

# Stoppen met antidepressiva: stand van zaken en het multidisciplinaire perspectief

Afbouwen en stoppen met antidepressiva is een belangrijk onderwerp waarvoor terecht steeds meer aandacht is. Het langetermijngebruik van antidepressiva is voor een groep patiënten een effectieve behandeling en kan blijvend bijdragen aan iemands kwaliteit van leven. Tegelijk is dat niet voor iedereen zo. Veel patiënten stoppen op enig moment met hun antidepressivum omdat behandeling niet langer geïndiceerd is of vanwege hinderlijke bijwerkingen. Het gaat bij het stoppen met antidepressiva om drie centrale vragen: 1 'wanneer kan iemand stoppen'; 2 'wie kan er stoppen'; en 3 'hoe kan iemand het beste stoppen'? In dit artikel beschrijft de multidisciplinaire Klankbordgroep Afbouwen Antidepressiva de stand van zaken over het afbouwen en stoppen van antidepressiva vanuit de perspectieven van patiënt, huisarts, apotheker en psychiater. In dit artikel wordt door de recent opgerichte multidisciplinaire Klankbordgroep Afbouwen Antidepressiva een overzicht van de stand van zaken gegeven waar het gaat om het afbouwen en stoppen met antidepressiva. Hierbij worden ook de verschillende perspectieven vanuit de blik van de patiënt (en patiëntenverenigingen), huisarts, apotheker en psychiater belicht.

Christiaan Vinkers, Ingrid Arnold, Monique van den Eijnden, Helene van Gorsel, Josine van Hamersveld, Annemieke Horikx, Suzanne Ligthart, Menno Oosterhoff, Brenda Penninx, Sijbrand van de Tang, Eric Ruhé

## Klankbordgroep Afbouwen Antidepressiva

Zie voor de cv's van de auteurs: [www.psyfar.nl](http://www.psyfar.nl).

### Leerdoelen

Na het lezen van dit artikel

- weet u welke onttrekkingsverschijnselen u kunt verwachten bij het stoppen van antidepressiva
- hebt u een overzicht over de wetenschappelijke kennis over wie kan afbouwen en stoppen
- hebt u een overzicht over de wetenschappelijke kennis hoe u een antidepressivum het beste afbouwt en stopt

### Inleiding

Het gebruik van antidepressiva is voor een grote groep patiënten een effectieve behandeling en kan bijdragen aan iemands kwaliteit van leven, ook na (langdurige) remissie. Naar schatting gebruikt ongeveer 6% van de Nederlandse bevolking een antidepressivum waarvan ongeveer de helft voor depressie. Ook al neemt het langdurig antidepressivagebruik gemiddeld toe,<sup>1</sup> toch stoppen elk jaar honderdduizenden patiënten met hun antidepressivum. Dat kan zijn vanwege langdurige remissie (de antidepressiva zijn dan niet meer nodig), bijwerkingen (bijvoorbeeld seksuele bijwerkingen, emotionele afvlakking of gewichtstoename), of omdat medicijngebruik gevoelsmatig volledig herstel in de weg staat.<sup>2</sup> Er zijn drie centrale vragen bij het stoppen met antidepressiva: 'wanneer kan iemand stoppen'; 'wie kan er stoppen'; en 'hoe kan iemand het beste stoppen'? In dit artikel beschrijft de multidisciplinaire Klankbord-

groep Afbouwen Antidepressiva de stand van zaken over het afbouwen en stoppen van antidepressiva, vanuit de perspectieven van patiënt, huisarts, apotheker en psychiater.

### Wanneer kan iemand stoppen?

Diverse richtlijnen adviseren om antidepressiva gedurende een bepaalde periode na remissie te blijven gebruiken, maar variëren in de aanbevolen periode. Dit is afhankelijk van het land, de aandoening en de psychiatrische voorgeschiedenis.<sup>3,4</sup> Doorgaan met het antidepressivum halveert gemiddeld het recidief risico voor een depressie.<sup>1</sup> In de Nederlandse Multidisciplinaire richtlijn Depressie wordt aangeraden om minimaal zes maanden door te behandelen met een antidepressivum na één depressieve episode, en minimaal één jaar na meerdere depressieve episodes. Bij de Nederlandse Multidisciplinaire Richtlijn Angststoornissen wordt geen concrete gebruiksduur genoemd, al wordt vermeld dat de recidiefkans na stoppen kleiner is na één jaar vervolgbehandeling dan na een half jaar. Soms is langer doorgaan met antidepressiva rationeel en aangewezen de meest rationele keuze, vooral bij een voorgeschiedenis van meerdere en ernstige episodes van een angst- of depressieve stoornis. Dit kan ook op verzoek van een patiënt gebeuren.

De meeste kennis over het passende moment van afbouwen komt uit stopstudies die aantonen dat onderhoudsbehandeling na remissie het risico op terugval gemiddeld halveert in vergelijking met het omzetten naar placebo.<sup>5-8</sup> Deze geblindeerde studies hebben het voordeel dat ze mogelijke nocebo-effecten (d.w.z. het effect dat patiënten weten dat hun antidepressiva gestopt zijn en daardoor klachten krijgen) verminderen, maar zijn vaak door farmaceutische industrie gefinancierd en richten zich op patiënten met ernstige en/of chronische depressies. Daarnaast gaat het om kortdurende stopstudies die antidepressiva meestal abrupt vervangen door placebo in plaats van geleidelijke afbouw.<sup>6</sup> Hiermee is het lastig om antidepressivumdiscontinueringssymptomen (ADS, tabel 1) en terugval van elkaar te onderscheiden. Een belangrijk kritiekpunt op deze studies is daarom dat ADS meestal worden gelabeld als een terugval. Opvallend is dat er geen gerandomiseerd onderzoek is gepubliceerd waarbij specifiek het effect van de *duur* van het antidepressivagebruik is vastgesteld bij patiënten die na herstel (geleidelijk) afbouwen. Een dergelijke studie zou kunnen laten zien of de duur van de voortgezette behandeling invloed heeft op de terugvalkans.

De optimale tijdsduur van voortgezet antidepressiva-gebruik na remissie is dus grotendeels onontgonnen ter-

rein. In de praktijk zal een stopbeslissing voortvloeien uit gezamenlijke besluitvorming tussen arts en patiënt. Er is dus nauwelijks wetenschappelijke evidentie om de keuze te kunnen onderbouwen.

### Wie kan er stoppen?

Naast de vraag *wanneer* iemand kan stoppen, is ook de vraag *wie* op kortere of langere termijn wel of juist niet kan stoppen met antidepressiva en welke individuele voorspellers er zijn voor terugval belangrijk. Een systematische review probeerde voorspellers te identificeren van het *individuele* risico op terugval (of recidief) na het stoppen met antidepressiva,<sup>9</sup> maar vond weinig bewijs voor betrouwbare voorspellers. Restklachten en het aantal eerdere episodes zijn consistent terugkerende en plausibele risico-indicatoren, ook al zijn er weinig studies van goede kwaliteit en met een voldoende aantal deelnemers. Op dit moment is er te weinig overtuigend bewijs voor betrouwbare voorspellers van terugval. Prospectieve data met betrouwbaar gemeten terugval en kenmerken van de persoon, het antidepressivum en de manier van afbouwen kan predictiemodellen opleveren die wel overtuigend bewijs voor risicofactoren opleveren.

### Hoe kan iemand het beste stoppen?

ADS in enige vorm (tabel 1) komt bij 27% tot 86% van de patiënten voor, al zijn deze cijfers waarschijnlijk vertekend en ontbreken harde gegevens (zie verderop).<sup>10,11</sup> ADS komen relatief vaker voor bij antidepressiva met een kortere eliminatiehalfwaardetijd, zoals venlafaxine en paroxetine. Over de duur van ADS wordt wisselend gerapporteerd in onderzoeken. Het merendeel van de ADS verdwijnt na enkele dagen tot weken. ADS treden meestal op binnen enkele dagen na het (abrupt) staken of verminderen van de dosering van een SSRI of SNRI (meestal in de lagere doseringsranges). Er is veel minder bekend over ADS bij tricyclische antidepressiva (TCA's), overige antidepressiva (zoals mirtazapine) en MAO-remmers, maar er worden acathisie, parkinsonisme, cognitieve stoornissen en hartritmestoornissen gerapporteerd (wellicht door anticholinerge 'rebound').

Methodologisch goed onderzoek naar de incidentie van ADS is schaars. De eerdergenoemde ADS-schattingen zijn waarschijnlijk eerder te hoog dan te laag. Dat komt doordat de incidentie van ADS wordt geschat binnen geselecteerde populaties (bijvoorbeeld patiënten die al eerder problemen met stoppen hadden) en er ook responsbias kan zijn (mensen met ernstige ADS zullen bijvoorbeeld vaker reageren op oproepen/enquêtes). Naast de mogelijke selectiebias en responsbias speelt ook mee dat er

**Tabel 1** Antidepressivumdiscontinueringssymptomen (ADS) gerapporteerd bij SSRI's en SNRI's (acroniem: FINISH).

<b>F lu-like</b>	griepachtige verschijnselen: hoofdpijn, lethargie, zweten, rillingen, moeheid, eetlustvermindering, spierpijn
<b>I nsomnia</b>	slaapstoornissen: slecht inslapen en nachtmerries
<b>N ausea</b>	gastro-intestinale symptomen: misselijkheid, braken, diarree en anorexie
<b>I mbalance</b>	evenwichtsproblemen: duizeligheid en coördinatioestoornissen
<b>S ensory</b>	sensorische symptomen: sensaties van elektrische schokken, paresthesieën en palinopsie (aanhouden van nabeelden)
<b>H yperarousal</b>	psychische klachten: angst, somberheid en prikkelbaarheid/irritatie of het optreden van (hypo)manie (ontremming)
<b>overige</b>	extrapiramidale verschijnselen zoals bewegingsstoornissen en tremoren; cognitieve stoornissen en hartritmestoornissen

bij onderzoeken waarin sprake is van ongeblindeerd afbouwen niet wordt gecontroleerd voor nocebo-effecten. Als iemand weet of denkt dat hij afbouwt en verwacht daar problemen mee te krijgen, dan zal iemand vaker last krijgen van ADS. Nocebo is dus de 'negatieve' versie van het placebo-effect. Ter illustratie: in dubbelblinde studies kreeg een flink gedeelte van de patiënten die niet afbouwden als gevolg van het nocebo-effect alsnog last van klachten die gerapporteerd werden als ADS. Een complicerende factor is dat het onderscheid tussen ADS en terugval van de oorspronkelijke aandoening soms moeilijk te maken is.<sup>12,13</sup> Het gaat om overlap-pende symptomen van specifieke lichamelijke en psychische aard die zowel bij ADS als terugval kunnen passen. Kenmerkend voor ADS is dat ze binnen enkele uren tot dagen na een dosisverlaging optreden en snel verdwijnen bij terugkeer naar de eerdere dosering zonder ADS. Een terugval of recidief treedt doorgaans pas weken tot maanden na het staken of verlagen van dosering op en zal op een doseringsverhoging meestal niet meteen reageren.

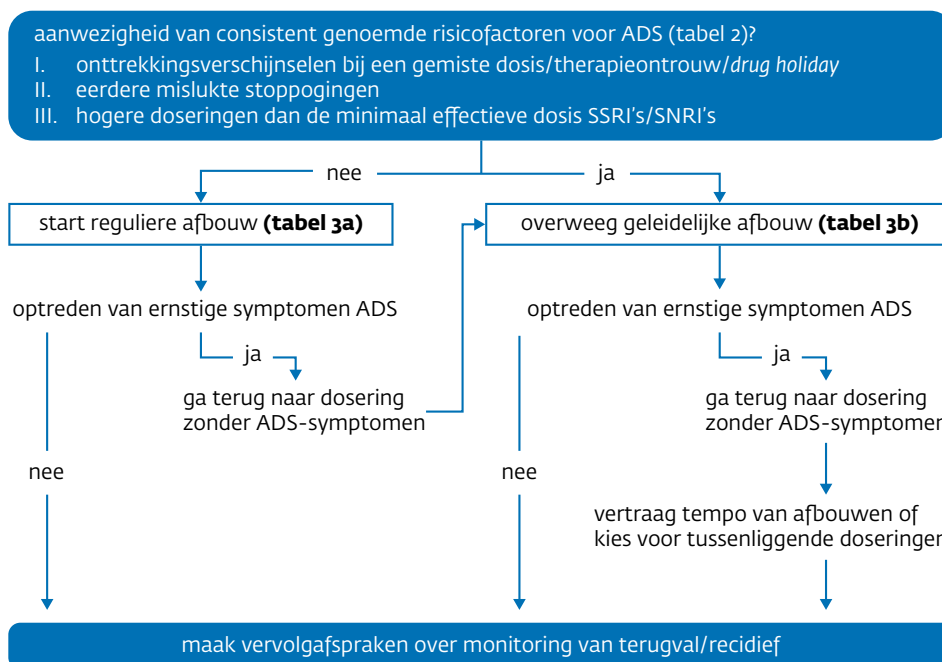
### Hoe snel moet je afbouwen?

De centrale vraag *hoe* iemand het beste kan stoppen met antidepressiva is momenteel niet goed te beantwoorden. Dat blijkt ook uit een recente Cochrane review waarin werd geconcludeerd dat er geen harde conclusies te trekken zijn over de effectiviteit en veiligheid van de tot nu toe bestudeerde afbouwstrategieën, ook omdat alle geïncludeerde studies een hoog risico op bias vertoonden.<sup>14</sup> Dit heeft niet alleen te maken met het door elkaar lopen van ADS en terugval van angst en depres-

**Tabel 2** Risicofactoren voor het optreden van ADS bij het afbouwen van SSRI's en SNRI's.

<b>A</b>	<b>risicofactoren voor ADS die consistent worden genoemd in de literatuur</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• onttrekkingsverschijnselen bij een gemiste dosis/ therapieontrouw/<i>drug holiday</i></li> <li>• eerdere stoppogingen mislukten</li> <li>• hogere doseringen dan de minimaal effectieve dosis nodig gehad</li> </ul>
<b>B</b>	<b>risicofactoren waarover meer twijfel bestaat</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• antidepressiva die hun eigen metabolisme remmen</li> <li>• genotype <i>ultrarapid metabolizer</i> of gebruik van comedatie die enzyminductie geeft</li> <li>• duur van het gebruik</li> <li>• meer bijwerkingen bij de start</li> <li>• polyfarmacie</li> <li>• zwangerschap</li> <li>• (sterke) angst voor afbouwen</li> </ul>

Bron: <https://www.nvvp.net/stream/multidisciplinair-document-afbouwen-ssris-en-snrts>. In het gesprek met de patiënt kunnen ook de risicofactoren van deel B meegenomen worden en aanleiding vormen om toch tot meer geleidelijke afbouw te besluiten.



**Figuur 1** Stroomdiagram om keuze van afbouwstrategie te bepalen.

Bron: Ruhé et al. *Molemans praktische psychofarmacologie*, editie 2021 en ref. 17.

sie, maar ook met een korte follow-upduur van onderzoeken die stopstrategieën met elkaar vergelijken. Voor een goede monitoring van de recidiefkans na afbouw is een langere follow-up na verschillende strategieën van afbouw nodig. In 2013 zijn zogenaamde taperingstrips ontwikkeld om patiënten die moeite hebben met afbouwen te helpen de antidepressiva in kleinere stappen af te bouwen dan met de gebruikelijke doseringseenheden mogelijk is. Er zijn inmiddels twee retrospectieve cohortstudies gepubliceerd waarin wordt beschreven dat deze taperingstrips behulpzaam zijn.<sup>15,16</sup> Het bewijs over de manier van afbouwen uit retrospectieve studies onder gebruikers van zogenoemde taperingstrips wordt echter beperkt door het risico op selectiebias en responsbias: het gaat om een selecte groep patiënten die willen stoppen en die achteraf aangeschreven zijn.<sup>15</sup> Het laat zien dat langzaam en geleidelijk afbouwen voor deze groep patiënten helpend kan zijn, maar met deze studieopzet kan men geen uitspraken doen over welke methode er in het algemeen nodig is.

Samenvattend, vanwege het beperkte bewijs is de optimale methode van het stoppen van antidepressiva op dit moment onbekend, zeker waar het gaat over de consequenties op de langere termijn. In de klinische praktijk wordt abrupt stoppen met antidepressiva niet geadviseerd, omdat dit sneller tot ADS kan leiden. Het in 2018 gepubliceerde multidisciplinaire document 'Afbouwen SSRI's & SNRI's' geeft - bij gebrek

aan wetenschappelijke evidentie - handvatten hoe af te bouwen, waarbij rekening wordt gehouden met individuele patiëntkenmerken om de kans op het optreden van ADS in te schatten.<sup>17,18</sup> De in tabel 2 genoemde ADS-*risicofactoren* zijn gebaseerd op enkele narratieve reviews, maar er is geen consistent empirisch bewijs dat er een verband is tussen ADS en patiëntkenmerken (bijvoorbeeld duur van antidepressivumbehandeling, ernst van bijwerkingen, de benodigde dosis en angst voor terugval).<sup>19-23</sup> De ADS-*risicofactoren* in het multidisciplinaire document zijn gebaseerd op (internationale, multidisciplinaire) *expert opinion* met een zeer beperkte wetenschappelijke onderbouwing. Overigens is de onderbouwing van de genoemde *risicofactoren* voor het krijgen van ADS vooral gebaseerd op (internationale) *expert opinion*. Afhankelijk van het aanwezig zijn van een of meer *risicofactoren* (tabel 2, A) kan in overleg met de patiënt besloten worden tot een reguliere afbouw of een meer geleidelijke afbouw met lagere doseringssterkten (figuur 1, tabellen 3a en 3b).<sup>17</sup>

### Beschikbare doseringen en toedieningsvormen

Lagere doseringssterkten van antidepressiva zijn vaak niet beschikbaar. Grootbereiders zijn voor de groep mensen met afbouwproblemen ook lagere doseringssterkten aan het ontwikkelen. Zo is bijvoorbeeld voor venlafaxine een versie van 1 mg en 5 mg met geregu-

**Tabel 3a** Afbouwschema's bij afwezigheid van ADS-risicofactoren.

	CIT	EsCIT	FLV	FLX	PAR	SER	DUL	VLX
<b>stappen</b>	<b>mg/dag</b>							
1	20	10	(100)	20	20	50	60	75
2	10	5	50	0	10	25	30	37,5
3	0	0	0		0	0	0	0

Bron: <https://www.nvvp.net/stream/multidisciplinair-document-afbouwen-ssris-en-snris>. De genoemde afbouwschema's zijn voorbeelden en gebaseerd op *expert opinion*, er is geen empirisch bewijs waarin genoemde afbouwschema's met elkaar vergeleken worden.

CIT = citalopram; EsCIT = escitalopram; FLV = fluvoxamine; FLX = fluoxetine, PAR = paroxetine; SER = sertraline; DUL = duloxetine; VLX = venlafaxine.

**Tabel 3b** Indicatie afbouwschema's bij aanwezigheid van  $\geq 1$  ADS-risicofactor(en).

	CIT	EsCIT	FLV	PAR	SER	DUL	VLX
<b>stappen</b>	<b>mg/dag</b>						
1	20	10	50	20	50	60	75
2	10	5	30	10	25	30	37,5
3	6	3	20	7	15	15	20
4	4	2	15	5	10	10	12
5	3	1,5	10	3	7,5	6	7
6	2	1	5	2	5	4	5
7	1	0,5	2,5	1	2,5	2	3
8	0,5	0,25	0	0,5	1,25	1	2
9	0	0		0	0	0	1
10							0

Bron: <https://www.nvvp.net/stream/multidisciplinair-document-afbouwen-ssris-en-snris>.

Afbouwdoseringen zijn berekende doseringen en benaderen een daling van 10% in de serotoninetransporterbezettingsgraad per stap. De genoemde afbouwschema's zijn voorbeelden en gebaseerd op *expert opinion*, er is geen empirisch bewijs waarin genoemde afbouwschema's met elkaar vergeleken worden. Bij het optreden van ernstige onttrekkingsverschijnselen gedurende dit afbouwschema kunnen tempo en/of doseringsstappen ervan worden aangepast.

leerde afgifte beschikbaar. Daarnaast zijn er ook veel SSRI's in druppel- of drankvorm beschikbaar. Het multidisciplinaire document noemt terecht dat er risico's zijn met het afbouwen met vloeibare bereidingsvormen en het openbreken en uittellen van korrels bij 'slow release'-preparaten zoals venlafaxine. Niet iedereen heeft de vaardigheid om volumes van een vloeistof goed

af te meten. Daarnaast zijn in de laatste stappen kleine volumes van een vloeistof nodig die niet nauwkeurig zijn af te lezen. Bepaalde vloeibare bereidingsvormen kunnen worden verdund met behoud van houdbaarheid en consistentie, zoals sertraline en citalopram (meer informatie bij apotheker W. Göttgens). Taperingstrips zijn magistrale bereidingen van aflopende sterkte-anti-

depressiva voor een bepaalde afbouwperiode, verpakt in een medicatierol en zijn in diverse afbouwschema's beschikbaar. Deze worden door sommige zorgverzekeraars vergoed. De doseringen zoals beschreven in tabel 3 zijn ook als taperingstrip beschikbaar. Tabel 3 is een voorbeeldtabel waarbij op basis van ervaringen van de patiënt in onderling overleg kan worden afgeweken met kleinere of grotere tussenstappen in een kortere/langere tijd per stap en ook minder snelle afbouw.

### Perspectieven op stoppen met antidepressiva

Eigenlijk begint de voorlichting over stoppen/afbouwen direct bij de start van een antidepressivum en tijdens het gebruik van een antidepressivum. Van belang is om dan ook uitleg te geven wat patiënten kunnen verwachten wanneer zij (overwegen te) stoppen. Daarbij is het belangrijk dat patiënten niet worden afgeschrikt om een antidepressivum te beginnen. Een belangrijke factor voor het slagen van afbouwen is de begeleiding. Als de patiënt, na overleg met psychiater of huisarts, tot het besluit is gekomen om af te bouwen, zijn voorlichting en keuze in welk tempo gaat worden afgebouwd belangrijk. De patiënt moet weten welke klachten hij kan ervaren tijdens het afbouwen en welke behandelaar hij kan benaderen. Op regelmatige basis een evaluatie over hoe het afbouwen gaat, kan/is ook een onderdeel van de begeleiding. In de huidige situatie begeleidt met name de huisarts of psychiater de patiënt. Er zijn gelukkig steeds meer openbaar apothekers die deze begeleiding ook doen. Behandelaars moeten onderling afspreken wie de afbouwende patiënt gaat begeleiden.

### Patiëntperspectief

Patiënten bepalen idealiter niet alleen zelf óf ze willen stoppen, maar ook wanneer en hoe. Een goede begeleiding van de behandelaar hierbij en uitleg over de mogelijkheden zijn cruciaal. Bij patiënten is vaak sprake van schaamte voor het feit dat zij antidepressiva slikken, dat het niet lukt om af te bouwen of dat zij bang zijn om ermee te stoppen. Dit moet serieus worden besproken en benoemd zodat de patiënt ook vertrouwen heeft in de behandelaar en de behandeling. Goede voorlichting, begeleiding, regelmatige evaluatie en gedeelde besluitvorming zijn van groot belang bij het afbouwen van en stoppen met antidepressiva. Wanneer tot afbouw wordt besloten moet gebruikgemaakt kunnen worden van de doseereenheden en afbouwschema's die voor de patiënt het best passend zijn. Terugvalpreventieprogramma's tijdens de afbouw zouden van meerwaarde kunnen zijn, maar zijn helaas nog niet beschikbaar binnen de GGZ. Bij mensen met angststoornissen is extra ondersteuning nodig omdat zij vaker bang zijn voor de ADS bij het

afbouwen. Een langzamere afbouw (meerdere maanden) werkt voor de meeste mensen met angststoornissen het beste. Het geeft hen het vertrouwen dat zij de behandeling meer zelf in de hand hebben. Tijdens dit proces is regelmatig en laagdrempelig contact met de behandelaar belangrijk. Het samen maken van een afbouwplan en de mogelijkheid voor aanvullende psychologische hulp zijn van groot belang.

De Angst, Dwang en Fobie (ADF) Stichting kan tijdens afbouw een belangrijke en laagdrempelige rol vervullen. Binnen lotgenotencontacten wordt er regelmatig over afbouwen gesproken. De begeleiders zijn erop getraind de juiste informatie hierover te verstrekken en de mensen te helpen het gesprek hierover met hun behandelaar aan te gaan. Het delen van ervaringen heeft niet alleen positieve effecten op de beslissing om wel of niet af te bouwen, maar ondersteunt ook de periode tijdens het afbouwen. Daarnaast bieden de ervaringsdeskundigen van de telefonische hulpdienst een luisterend oor en ondersteunen zij degenen die met vragen zitten.

De Depressie Vereniging biedt ondersteuning aan mensen die willen stoppen met antidepressiva door mensen met elkaar in contact te laten komen. Deze contacten met lotgenoten kunnen mensen doen inzien dat zij niet de enigen zijn en er niet alleen voor staan, ook waar het gaat om stoppen met antidepressiva. De bekendste vorm van ondersteuning door de Depressie Vereniging zijn de supportgroepen waarin lotgenoten onder begeleiding van een gespreksleider elkaar ontmoeten en ervaringen delen. Daarnaast is er Depressie Connect, een digitale ontmoetingsplaats waar mensen anoniem en afgeschermd ervaringsdeskundigen kunnen ontmoeten. Een derde supportlijn is de Depressielijn met telefonisch contact met een lotgenoot. Uit ervaring blijkt dat het contact met lotgenoten helpend is waar het gaat om de beslissing wel of niet te stoppen met antidepressiva. Plusminus, leven met bipolariteit, biedt voor de eigen doelgroep vergelijkbare ondersteuning in de vorm van lotgenotengroepen en de lotgenotenlijn. Via besloten groepen, bijvoorbeeld op Facebook, kunnen lotgenoten elkaar ook laagdrempelig vragen stellen en ervaringen uitwisselen.

### Huisartsperspectief

Huisartsen krijgen vaak te maken met langdurig gebruik van antidepressiva. In de periode dat het beter gaat stopt de behandeling bij de psychiater of psycholoog, maar gaat het antidepressivagebruik door en loopt de receptuur via de huisarts. Ook zijn huisartsen regelmatig de eerste voorschrijver van antidepressiva, waarbij er in de opstartfase intensieve begeleiding is. Hierbij zijn de persoonlijke situatie, klachten en therapietrouw, angst voor terugval

en terugvalpreventie, en het staken van de antidepressiva de belangrijkste onderwerpen. Als leidraad voor afbouwen is een keuzehulp ontwikkeld met de belangrijkste onderwerpen volgens patiënten en huisartsen, die de gezamenlijke besluitvorming kan ondersteunen.<sup>24</sup> Bij een wens tot afbouwen is individuele begeleiding, door huisarts en/of praktijkondersteuner GGZ, essentieel om ADS of klachten van terugval op te kunnen vangen. De NHG-Standaard Depressie biedt hiervoor duidelijke handvatten en afbouwschema's (gebaseerd op het eerdergenoemde multidisciplinaire afbouwdocument). Thuisarts.nl biedt ondersteunende informatie voor de patiënt, met video's, voorbeelden van afbouwschema's en links naar hulpbronnen. Bij langdurige gebruikers ligt het initiatief tot stoppen regelmatig bij de patiënt, terwijl de meeste patiënten verwachten dat de huisarts dit ter sprake brengt.<sup>25</sup> Huisarts en patiënt kunnen beiden barrières ervaren in het gesprek over stoppen.

### Apothekerperspectief

Apothekers spelen een rol bij het begeleiden van patiënten die stoppen met hun antidepressivum. Dat begint bij voorlichting over stoppen gelijk bij de start en tijdens het gebruik van een antidepressivum. Als een patiënt het besluit heeft genomen om te stoppen, is voorlichting over wat hij kan verwachten bij stoppen relevante informatie. De apotheker is daarnaast de aangewezen zorgverlener om samen met de patiënt en de arts tot farmaceutisch maatwerk te komen om de antidepressiva verantwoord te kunnen afbouwen. Het begeleiden van de afbouwende patiënt kan ook door de apotheker worden uitgevoerd. Met de huisarts of psychiater worden afspraken gemaakt wie op welk moment de begeleiding doet.

### Psychiaterperspectief

Psychiaters hebben veel ervaring met antidepressiva, maar krijgen relatief weinig te maken met afbouwen en stoppen van antidepressiva omdat bij remissie van de klachten de behandeling vaak wordt overgedragen aan de eerste lijn. Ten eerste kunnen psychiaters direct een concrete bijdrage leveren aan goed en verantwoord stoppen, door in elke ontslagbrief een stuk op te nemen over de termijn, voorwaarden en methode van het (in de toekomst) stoppen van de antidepressiva. Bij de polikliniek Depressie van GGZ inGeest wordt na elke behandeling de tekst in het kader 'Standaardtekst antidepressiva-adviesbrief huisarts' opgenomen, waarbij de inhoud eerst met de patiënt en zijn omgeving wordt afgestemd en besproken. Hiermee is voor huisartsen direct duidelijk wat de richting is van de wensen en mogelijkheden tot stoppen.

## Standaardtekst antidepressiva-adviesbrief huisarts

Ten aanzien van het gebruik van antidepressiva en het stoppen ervan adviseren wij als volgt:

### Algemene overwegingen

- Het doorgebruiken van antidepressiva is zinvol als de depressie in remissie is: het halveert de kans op terugval vergeleken met het doorslikken van een placebopil.
- De optimale duur van onderhoudsbehandeling is onbekend. De Multidisciplinaire Richtlijn Depressie (2013) hanteert pragmatisch een periode van 6-12 maanden doorslikken na een eerste depressie en minimaal 1-2 jaar bij recidiefisoden.
- Voor sommige mensen is (veel) langer doorbehandelen nodig. Dit is afhankelijk van voorgeschiedenis, ernst, familieanamnese en comorbiditeit. Hierbij is er ook het risico op te kort doorbehandelen.
- Als antidepressiva afgebouwd worden is geleidelijke afbouw (6-8 weken) gunstiger voor wat betreft de kans op terugval.

### Specifieke adviezen

- Met patiënt(e) werden bovengenoemde overwegingen besproken.
- Ons advies aan patiënt is om met u als huisarts rond DATUM een afspraak te maken om het gebruik te evalueren en te overwegen om de antidepressiva af te bouwen. Dat is XX maanden/jaar na remissie van de depressie.

Ten tweede is er veel voor te zeggen dat laagdrempelige advisering en hulp/consultatie vanuit psychiaters wordt gegeven aan bijvoorbeeld huisartsen en patiënten in de eerste lijn. In 2021 is de Afbouwpoli Antidepressiva van GGZ inGeest in samenwerking met Amsterdam UMC ([www.ggzingeest.nl/afbouwpoli](http://www.ggzingeest.nl/afbouwpoli)) opgericht, waarin een multidisciplinair team van verpleegkundig specialisten, psychologen, psychiaters en apothekers samenwerkt. Na een intake wordt gezamenlijk besloten of afbouwen mogelijk is, en wordt een persoonlijk afbouwplan opgesteld. Het afbouwen kan door de eigen psychiater of huisarts worden begeleid, of op de poli zelf. De ervaringen zijn dat directe begeleiding tijdens het afbouwproces, met uitgebreide voorlichting, de mogelijkheid tot aanvullende psychologische behandeling, maar vooral ook de reguliere contacten en laagdrempelige bereikbaarheid voor overleg door patiënten als zeer prettig

worden ervaren. De komende jaren moet blijken hoe effectief de begeleiding van de Afbouwpoli Antidepressiva daadwerkelijk is.

### Hoe moeten we verder?

Het stoppen met antidepressiva is een belangrijk onderwerp voor de honderdduizenden patiënten die elk jaar (willen) stoppen, maar ook voor artsen en apothekers. Robuust wetenschappelijk bewijs ontbreekt grotendeels, met als gevolg dat de discussie over het stoppen van antidepressiva te weinig op basis van wetenschappelijk bewijs wordt gevoerd. Om de puzzel van het stoppen met antidepressiva op te lossen, is het essentieel om de incidentie van terugval en ADS beter in kaart te brengen. Maar ook om de onderliggende mechanismen van terugval en ADS te begrijpen en met gerandomiseerd en geblindeerd onderzoek te onderbouwen welke afbouwstrategieën het meest effectief zijn, waarmee ADS en terugval te minimaliseren zijn. Deze kennis is nodig om een antidepressivum zo veilig en rationeel mogelijk af te bouwen en 'afbouwangst' bij de behandelaar of de patiënt te voorkomen. De klinisch relevante vragen waar antwoorden voor nodig zijn, zijn de volgende: 1 op welk moment na remissie kan/moet iemand stoppen; 2 welke individuele kenmerken zijn bepalend voor ADS en/of het terugvalrisico na stoppen; 3 welke rol spelen anticipatie/nocebo-effecten bij het stoppen; 4 met welke snelheid en doseringsstappen kan iemand succesvol afbouwen; en 5 kunnen de resultaten bij depressie geëxtrapoleerd worden naar patiënten met angststoornissen, obsessief-compulsieve stoornissen en bipolaire stoornissen?<sup>26</sup>

Naast gestructureerde dataverzameling over het stoppen met antidepressiva, met zo min mogelijk selectie- en responsbias, zijn gerandomiseerde en geblindeerde studies van cruciaal belang zodat verwachtingen van ADS en/of terugval een minder grote rol spelen, terwijl terugval nauwkeurig wordt gemonitord. In Nederland wordt gewerkt aan twee grootschalige gerandomiseerde nationale klinische *trials* om antwoorden te geven op bovenstaande vragen uit de stoppuzzel: de OPERA-studie en de TEMPO-studie. Beide studies zijn mede opgezet en uitgevoerd in een multidisciplinair team van psychiaters, huisartsen, apothekers, epidemiologen en ervaringsdeskundige patiënten. De OPERA-studie ([www.opera-project.nl](http://www.opera-project.nl)) is een placebogecontroleerde, gerandomiseerde studie die onderzoekt of er verschil is in terugval van depressie bij vroeg versus laat afbouwen bij patiënten die een stabiele remissie hebben bereikt van zes maanden met citalopram of sertraline. OPERA zal ook inzichten verschaffen in welke klinische karakteristieken bepalend zijn voor succesvol afbouwen

(eerdere behandelingen, psychiatrische voorgeschiedenis, dosering en psychosociale/biologische indicatoren). Een tweede studie is de dubbelblinde, gerandomiseerde TEMPO-studie ([www.tempo-project.nl](http://www.tempo-project.nl)), die onderzoekt hoe het beste kan worden afgebouwd. Daarbij worden twee afbouwstrategieën vergeleken bij voormalig depressieve patiënten die een stabiele remissie van zes maanden bereikten met paroxetine of venlafaxine (antidepressiva met het hoogste risico op ADS).

### Conclusie

Afbouwen en stoppen met antidepressiva is een belangrijk onderwerp waarvoor terecht steeds meer aandacht is. De Klankbordgroep Afbouwen Antidepressiva wil zorgen voor meer kennis en multidisciplinaire samenwerking om rationeel afbouwen van antidepressiva mogelijk te maken. Direct bij de start van een antidepressivum dient het onderwerp besproken te worden door arts en apotheker. Goede informatie en gezamenlijke besluitvorming kunnen ervoor zorgen dat iemand goed kan besluiten om wel of niet te stoppen, maar ook wanneer en hoe. Zowel bij de voorlichting als tijdens het afbouwproces staan de patiënt en diens naasten centraal, maar dienen psychiater, huisarts en apotheker ook samen te werken, ondersteund door bestaande en waardevolle initiatieven van patiëntenverenigingen.

### Relevante Psyfarartikelen

Groot P. Onttrekkingsverschijnselen voorkomen bij de afbouw van antidepressiva: het nut van taperingstrips. *Psyfar* 2014;9(3):18-26.

Veerman SRT, Meer-van Straten M van der. Afbouw van langdurig medicatiegebruik bij een jongen met autisme. *Psyfar* 2021;16(3):10-7.

### Literatuur

1. Geddes JR, Carney SM, Davies C, et al. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. *Lancet* 2003;361:653-61.
11. Davies J, Read J. A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based? *Addict Behav* 2019;97:111-21.

Voor de volledige literatuurlijst wordt verwezen naar [www.psyfar.nl](http://www.psyfar.nl).

De auteurs hebben geen financiële banden met de farmaceutische industrie, ontvangen geen onderzoeksgeld van commerciële partijen en hebben geen bedrijfsbelangen of andersoortige financiële relaties met betrekking tot dit onderwerp.