group". Der er imidlertid mange, som er medlem af begge grupper.

### **41. Er der andre kilder til information, som kan hjælpe mig til at forstå benzodiazepinafhængighed og nedtrapping?**

Ja. Der er mange. Omtalen af de følgende engelske steder er ikke oversat til dansk.

Get the Ashton manual with detailed detoxification protocols here:  
<http://www.benzo.org.uk/manual/index.htm>

Here is perhaps the single best website regarding benzodiazepine dependency and withdrawal:  
<http://www.benzo.org.uk> This is growing very fast and should be consulted frequently for updated information on this issue.

Here again is the extremely comprehensive list of possible withdrawal symptoms mentioned above:  
<http://www.geocities.com/benzobusters/index.html>

Here is an excellent site that contains references to hundreds of articles and books on benzodiazepines: <http://www.benzodiazepines.net>

Here is a good site that addresses the issue of managing and recovering from panic disorder without the use of benzodiazepines. It contains many helpful links and references.  
<http://home1.gte.net/panicdoc/>

The "Benzodiazepine Angst Webring" contains these sites and many other helpful ones. You can start here: <http://nav.webring.yahoo.com/hub?ring=benzo> or at any of the individual sites.

#### **Here are some other websites of interest:**

Detoxification: Principles and Protocols: <http://www.asam.org/publ/detoxification.htm> (This is the website for the American Society of Addiction Medicine. There is some valuable information here, but you have to separate the wheat from the chaff. For example, there is a benzodiazepine equivalency chart here that is extremely inaccurate.)

KLONOPIN: Little Known Facts:  
<http://neuro-www.mgh.harvard.edu/forum/PanicDisordersF/1.16.991.40AMKLONOPIN.LittleKn>

Bristol and District Tranquilliser Project:  
<http://www.epost.co.uk/charities/bdtranq.html>

HYPNOTICS, SEDATIVES AND ANXIOLYTICS:  
<http://www.mssm.edu/pharmacology/PharmCourse/Syllabus1998/56-57/56-57.html>

ICFDA: <http://www.drugawareness.org/>

Roche's latest Klonopin Monograph: <http://www.rocheusa.com/products/klonopin/pi.html> (This is the pharmaceutical company's own information. There is detailed pharmacological information here. However, bear in mind that Roche and other companies who manufacture benzodiazepines offer slanted views on the severity of withdrawal for long time users, for obvious reasons.)

The Merck Manual - Home Edition, Sec. 7, Ch. 92, Drug Dependence and Addiction:  
[http://www.merck.com/pubs/mmanual\\_home/sec7/92.htm](http://www.merck.com/pubs/mmanual_home/sec7/92.htm) (Again, you need to separate the wheat from the chaff here. For example, the Merck Manual, a mainstream publication, takes the position that barbiturate withdrawal is more severe than benzodiazepine withdrawal. This is almost certainly false. Although the symptom profile is very similar, barbiturate withdrawal typically passes in no more than 30 days after discontinuance, and usually less time than that.)

Management of Withdrawal Symptoms and Relapse in Drug and Alcohol Dependence:  
<http://www.aafp.org/afp/980700ap/miller.html>

American Family Physician: Addiction - Part I Benzodiazepines:  
<http://www.aafp.org/afp/20000401/2121.html>

Classification of Tremor and Update on Treatment - American Academy of Family Physicians:  
<http://www.aafp.org/afp/990315ap/1565.html>

#### **Two particularly excellent books on benzodiazepine dependence and recovery:**

The Accidental Addict by Porritt and Russell. This one is essentially out of print, but can be ordered here: <http://www.geocities.com/benzobusters/index.html> Copies are running out, so get it while you can. It is excellent.

Freeing Yourself From Tranquillizers, by Shirley Trickett. This one is in general circulation and can be ordered from <http://www.amazon.com> or on special order through any reputable book store. The title of this book in the UK is "Coming off Tranquillizers, Sleeping Pills & Anti-depressants." It is an odd title, because the book has very little to do with coming off of anti-depressants. It is basically a book about benzodiazepine dependency and withdrawal.

**Council for Involuntary Tranquilizer Addiction: C I T A**  
Cavendish House, Brighton Road,  
Waterloo, Liverpool L22,  
ENGLAND 5NG

Tel: 0151 474 9626,

FAX 0151 284 8324,  
Helpline: 0151 949 0102

It is rumored that there will be other books on the subject published soon.

The above list of references, along with the entire archived history of posts at the Benzo Group, also serves as the bibliography for this F.A.Q. It is this body of information that this author has used as a basis for the facts and opinions stated herein.

The reader is encouraged to do his or her own research, as there are undoubtedly more resources both on the Internet and in print which are relevant to this topic. Any reader who uncovers such information is encouraged to bring it to the Benzo Group.

\*\*\*\*Rescue Remedy er et produktnavn. This F.A.Q. hverken opmundtrer eller fraråder dig at bruge noget specifikt produkt.

(Revideret 15.april 2001) Slut på F.A.Q. version 1.1.

