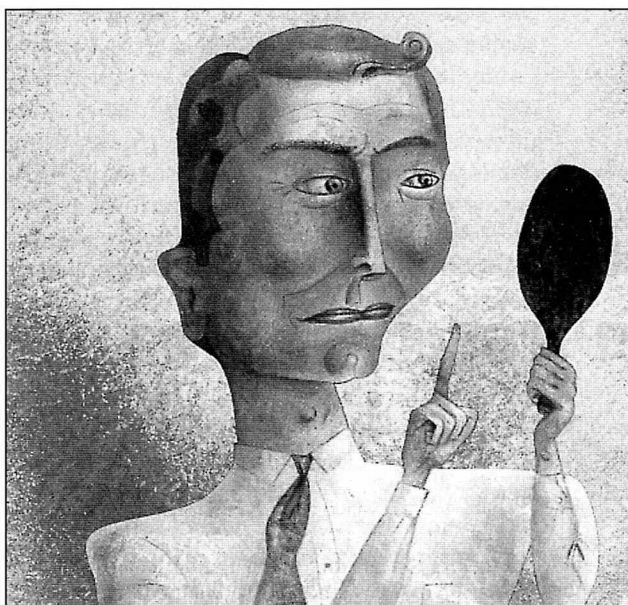


Psykofarmakaafhængighed i et brugerperspektiv

Et stort antal danskere er afhængige af nerve- og sovemedicin.
Men hvordan opleves dette af brugerne?

Af Ebba Holme Hansen og
Stig Helweg-Jørgensen



Tegning Blair Dawson

Der findes ingen korrekte opgørelser over, hvor stor andel af brugerne af nerve- og sove- medicin, der bliver afhængige af be- handlingen. Et forsigtigt skøn lig- ger på ca. 100.000 mennesker. Me- dicinafhængighed indebærer store menneskelige omkostninger, men på trods heraf er vores viden om brugernes situation yderst sparsom.

Denne artikel er et led i et pro- jekt, som har til formål at doku- mentere benzodiazepinafhængiges problemer fra et 1. persons perspek- tiv. Vi undersøger lægemiddela- fhængigheden fra et brugerperspek- tiv og går herved tættere på den en- kelte brugers subjektive oplevelse af afhængigheden. Hvad er det for problemer og situationer, der fører til brug af nerve- og sovemedicin? Hvordan oplever brugerne medici- nens virkninger? Hvordan opdager medicinbrugerne at være blevet af- hængige? Hvordan kommer man ud af det igen? Og hvilken hjælp får man? Det er nogle af de spørgsmål, vi har stillet i projektet.

Vore resultater er baseret på dyb- deinterviewing af 50 mennesker, som har oplevet medicinafhængig- hed. De fleste af vore informanter

har reageret på en annonce, der efterlyste brugere, som gerne ville stille deres erfaringer med langtidsbrug af benzodiazepiner til rådighed for projektet. Det drejer sig altså ikke om en repræsentativ stikprøve af alle benzodiazepinbrugere.

Nogle af informanterne er på interviewtidspunktet kommet ud af det, mens andre stadig kæmper med deres afhængighed af medicinen. På trods af den meget forskelligartede baggrund, der oprindeligt førte til medicinudskrivningen, gennemlever brugerne nogle karakteristiske og ensartede forløb. Et eksempel på, hvor galt det kan gå, er her beskrevet i komprimeret form:

Jan havde en mor, som var læge. Moderen var afhængig af Restenil (meprobamat, en ældre type nervemedicin). Hun havde angstanfald og turde generelt ikke gå rundt alene på gaden. Jan var derfor i hele sin barndom nødt til at følge hende, når hun skulle i byen. Da Jan senere skulle til eksamen og blev nervøs, foreslog hans mor, at han tog en halv Restenil for at kunne styre angsten. Som voksen fik han arbejde et sted, hvor der var mange kvinder. Han var lidt bange for kvinder og det var svært at være på arbejdspladsen.

Jan gik til lægen og spurgte, om der ikke "fandtes et eller andet". Han fik så Temesta (nervemedicin af benzodiazepingruppen), som blev brugt i en længere årrække efter behov. Men der blev kortere og kortere mellem angstanfaldene, og på et tidspunkt gik Jan over til at tage piller fast hver dag. Han havde tidligere, og også i starten af sin karriere, dyrket løbesport på meget ambitiøst niveau, men denne affødte på et tidspunkt en knæskade. Jan fik efter nogle år en invalidepension på grund af dette. Smerter fra knæet medførte også, at han fik ordineret Kodein og Temesta i et slags parløb, hvor Kodein kunne kvikke ham op, mens Temesta kunne berolige ham. Han vendte døgnet rundt og var vågen om natten, hvor han bl.a. sad og skrev. Dette passede ham godt, da han efterhånden var blevet relativt menneskesky. Efter i alt 16 år på tabletterne var han kommet op på 15 stk. Temesta og 15 stk. Kodein i døgnet. Dette fungerede efter hans egen opfattelse fint. Han var dog, specielt i forhold til sin kone, bekymret over sin tiltagende "narkomanadfærd", og ønskede derfor at blive trappet ud. Han læste også en del avisartikler om emnet, hvilket

motiverede ham yderligere for at stoppe. Hans egen læge foreslog at han skulle trappe ud på 8 dage og samtidigt starte op på Cipramil (antidepressivum/"lykkepiller"). På baggrund af sin viden om pillerne nægtede han at gå ind i et så drastisk afvænningsforløb. Derimod startede han på Cipramil, men da de ikke havde nogen effekt, stoppede han igen. Han gav sin læge en stor artikel om medicinafhængighed. Han forsøgte også at blive indlagt til nedtrapning på en psykiatrisk afdeling, men blev afvist, da man mente at det ikke var noget, der hørte ind under psykiatriens arbejdsområde. Jan kontaktede en psykolog, men syntes ikke at han havde råd til selv at betale for dette i længden. Til sidst besluttede han sig for selv at trappe ned fra dag til dag, en "kold tyrker". Han vidste godt, at det ikke var en god måde at gøre det på, men var på det tidspunkt så desperat over sin fastlåste situation, at nu skulle der ske noget. Den praktiserende læge forsynede ham med en større mængde Fenemal (barbiturat, ofte brugt som kramper og abstinens medicin). Han styrede selv sit Fenemalindtag. På andendagen i nedtrapningen havde han spist næsten al Fenemalen. Han havde spist alt for mange, idet han havde mistet fornemmelsen for tid. Han lagde sig dernæst til at sove, men vågnede ikke op igen. Jan døde af en kombination af abstinenser, for meget Fenemal, mangel på information og behandlingsmuligheder.

I det følgende beskrives, på tværs af brugerne, de karakteristiske faser i forbrugs- og afhængighedsforløbet, som er kommet frem gennem interviewanalyserne.

1. fase: Før brugen begynder

Næsten alle vore informanter kan karakteriseres ved, at der er blevet stillet store krav til dem i barndom og opvækst. Det kan dreje sig om, at de har haft det primære ansvar for deres (syge) forældre eller for deres søskende, eller at de har mistet en eller begge forældre. Nogle forældre har lidt af angst eller været afhængige af alkohol og piller, som tilfældet var for Jans vedkommende. Der er mange eksempler på, at forældrene har været krævende med hensyn til børnenes præstationer, ofte ledsaget

af stærk kritik. Typisk har etablering eller oprettelse af en ydre facade, været det afgørende omdrejningspunkt i familien. Som konsekvens af opvæksten stiller brugerne i voksenlivet store krav til sig selv, ofte kombineret med lavt selvværd.

2. fase: Forbruget starter

Den første ordination af medicinen sker i relation til tre typer af begivenheder og stress: 1) dødsfald blandt nærtstående, fx et barn eller en af forældrene, der dør eller begår selvmord, 2) en forestående begivenhed, fx eksamenspræstation eller sceneoptræden eller 3) i relation til en rent fysisk begivenhed, fx operation. Jans præstationsangst hører til gruppe 2.

3. fase: Instrumentel brug

Ved kontinuert brug strækker denne fase sig typisk over et halvt år, men den kan va-

re adskillige år, hvis medicinen kun bruges af og til, som i Jans tilfælde. Medicinen bruges her som et redskab til at klare hverdagslivets krav og til at opretholde facaden. Brugerne oplever, at de kan gennemføre præstationer, som de ikke kan klare uden medicinen, fx at gå til fest, møder eller gå på arbejde. De kan være "som en klud" bagefter, men føler at de "har klaret det". En typisk kommentar er, at "ingen i mine omgivelser har lagt mærke til noget". I fase 3 er brugerne meget tilfredse med medicinen.

4. fase: Behov installeret

Denne fase er karakteriseret ved at der er blevet installeret et kropsligt behov for stoffet. Behovet kan have forskellig styrke, men bliver ganske hurtigt meget dominerende i den afhængige brugers liv. Når behovet ikke opfyldes giver abstinenssymptomerne angst, rysten og intenst ubehag. I Jans eksempel giver det sig udtryk i at

Fase	I	II	III	IV	V	VI
	Før	Ordination	Instrumentel brug	Behov installeret	Ophør	Efter
Livs-betingelser	Belastet opvækst	Stress	Øget socialitet	Øget isolation	Øget isolation	Øget socialitet
Handle-strategier	?	Læge-konsultation	Lejlighedsvis lægemiddel-anvendelse mod sociale problemer	Jævn indtagelse mod kropsligt/ psykisk ubehag	Nedtrapning	Psykologisk bearbejdning
Personlig erfaring	?	Angst/krise/ søvn-problemer	Tilfredshed med medikament	Abstinens. Medicin "livsvigtig"	Abstinens. Ekstremt ubehag	Øget frihed. Indgangs-krise genopstår. Abstinens aftager

hans nærmeste omgivelser opfatter hans adfærd som "narkomanagtig". Lægelige kontrolstrategier involverer ofte forsøg på at substituere benzodiazepiner med SSRI-præparater, at henvise til andre eksperter eller mere eller mindre mislykkede forsøg på nedtrapning. Et fællestræk i denne undersøgelse er at både brugernes og lægernes kontrolforsøg over for et escalerende forbrug mislykkes. Det ser ud til, at det, der virkelig kontrollerer forbruget for de langtidsafhængige, er de escalerende kropslige impulser til at tage stoffet.

5. fase: Ophør

Hvis ønsket opstår at opføre med medicinen, er det et fælles træk på tværs af brugerne, at det er meget svært at få hjælp. Den manglende viden omkring nedtrapning er slående. I Jans tilfælde ses at han bliver præsenteret for et forslag om at nedtrappe en enorm mængde af benzodiazepiner og Kodein på 8 dage under dække af Cipramil, som i denne sammenhæng må betegnes som virkningsløst. Nogle af brugerne indleder en længere henvisningskæde af forskellige eksperter, der så tilbyder forskellige og ofte modstridende forklaringer på problemerne. Det er også typisk at brugerne, som Jan her, selv forsøger at finde hjælp til deres nedtrapning, men uden succes, da der ikke findes nogen offentlige specialiserede behandlingstilbud til denne gruppe af patienter. De få brugere der, på trods, får den hjælp de har brug for er yderst taknemmelige. Nedtrapning er for alle brugerne forbundet med stor lidelse og ekstreme abstinenser. Jo hurtigere nedtrapning, jo stærkere abstinenser.

6. fase:

Efter – at konfrontere nye problemer

Efter et overstået afhængighedsforløb er det almindeligt, at brugerne bliver meget vrede på deres læge og/eller sig selv. Bebrejdelserne går primært på, at "jeg har spildt en masse år af mit liv". Desuden skal en række problemer nu konfronteres. De problemer, man oprindeligt fik benzodiazepiner for, kan komme frem igen. Ofte har brugerne benyttet benzodiazepiner

som strategi til håndtering af angst, og her skal der udvikles nye strategier. Dertil kommer abstinenser fra lægemidler, som kan bestå i op til år efter ophør med medicinen.

Det forbrug, som senere bliver til afhængighed, er initieret i sundhedsvæsenet, typisk af en praktiserende læge. Brugernes kontakt er oftest affødt af, at de har været i en stresset situation, som kan bunde i mange forskellige (sociale) problemer. I sundhedsvæsenet (om)defineres problemerne til sygdom, så de kan gøres tilgængelige for sundhedsvæsenets behandlingsstrategi. Denne strategi er den samme på tværs af brugerne: ordination af medicin. Hermed får brugerne også selv en opfattelse af at være syge og have behov for medicinen. Det er først langt senere, i forløbets fase 5 og 6, at brugerne begynder at forholde sig kritisk til medicineringen.

Konklusion

Langtidsbrugerne af nerve- og sovemedicin gennemlever et karakteristisk forløb. Medicinering iværksættes som en enhedsløsning for mange forskellige problemer. Medicinen bruges ofte til at opretholde en facade, men ender i en afhængighed med store menneskelige omkostninger.

Det er slående, hvor dårligt sundhedsvæsenet er rustet til at tage sig af vore informanternes problemer. Selv om brugerne i de første faser af forløbet generelt er tilfredse med behandlingen, giver de, der kommer igennem, udtryk for stor vrede over den fejlbehandling og manglende kompetence, de har været udsat for hos dem, der skulle være eksperterne. Det må konkluderes, at der er en stor mangel på hjælpemuligheder for disse mennesker i dagens Danmark.

Ebba Holme Hansen er professor i samfundsfarmaci ved Danmarks Farmaceutiske Højskole. Stig Helweg-Jørgensen er cand.psych., ansat ved Hvidovre Hospitals psykiatriske afdeling.