



Webinar World Tapering Day

transcriptie

Webinar Psychiatrische medicatie afbouwen: onderzoek en de praktijk

James Moore interviewt Anders Sørensen

Mijn naam is James en welkom bij de Mad in America podcast, en vandaag delen we een speciaal interview dat we houden in het kader van World Tapering Day. World Tapering Day wordt gehouden op 4, 5 en 6 november 2022, en het doel is om wereldwijd het bewustzijn te verhogen van de noodzaak om psychotrope medicijnen veilig af te bouwen en het is georganiseerd door mensen met persoonlijke ervaring met de ernstige problemen die kunnen ontstaan bij het stoppen met antidepressiva, antipsychotica of benzodiazepinen.

We gaan naar onze gast van vandaag, en ik ben heel blij om Anders Sørensen te mogen verwelkomen.

Anders is een klinisch psycholoog uit Denemarken, met speciale belangstelling voor het afbouwen van psychiatrische medicatie. Hij heeft onderzoek gedaan naar de stand van zaken rondom de begeleiding van het afbouwen en hij heeft daarbij ook veel aandacht besteed aan afbouwmethodes, met als doel een benadering te vinden die het afbouwen draaglijker maakt.

Naast zijn onderzoekswerk gebruikt Anders ook psychotherapie in zijn privépraktijk om mensen te helpen bij het afbouwen en daar gaan we het vandaag ook over hebben. Anders, welkom. Fijn dat je er vandaag bij kan zijn.

Dank je. Bedankt voor de uitnodiging.

Kun je ons eerst iets vertellen over jezelf en hoe je interesse voor het afbouwen van psychiatrische medicatie is ontstaan?

Ja, natuurlijk. Interessante vraag, die me vaak gesteld wordt. Lang verhaal kort, ik houd van 'goede' wetenschap en ik bestudeer graag wat goede wetenschap inhoudt. Onderzoeksmethodologie is een onderzoeksgebied op zich, het is zeg maar de wetenschap van de wetenschap. Hoe herken je vooraf vastgestelde aannames, wat zijn de beperkingen en de sterke punten van verschillende onderzoeksmethodes. Kloppen de conclusies met de gegevens, zijn de uitgangspunten goed gekozen; je kijkt naar het bepalen van de kwaliteit en het risico van vertekening van het bewijs.

Als je echt geïnteresseerd bent in kwaliteitswetenschap en je gaat kijken naar psychiatrisch onderzoek, dan breekt je hart. Het ziet er overtuigend uit, en het is geschreven in een zeer academische en overtuigende taal, met allerlei hersenscans en biologische meetmethodes, mooie woorden, allerlei theorieën, maar in werkelijkheid zit het vol met aannames en vooringenomenheden, vooral wat betreft de theorieën rondom de werking van psychiatrische medicatie, en zo ben ik eigenlijk in dit vakgebied terechtgekomen.

Als je de literatuur in dit licht bestudeert, en dat is wat ik gedaan heb, evenals een aantal andere collega's, dan zie je dat psychiatrische medicatie eigenlijk een behandeling is van symptomen. Het kan soms nuttig zijn, in bepaalde gevallen. Kortdurend gebruik tijdens een acute crisis bijvoorbeeld. Maar het moet worden ingezet op een fundamenteel andere manier dan wat ons verteld wordt in de context van zogenaamde biologische afwijkingen enzovoorts.

Nogmaals, lang verhaal kort, ik haalde een bachelor in 2014, nu acht jaar geleden, in de epigenetica, waar ik niet te veel in moet duiken, maar het was getiteld The Implications of Epigenetics on Psychiatric Drug Treatment, een soort ontkrachting van de basisveronderstellingen van de discussie over antidepressiva, antipsychotica, en dat er een oorzakelijk verband bestaat tussen een hersenafwijking en de noodzaak om daarop in te grijpen. Het klopt gewoon niet en ik denk dat we dat ook kunnen onderbouwen op een hele logische manier, puur op gegevens gebaseerd.

Mijn volgende vraag was, hoe werkt die psychiatrische medicatie dan, en ik ben daar nog steeds in geïnteresseerd. Het is niet dat ze niet werken, maar ze werken op een andere manier dan ons wordt verteld, en in dat verband, en ik kom hierop omdat ik psycholoog ben, bestaat er een concept in de psychologie dat emotieregulatie heet. Kijk eens naar de definitie daarvan. Emotieregulatie wordt in de psychologie o.a. gedefinieerd als het inzetten van strategieën waarmee individuen zelf kunnen beïnvloeden welke emoties ze ervaren, wanneer ze die ervaren en hoe ze die ervaren en uiten. Een andere definitie is: een actie die iemand onderneemt om emoties aan te passen of te veranderen, om de intensiteit ervan te verminderen.

Als we nu even het idee loslaten dat je biologische ziekten kunt behandelen, dan zijn deze strategieën tamelijk voor de hand liggend als je kijkt naar wat psychiatrische medicatie doet. Het zijn strategieën om emoties te reguleren. Het zijn dingen die we doen of slikken om ons denken en onze stemmingen te reguleren. Het zijn psychoactieve stoffen, geen biologische wondermiddelen en dit is interessant want emotieregulatie krijgt veel aandacht in de klinische psychologie, omdat het belangrijk blijkt te zijn hoe we onze emoties en gedachten reguleren.

We weten dus dat strategieën als vermijding, onderdrukking, middelengebruik, afleiding, zorgen maken, piekeren, onszelf isoleren, al deze strategieën vaak samenvallen met psychopathologie en zelfs het kunnen voorspellen daarvan. Op het moment zelf werken ze, maar op de lange termijn werken ze vaak averechts en veroorzaken weer nieuwe problemen. Strategieën zoals acceptatie, probleemoplossing, emoties toelaten, ernaar luisteren, cognitief restructureren, mindfulness, al deze mooie psychologische termen worden juist vaak in verband gebracht met minder of geen psychopathologie.

De vraag was dus, wat is het verschil? Want dat is waar psychotherapie over gaat. Ik vroeg mezelf af wat het verschil is tussen mensen te helpen stoppen met psychiatrische medicatie die de geest verdoofd en emoties kunstmatig onderdrukt, en wat ik, als psycholoog, gewoonlijk zou doen?

Dit was mijn vraag. Ik wilde weten wat het verschil was tussen die twee dingen. In mijn masterscriptie in 2016 kwam ik tot de conclusie dat ze eigenlijk hetzelfde zijn. Ik kan veel van mijn psychotherapeutische middelen inzetten om mensen te helpen psychiatrische medicatie af te bouwen, maar er is één groot verschil, en dat is waarom we hier vandaag zijn: de ontwenningverschijnselen.

Je kunt niet zomaar stoppen met deze medicatie, want mensen hebben een lichamelijke gewenning opgebouwd. Ik ontdekte al vroeg, bij mijn eerste patiënten, dat je niet zomaar kunt stoppen en dat de ontwenningverschijnselen veel erger, extremer en langduriger waren dan wat er wordt verteld en zo ontstond mijn interesse. Ik besloot mijn patiënten te geloven en niet zozeer de boeken, want ik was in de psychiatrieboeken ook andere dingen tegengekomen die niet waar bleken te zijn. Dus dit ligt aan de basis van mijn doctoraat en waar ik nu ben.

Geweldig. Dank je, Anders. Dat is heel erg nuttig en ik ben blij om te horen dat er mensen zijn die verder kijken dan de standaardliteratuur en de standaardtheorieën en zelf proberen uit te zoeken wat er aan de hand is. Dus ik ben heel dankbaar dat dit werk verricht wordt.

In 2021 schreef je een artikel over een zeer belangrijk aspect van de invloed van antidepressiva op het lichaam. Zonder al te technisch te worden, en mensen kunnen het artikel misschien zelf opzoeken, we horen weleens over beeldvormingstechnieken voor de hersenen, PET of SPECT-scans waarmee de bezetting van de serotonine-transporter wordt onderzocht. Voordat we de conclusies van je onderzoek gaan bespreken, kun jij vertellen wat de bezetting van de serotonine-transporter is en waarom die van belang kan zijn bij het begrijpen van ontwenningproblemen?

Ja, natuurlijk, want dit is de kern van de zaak. Ik zal proberen - het is zelfs voor mij een erg ingewikkeld artikel om te lezen, en het was nog ingewikkelder om het te schrijven - maar de serotonine-transporter is een receptor. Voor de meeste antidepressiva is het de primaire doelreceptor. Psychiatrische medicatie bezet namelijk receptoren. Het zit zelfs in de naam, SSRI, dat staat voor selectieve serotonine heropname-remmer. Eén van de

functies van de hersenen is het heropnemen van serotonine uit de synaptische spleet en dat is de serotonine-transporter. Het enige wat je moet weten is dat 'bezetten' een term is voor wat de medicijnen doen, ze bezetten receptoren.

De bezetting van de serotonine-transporter is het mechanisme waarmee de meeste antidepressiva het serotonineniveau in de hersenen verhogen. Selectiviteit is een illusie, zou ik zeggen. Het is achterhaald om slechts naar één receptor te kijken. Dus de eerste S in de SSRI is eigenlijk niet mogelijk. Vraag het aan iemand die hersenonderzoek doet en hij zal zeggen dat het niet mogelijk is om je te richten op één specifieke receptor en daar dan iets te verhogen of te verlagen, maar het is de primaire biologische functie. Daarom is het te verwachten dat de mate van ontwenningssymptomen mede bepaald worden door de mate waarin de medicatie deze receptor bezet.

Het gaat erom dat we begrijpen - en dat heeft alles te maken met onze fundamentele gedachten over hoe psychiatrische medicatie werkt - dat de hersenchemie niet uit balans is, maar dat die wordt gereguleerd door homeostase.

We moeten begrijpen dat psychiatrische medicatie niet onze hersenchemie corrigeert of repareert. Je kunt het eerder een soort ontregeling noemen, en een van de taken van de hersenen is om dit op te sporen en vervolgens tegen te gaan. Dat is wat nu gezien wordt als de reden waarom ontwenningssverschijnselen ontstaan.

Dus, je verhoogt het serotonine niveau met medicatie. Het lichaam vermindert zijn gevoeligheid voor serotonine. Als je de gevoeligheid voor dopamine vermindert, bijvoorbeeld door anti-psychotica te geven, zegt het lichaam, dan ga ik gewoon meer dopamine produceren. Je hersenen zullen altijd proberen het effect weer op te heffen en dat staat los van wat wij vinden over deze medicatie. Ja, dus het probleem met ontwenningssverschijnselen is dat, wanneer je de dosis vermindert, het serotoninegehalte, het veranderde niveau van de neurotransmitters, sneller afneemt dan dat het lichaam zich

kan aanpassen. Er zit dus een vertraging tussen en op dat moment ontstaan er ontwenningverschijnselen.

Het lichaam moet zich aanpassen aan een lagere dosis, en dat kost tijd, afhankelijk van de mate waarin je de dosis verlaagt. Daar komt ook het idee van geleidelijk afbouwen vandaan, om voor het lichaam deze taak in stukjes te verdelen.

Het is inderdaad nogal een apart artikel, maar zeker ook fascinerend om te lezen. Ik vond het heel interessant om te lezen dat de PET en SPECT scans die worden gebruikt om deze informatie te verzamelen geen informatie kunnen geven over het effect van deze medicijnen op een eventuele depressie in de hersenen. Ze kunnen fungeren als een indirecte maatstaf voor hoe de medicijnen de hersenen eventueel beïnvloeden, maar ze kunnen ons niets vertellen over de depressie. Klopt dat?

Ja, absoluut. Ik denk dat daar voldoende bewijs voor is, en dat is de ironie. De depressie heeft niets te maken met een disbalans in het systeem, maar de medicatie beïnvloedt wel het serotonineniveau. Dat is absoluut zeker. Je kunt dus niet over ontwenningverschijnselen praten zonder het klinische effect te benoemen. Er is beslist sprake van een biologisch effect op de hersenen, en dat betekent dat het lichaam zich aanpast. Dus, ja, dit is wel relevant voor ontwenningverschijnselen, maar niet zozeer voor het klinische effect. Dat is de ironie. Maar het probleem is dat, als je lichaam zich eenmaal heeft aangepast, je niet zomaar kunt stoppen. Het kan ook, maar dan krijg je onttrekkingsklachten en opnieuw rijst dan de vraag: is het ontwenning of terugval?

Het probleem met deze aanpassing, zoals ik het zie, is een fundamenteel punt dat pleit tegen alle langdurige behandelingen met psychiatrische medicatie.

Het lichaam zal zich altijd aanpassen en wanneer je stopt met de medicatie, kan de illusie ontstaan dat het middel effect heeft, omdat je slechter gaat voelen wanneer je ermee stopt.

De fundamentele vraag is dan: voel je slechter vanwege die ontwenningverschijnselen of omdat de medicatie zo goed werkte? De oplossing is uiteraard geleidelijker afbouwen.

Een paar dagen geleden verscheen er een artikel waarin stond dat de meeste mensen die antidepressiva gebruiken, ze eigenlijk niet nodig hebben. Ik ben het daar helemaal mee eens, tenminste, eigenlijk weten we het niet vanwege die twee dingen die we niet goed kunnen verklaren: ontwenning of terugval, wat twee fundamenteel verschillende situaties zijn.

Bedankt Anders, dat is inderdaad heel belangrijk. Om terug te komen op de resultaten van jouw onderzoek, waar jij achter bent gekomen, om mensen een idee te geven, is dat sommige onderzoeken die jij hebt bekeken aantoonde dat zelfs een zeer, zeer lage dosis van een SSRI deze serotonine-transporters voor een groot deel kan bezetten. In het artikel noem je het voorbeeld van fluoxetine of Prozac, zoals sommigen het misschien kennen. Uit studies blijkt dat een dosis van één milligram een bezettingsgraad van 24 tot 36 procent oplevert. Dus die ene milligram doet heel wat in de hersenen.

Precies, en dat proberen we de mensen te laten begrijpen, want het lijkt belachelijk dat één milligram, dat is een tiende van de kleinste pil, zoiets kan doen. We hebben het ook gemeten voor Effexor. We hebben een dosis gecreëerd van één vijftiende deel van de kleinste standaard beschikbare pil. Het ziet er absurd uit, je ziet het bijna niet als het op tafel ligt, maar het heeft een enorm effect.

Dus ja, als we bijvoorbeeld zeggen dat één milligram tussen de 24 en 36 procent bezetting van de serotoninetransporter oplevert, dan betekent dat dat van 100% serotoninetransporterreceptoren, tussen de 24 en 36 procent wordt bezet door één milligram. Deze gegevens laten zien hoe extreem krachtig antidepressiva zijn bij 'lage' doses. In feite zijn dit helemaal geen lage doses, en het probleem is duidelijk. Als je in de grafieken de relatie tussen dosis en bezetting bekijkt, dan zie je dat als de dosis toeneemt, de bezetting toeneemt. Het biologische effect op de hersenen neemt extreem snel toe bij lage doseringen. Alweer: bij lagere doseringen. Dat is het hele

punt, want het zijn namelijk geen lage doseringen. En dan wordt er een soort plateau bereikt. Nu, het probleem is duidelijk. Kleine verlagingen in het lagere dosisbereik hebben dus grote effecten op de bezetting van de serotonine-transporter en die plotselinge dalingen in serotonineniveaus veroorzaken ernstige ontwenningsverschijnselen.

Ja, dat is zo belangrijk. Er zijn mensen die zelf hebben geprobeerd te stoppen met antidepressiva, mensen die nu kijken en luisteren. Ik weet zeker dat veel van hen dit kennen, dat je naar je dokter gaat en dat die dan zegt: "Kijk, je gebruikt een hele lage dosis, ik zie geen reden waarom het voor jou een probleem zou zijn om helemaal te stoppen," maar jouw onderzoek toont duidelijk aan waarom het afbouwen zo moeilijk wordt als je op een lage dosis zit. Dat moeten we echt heel goed weten.

Heel veel mensen komen vast te zitten op zo'n lagere dosis. Die afbouwschema's zien er eigenlijk heel raar uit. Als je op een hoge dosering zit, kun je soms een grote stap omlaag gaan. Niet dat dit de regel is, want sommigen kunnen dat wel en anderen niet, maar sommige mensen die op een hogere dosering zitten, kunnen die dosis flink verlagen en dan krijgen ze alleen maar een paar lichte verschijnselen, maar geen echte ontwenningsverschijnselen.

Maar dan kom je, in de bocht van de curve, op een bepaald plateau en dan heeft een vermindering van vijf of tien procent van de dosis al enorme gevolgen. En als je dan niet weet dat de relatie tussen dosis en receptorbezetting niet-lineair is, dan begrijp je dat niet. Maar nu snappen we het wel, en ik denk dat de online gemeenschap van mensen die elkaar steunen tijdens het ontwennen van deze medicatie, dit allang weten misschien al tientallen jaren. Maar ze werden altijd uitgelachen door de psychiatrie-wetenschappers. Die wilden niet geloven dat een hele kleine dosisvermindering zulke gevolgen kan hebben, en nu hebben we de het bewijs dat het wel kan. Dit zijn biologische hersenscans van biologische effecten en je ziet duidelijk: de patiënten hadden dus toch gelijk.

Ja, absoluut. Het is echt een erkenning voor, zoals je zegt, mensen die dit hebben ervaren en meegemaakt. Zij hebben zelf ervaren dat het in het begin

wat gemakkelijker ging, maar dat de narigheid losbarstte toen ze op een lage dosering waren aanbeland. En als ze dan naar hun dokter gingen, zei die: "Dat is niet logisch. De ontwenningssverschijnselen zouden juist minder moeten worden als je op een lage dosis zit." Maar dit onderzoek laat zien dat welk mechanisme dit veroorzaakt.

In het artikel ga je ook in op de zogenoemde hyperbolische dosisvermindering als een manier om ontwenningssklachten te verzachten. Kun je ons vertellen waarom een hyperbolische vermindering de voorkeur verdient boven een vast verminderingpercentage of gelijke procentuele verminderingen?

Ja. Dus, het probleem is, als je naar de grafiek kijkt - en onthoud, het is dus de verticale maat die we geleidelijk willen verminderen, daar gaat het om. En nu komen we weer terug op de reden dat die ontwenningssverschijnselen ontstaan. Het is de her-aanpassing van de hersenen. Als je abrupt stopt met de medicatie op de laagste standaard beschikbare dosis, of zelfs de helft daarvan, ga je in één keer van een dosis die een zeer hoge bezettingsgraad van de receptoren heeft naar een bezettingsgraad van nul. Het lichaam kan dat niet bijhouden. Dat is dus het probleem dat we moeten oplossen. De oplossing ligt voor de hand: je moet onder de laagste dosis gaan zitten, ver onder de laagste dosis. Soms zelfs op een tiende of een vijftiende van de laagste dosis. Hyperbolisch afbouwen in plaats van lineair afbouwen. Lineair afbouwen is bijvoorbeeld iedere keer 5 mg minderen, tot nul. Elke 5 mg die je mindert, is feitelijk een grotere stap dan de vorige.

Bijvoorbeeld, van 20 naar 15 mg gaan is minder heftig dan van 15 naar 10 mg. Iedere 5 mg dat je verder omlaag gaat komt harder aan dan de vorige. Als je kijkt naar de werkzaamheid per dosis, dan zie je dit dat geen geleidelijk afbouwen is. De oplossing is wat men noemt hyperbolisch afbouwen. Als je dan toch een regel moet instellen, wat ik zelden doe, zou dat zijn dat je altijd moet minderen met een percentage van je vorige dosis, niet van de oorspronkelijke dosis. Dat betekent dus dat de dosisverminderingen steeds kleiner worden. Bij hyperbolisch afbouwen ga je uit van de receptorbezetting: het betekent dat, hoe dichter je bij de nul komt,

hoe kleiner de dosisverlagingen moeten zijn. Zo kun je de serotoninetransporter geleidelijk deblokken, en dat is wat we willen. Als je steeds in even grote stappen mindert, zal iedere verlaging een grotere daling van de bezettingsgraad veroorzaken, en daar ontstaat het probleem.

Dank je, Anders. Ik vraag me af, en ik denk dat het antwoord nee is op dit moment, omdat er nog veel werk te doen is, maar is er al eens geprobeerd om deze PET of SPECT scans na een bepaalde tijd opnieuw uit te voeren bij mensen die helemaal zijn gestopt, om te kijken of er iets anders uitkomt? Het zal wel niet.

Nee. Het werkveld is nog niet zover. Soms moeten we mensen er nog van overtuigen dat ontwenningsverschijnselen echt bestaan en dat ze ook zo genoemd moeten worden. We hebben nog een lange weg te gaan. We mogen het inmiddels ontwenningsverschijnselen noemen, we hoeven niet meer, zoals vroeger, te spreken over 'verschijnselen die optreden bij stopzetting'. Maar nee, dat soort onderzoek heb ik nog niet gedaan, helaas.

Ja, ik begrijp het. Bedankt voor het uitleggen hoe dat gaat in de wetenschap. Dat is heel nuttig. Het volgende deel van deze kwestie draait om de mensen die de ontwenning aangaan. Het is niet alleen een grote fysieke uitdaging, maar ook een psychische. Jij bent psycholoog, je werkt in een kliniek. Jij weet hoe belangrijk het is dat mensen praktische hulp krijgen bij het afbouwen en ondersteuning krijgen bij de psychische problemen die zich voordoen tijdens het afbouwproces. Kun je iets vertellen over de psychische uitdagingen waar mensen tijdens het afbouwen mee te maken krijgen en hoe psychotherapie ze daarbij kan helpen met emotieregulatie, zoals je eerder noemde?

Ja. Allereerst moet je dus het afbouwprobleem zo klein mogelijk te maken door hyperbolisch af te bouwen. Het volgende is dat we mensen moeten helpen om de ontwenningsverschijnselen het hoofd te bieden, want die kun je niet helemaal vermijden. Het hangt af van de manier waarop je afbouwt, maar vooral vanwege die laatste fase van het afbouwen moet je leren hoe je door die ontwenningsverschijnselen heen komt, hoe je ze kunt reguleren en beheersen en daarvoor kent de psychologie veel nuttige strategieën.

De eerste vraag is, hoe kom je door de ontwenning heen. De volgende vraag ligt op het psychische vlak. Zoals ik al eerder zei, de medicatie is steeds onderdeel geweest van een overlevingsstrategie. Als je dan met medicatie stopt, heb je andere strategieën nodig. Als je gewend bent je geest onder controle te houden met een middel dat verdooft, dempt en afstand schept, heb je dus nieuwe strategieën nodig, om te voorkomen dat je een terugval krijgt.

Het vervelende van ontwenningverschijnselen is dat ze je aandacht helemaal opeisen. Ze leiden je aandacht af van andere dingen, dingen die je graag zou willen doen, omgaan met andere mensen, genieten, geconcentreerd zijn of zelfs slapen. Voor dat probleem kunnen we een oplossing vinden. Als je kijkt vanuit de psychologie, dan is aandacht iets dat je kunt trainen. Je kunt jezelf trainen om, zeg maar, in nood te zijn, in stress te verkeren, maar er geen aandacht aan te schenken. Het is een erg wollig begrip om uit te leggen met taal, daarom hebben we allerlei ervaringsoefeningen. De theorie is dat je, net zoals wanneer je griep hebt, of je bent moe, of je hebt honger, kunt leren om er geen aandacht aan te schenken. Vecht er niet tegen, onderdruk het niet maar laat het los. Dat is vanuit de psychologie het meest krachtige hulpmiddel dat je kunt gebruiken bij het afbouwen van psychiatrische medicatie. Je kunt leren om zelfs aan heel heftige klachten geen aandacht te besteden. De meeste mensen zullen merken dat ze de ene dag beter doorkomen dan de andere, beter in staat zijn om dingen te doen, voor zover dat mogelijk is. Natuurlijk is dat moeilijk, omdat je aandacht voortdurend naar de symptomen wordt getrokken, want je voelt je niet prettig. Maar je kunt leren om er geen aandacht te besteden, ook wanneer je je heel slecht voelt.

Zodra we begrijpen dat ontwenningverschijnselen zijn als een wond die je lichaam kan genezen, dan zal die ook genezen. Maar we kunnen daar geen invloed op uitoefenen. We kunnen het niet sneller laten gaan, maar we kunnen de wond laten zijn wat het is en ons ondertussen richten op andere dingen. Het klinkt makkelijk, dat weet ik, maar het kan. We hebben verschillende oefeningen waardoor je dit kunt ontdekken. Dan kom je

erachter dat onttrekkingsverschijnselen net zoiets zijn als nare gedachten of gevoelens: als je je concentreert op iets buiten jezelf, dan verdwijnen ze naar de achtergrond. Zo kun je jezelf door weken, maanden, soms jaren van ontwenning heen loodsen.

Ja, absoluut. Dank je, Anders. Ik wil graag je mening weten over het volgende. Er zijn mensen die schade hebben geleden door de ontwenningverschijnselen, die zeggen: "Ik probeer te accepteren wat er met me gebeurd is, de medicatie en de narigheid en alles eromheen." Zij doen hun best om ermee te leven. Maar er zijn ook mensen die zeggen: "Ik zal nooit kunnen accepteren wat mij is aangedaan," en er elke dag tegen vechten. Is het gezond, denk je, om te proberen te accepteren wat we niet kunnen veranderen en te leren leven met die moeilijke ervaringen?

Ja, maar het moet niet hetzelfde zijn als je eraan overleveren, want je hebt het recht om boos te zijn. Je hebt er niet voor gekozen om afhankelijk te worden van medicijnen op doktersrecept. Dus, alle emoties die je hebt, zijn oké. Ze zijn allemaal oké, en als acceptatie voor jou zinvol zijn, dan hoef je je er niet van los te maken. Acceptatie kan klinken als opgeven, als iets negatiefs. Maar dat is het niet. Vechten is juist het tegenovergestelde van wat je nodig hebt als je aan het afbouwen bent, want het is al moeilijk genoeg om je door die ontwenningverschijnselen heen te slaan. Daar heb je al je kracht voor nodig.

De beste manier om daar doorheen te komen is een zekere mate van acceptatie, heel radicaal, en gedwongen mindfulness. Het kan een heleboel zorgen en herkauwen en gepieker over allerlei risico's wegnemen. We doen dat soort dingen om onszelf te beschermen, maar eigenlijk werken ze tegen ons. Er zit een enorme psychische component aan het afbouwen van psychiatrische medicatie en dat maakt het zo lastig, want afstand nemen kan klinken alsof je de moed opgeeft. Maar dat is niet zo. Werkelijk waar, er zit niets waardevols in de gevoelens die je tegen kan komen tijdens de ontwenning. Soms lijkt het op depressie, of op angst. Maar dat is het niet. Het is ontwenning. Die nare gevoelens leveren je niets op. Ze zijn kunstmatig, ook al lijken ze net echt. En net zo belangrijk als afbouwen op de juiste

manier is ook dat mensen hulp krijgen tijdens die periodes waarin het lijkt of de depressie terugkeert, terwijl dat niet het geval is.

Gewoonlijk, als je je depressief voelt, ga je kijken waar dat vandaan komt. Want dan is er een reden. Maar je bent helemaal niet depressief. De psychiatrie wil je ervan overtuigen dat je depressief bent, maar je bent het niet. Deze gevoelens hebben te maken met het zoeken naar een nieuw evenwicht in het lichaam. Maar dit is natuurlijk een heel lastig punt.

Het is heel ironisch, dat de gevolgen van het afbouwen van deze medicatie zo sterk lijken op de redenen waarom je er ooit mee begonnen bent.

En dan kom je bij een dokter die niets weet over afbouwen en die zegt, "Nou, het is gewoon jouw ziekte die terugkomt". Maar wij weten dat dat niet het geval is, toch?

Ja, en dat is echt standaard kost. Het is duidelijk dat we ontwenningsverschijnselen niet helemaal kunnen vermijden maar soms kunnen we ze wel minimaliseren. Je moet er een paar keer doorheen, zo'n periode waarin het net lijkt of je weer depressief wordt, net zoals voordat je met de medicatie begon. Daar moet je soms een paar keer door dat gevoel heen. Het duurt misschien een week, maar de volgende keer dat het gebeurt kun je er misschien wat makkelijker mee om te gaan. Het is heel zwaar voor zowel je lichaam als je geest, als je je zo ellendig voelt en zo depressief. Maar op een gegeven moment verdwijnt dat gevoel naar de achtergrond. En artsen behoren mensen dan te ondersteunen in zo'n fase. Helaas gebeurt dat maar zelden en zo kom je weer terug op die definitie van ontwenningsverschijnselen. Die worden zo enorm onderschat.

Als je kijkt naar het bewijs, naar alles wat mensen vertellen die ermee worstelen, worden ontwenningsverschijnselen helemaal niet serieus genomen. Dat is een groot probleem. Als je dokter het nazoekt, leest hij: ontwenningsverschijnselen zijn kortdurend en mild, duren misschien een paar weken. Het gaat vanzelf voorbij. Zo wordt het gedefinieerd. Daardoor worden ontwenningsverschijnselen vaak verkeerd ingeschat.

We hebben gesproken over het feit dat er een breed scala aan ervaringen is van mensen die proberen te stoppen met antidepressiva, ook met andere medicijnen. Sommige mensen kunnen zonder al te veel problemen stoppen. Anderen hebben wat problemen tijdens het afbouwen, maar daarna gaat het goed. Maar er is ook een groep mensen, en ik denk dat ik daar zelf ook toe behoor, die het ook na het afbouwen nog heel lang moeilijk hebben. Dus vroeg ik me af, Anders, wat jouw ervaring is met mensen die langdurige problemen hebben na het afbouwen van antidepressiva.

Dat is één van de zeer duistere hoofdstukken van de psychofarmacologie, dat medicatie leidt tot blijvende schade. Ik kom het inderdaad tegen. Ik zie het zelden, maar het bestaat zeker. De meeste mensen die ik zie met langdurige ontwenningsverschijnselen of hoe we het ook willen noemen - sommigen hebben verkeerd afgebouwd, met te grote stappen. Het is logisch dat het lichaam daar een klap van krijgt. Maar er zijn ook biologische mechanismen die maken dat het lichaam een klap krijgt. Ook al begin je dan opnieuw met de medicatie, de schade is al aangericht. Dan heeft het lichaam heel veel tijd nodig om weer in balans te komen.

Eén verklaring is dus verkeerd afbouwen. En daarom zijn we ook hier, om mensen uit te leggen hoe ze dat op de juiste manier moeten doen.

Maar er is ook iets anders dat ik zie, namelijk dat mensen bij het starten van de medicatie al zeer ernstige bijwerkingen hebben. Nu is de psychiatrie erin geslaagd om de boodschappen die ons lichaam uitzendt, namelijk dat het niet tegen deze medicatie kan, te benoemen als een bijwerking die vanzelf weer overgaat wanneer je het medicijn blijft gebruiken.

Ik zeg dit omdat ik soms mensen zie die de medicijnen maar een paar weken of maanden hadden gebruikt en toen al zei gaan afbouwen, maar dat de bijwerkingen bleven aanhouden. En ik denk dat dat is waar het begint.

Als je ernstige bijwerkingen hebt wanneer je met het medicijn begint, kan dat ook blijven hangen.

Samengevat: verkeerd afbouwen of extreme gevoeligheid voor de bijwerkingen. En dan zijn er ongetwijfeld nog andere dingen die we nog niet weten, en dat is heel triest.

Het probleem is, dat je het niet van tevoren weet. Je kunt niet weten of je erg gevoelig bent, of je problemen gaat krijgen met het op- en afbouwen van de medicatie. Het is niet te voorspellen. Tot op zekere hoogte is het een gok.

Ja, absoluut. Het is een gok, want mensen weten misschien niet eens dat ze in de problemen kunnen komen totdat ze na een paar jaar proberen te stoppen met de medicatie of de dosering te verlagen en dan in de problemen komen.

Ja, en daar hebben ze niet om gevraagd. Het ergste is dat we hier niet over geïnformeerd worden. Het hele idee achter een richtlijn is dat niet iedere arts en iedere patiënt een hele berg wetenschappelijke literatuur hoeft door te lezen. Dat lukt je niet. Vervolgens worden er wat mensen ingehuurd om een richtlijn te maken. Maar niet alle informatie wordt opgenomen in de richtlijn, want dat zou bepaalde belangen kunnen schaden; die dingen houden ze buiten de deur. Dus wij weten ze niet. Het zijn voor mij de droevigste momenten als ik mensen moet uitleggen dat ze afhankelijk zijn van dit spul, en dat ze er niet zomaar mee kunnen stoppen. Dat het zwaar zal zijn om er af te komen, dat het jaren kan duren. Dat zou niet zo mogen zijn. Die informatie zou in die richtlijnen moeten staan.

Anders, samenvattend, jij hebt een uniek perspectief omdat je hier promotieonderzoek naar hebt gedaan en ook mensen persoonlijk helpt in jouw praktijk. Ik vroeg me af wat jouw ervaringen, zowel in het onderzoek als in de kliniek, jou hebben geleerd over de beste manier om het afbouwen van psychiatrische medicatie aan te pakken.

Allereerst is hyperbolisch afbouwen natuurlijk een must. Het moet ook flexibel gebeuren, want het is ook iets persoonlijks. Deze grafieken meten het gemiddelde. Dus, je kunt niet zomaar in de grafiek lezen, ik heb die dosis, ik

heb die mate van bezetting. Het hangt af van persoonlijke, individuele kenmerken.

Het geldt voor iedereen dat het hyperbolisch moet gebeuren, maar hoe precies, dat kan verschillen. Daarmee begint het. Het is echt moeilijk om schema's of percentageregels op te stellen. Eigenlijk is het steeds minderen, stabiliseren, minderen, stabiliseren, en natuurlijk heel goed begrijpen hoe ernstig ontwenningsverschijnselen kunnen zijn, zodat mensen niet verstrikt raken in de gedachte dat het in henzelf zit, dat dit is wie zij zijn zonder de medicatie. Dat is het eerste wat we besproken hebben.

We weten hoe het moet, ook al kost het veel tijd. Wat je vooral nodig hebt zijn doseringen die klein genoeg zijn. Maar het stoppen met psychiatrische medicatie is voor mij meer dan ontwenning en de chemie, al zijn er andere mensen die het hier niet mee eens zijn. Allereerst moet je aan de slag met nieuwe strategieën. Als je gewend bent om je zorgen, je gepieker en je trauma's de kop in te drukken met een medicijn, dan komen ze over het algemeen steeds weer terug. Tenzij je tijdens het gebruik van de medicatie aan de slag bent gegaan met nieuwe strategieën of een nieuwe behandeling. Maar sommige mensen doen dat niet. Voor mij draait psychotherapie om het leren van nieuwe vaardigheden, nieuwe strategieën. Daarom ben ik hier als psycholoog. Psychotherapie probeert een antwoord te geven op de vraag hoe we onze geest kunnen reguleren met ons verstand. Hoe stoppen we met piekeren zonder onszelf te verdoven met een pilletje? Het is mogelijk. Er zijn strategieën, bijvoorbeeld metacognitieve therapie en bepaalde meditatietechnieken die je kunnen helpen stoppen met piekeren. Als je dit jezelf hebt aangeleerd en je gedachten en gevoelens komen weer tot leven tijdens het afbouwen, dan heb je verder geen hulpmiddelen nodig.

Het is ook meer dan dat. Vaak gaat het ook om het veranderen van je eigen denkwijze en je overtuiging over wat een psychische aandoening is. Je moet afstand nemen van het idee dat je medicatie nodig hebt om je geest te reguleren. Je moet af van het idee dat pijn een ziekte is, zoals de psychiatrie ons altijd heeft voorgehouden.

Ik moet benadrukken dat we psychopathologie of hoe je het wilt noemen inderdaad bestaat. Maar het is geen biologische pathologie, geen afwijking in je hoofd, zoals ons verteld wordt. Elke aandoening beschreven in de DSM bestaat als iets wat je kunt ervaren. Maar daar gaat dit niet over. Het gaat erom wat het is: is het iets wat in jou zit, in je hoofd of is het een reactie op iets? Dus verander je manier van denken over wat er eigenlijk aan de hand is; beschouw je emotionele toestand als een reactie ergens op en probeer daar iets aan te doen. Stap af van het idee dat er iets aan jou mankeert, kapot is of ziek. Als je niet weer aan de medicatie wilt, moeten we gaan naar de gedachten die jij hebt over wat je voelt en over wat jou mankeert - of niet mankeert. Naar aanleiding waarvan ben je depressief of psychotisch.

Veel van mijn patiënten zijn die vragen nooit gesteld in de klinische zorg, omdat ze buiten het ziektemodel vallen. Dus, soms is het stoppen met psychiatrische medicatie veel meer dan alleen het afbouwen van het medicijn en ik vind dat daar meer over gesproken mag worden.

Ja, dat is inderdaad belangrijk. Bedankt. Je noemt iets heel belangrijks. Want eerst had je het over de lichamelijke afhankelijkheid die ontstaat omdat psychiatrische medicijnen inwerken op receptoren in onze hersenen. Maar vervolgens had je het over de psychische afhankelijkheid die ontstaat als een dokter je vertelt dat je hersenen kapot zijn, dat je medicatie nodig hebt en dat je daarop moet vertrouwen. Er moet dus iets gedaan worden met die lichamelijke afhankelijkheid, maar ook met de psychische afhankelijkheid.

Precies. We hebben allemaal onze eigen overtuiging over wie we zijn, wat onze gedachten en gevoelens zijn en wat er eventueel mis is met ons, voor zover dat het geval is. Je kunt niet zomaar tegen iemand zeggen, jouw hersens zijn kapot, jij heb dit nodig. Dat is een hele zware boodschap, of het nu direct of indirect wordt gezegd. Want je gaat ernaar leven, het wordt een deel van je identiteit, en je zal nooit het gevoel hebben dat je controle hebt over je geest zolang je daar medicatie voor nodig hebt. Het bevestigt de overtuiging dat je geest oncontroleerbaar zou zijn: ik heb geen grip op mijn geest, ik voel me overweldigd, ik begrijp mijn gevoelens niet.

Het voelt een stuk prettiger als je dat niet zo voelt. Het kan een manier zijn om de geest te kalmeren, maar het lost het probleem niet op lange termijn op. Dus ja, het beïnvloedt op een negatieve manier onze meest fundamentele overtuiging over wie we zijn en wat de geest is, wat een gedachte is, en hoe we die kunnen reguleren als we deze medische modelverklaring te horen krijgen. Het is duidelijk dat sommige mensen deze medicatie nemen omdat ze niet kunnen stoppen. Hun overtuiging is prima, er is een strategie, en met heel veel mensen gaat het ook prima, maar als we het hebben over herstel op de lange termijn, dan moeten we deze opvattingen ook onderzoeken. Dit gaat veel dieper dan chemie.

Dank je, Anders. Tot slot, voordat we afronden voor vandaag, vraag ik me af of je vindt dat er nog iets belangrijks is dat we moeten delen met de mensen die hiernaar luisteren of kijken.

De conclusie of wat dit impliceert is duidelijk. Als je geprobeerd hebt je antidepressiva af te bouwen op een lineaire manier, dus met stappen van gelijke grootte, en je bent je daarna slechter gaan voelen, wat waarschijnlijk gebeurde, en je hebt de medicatie waarschijnlijk langere tijd gebruikt dan heb je niet echt afgebouwd. Dat wil ik benadrukken. Als je niet op de hyperbolische manier hebt afgebouwd dan was het niet echt afbouwen. Ik bedoel daarmee dat de reactie van je lichaam helemaal niets zegt over wie jij bent zonder die medicatie en wat die medicatie voor je doet. Dat is belangrijk om te weten, want mensen die een mislukte stoppoging achter de rug hebben zijn vaak bang om het nog eens te proberen. Dus het is heel belangrijk om te benadrukken dat dit anders is. Hyperbool afbouwen werkt. Er zijn nog geen randomised trial onderzoeken geweest, en in de hiërarchie van bewijsmateriaal staan we niet zo hoog genoteerd, helaas, maar toch ben ik ervan overtuigd dat dit de beste manier is, want uit het onderzoek dat er wel is, zijn heel veel conclusies te trekken waardoor we weten, en waardoor ik er ook van overtuigd ben, dat dit werkt.

Je hoeft dus niet bang te zijn.

Je kunt het opnieuw proberen op een andere manier. Het perspectief is breder want we hebben geen enkele aanwijzing dat een langdurige

behandeling met antidepressiva een terugval voorkomt. Want de onderzoeken die worden aangehaald als bewijs daarvoor kloppen niet, want het gaat over stoppen met medicatie, maar er wordt geen rekening gehouden met ontwenningsverschijnselen. Er wordt van de ene op de andere dag gestopt met medicatie, of er wordt heel snel afgebouwd, bijvoorbeeld in een paar weken. Dan treden er dus ontwenningsverschijnselen op. En daarom klopt de conclusie van zo'n onderzoek niet. En dat is echt schokkend. Er zijn zoveel mensen die deze medicatie gebruiken en we weten niet eens of het eigenlijk wel nodig is.

Ja, absoluut. Dank je, Anders. Ik wil je bedanken voor het werk dat je doet en voor de hulp die je mensen geeft, omdat het allemaal bijdraagt aan een rijk geschakeerde verzameling informatie, waar alle aspecten van ontwenning en afbouwen aan de orde komen en gekeken wordt waarom het afbouwen voor mensen zo moeilijk is. We moeten degenen die deze medicatie voorschrijven overtuigen dat het voorschrijven van deze medicatie een stuk makkelijker is dan het afbouwen ervan. Dat afbouwen is verre van eenvoudig en vraagt speciale aandacht.

Ja, het is inderdaad een crisis, en bovendien is het iets waar al die mensen nooit om gevraagd hebben.

Bedankt voor alles wat je doet en bedankt dat je vandaag aanwezig kon zijn, Anders, voor dit gesprek. Het was me een genoegen.

Voor mij ook. Dank je.

© World Tapering Day

© World Tapering Day