

Statusartikel

Nedtrapning af antidepressiv medicin

Marte Ustrup¹, Casper Westergaard² & Helene Speyer^{1, 3}

1) Copenhagen Research Center for Mental Health (CORE), Psykiatrisk Center København, Region Hovedstadens Psykiatri, 2) Westergaard Psykiatri, 3) Institut for Klinisk Medicin, Københavns Universitet

Ugeskr Læger 2025;187:V01250040. doi: 10.61409/V01250040

HOVEDBUDSKABER

- Ned- og udtrapning af antidepressiva har været underbelyst.
- Nye internationale guidelines anbefaler langsom, hyperbolsk nedtrapning for at mindske risikoen for ophørssymptomer.
- Dette kan forbedre kvaliteten og sikkerheden ved nedtrapning af antidepressiva.

Danskernes forbrug af psykofarmaka, herunder antidepressiv medicin, har været stigende over de sidste ti år [1]. I 2024 indløste 497.000 danskere mindst én recept på antidepressiva, svarende til ca. 8% af befolkningen [2]. Mangeårig, sågar livslang, behandling kan være indiceret for nogle patienter [3], mens der for andre kan være fagligt eller personligt rationale for ned- eller udtrapning, f.eks. ved remission, polyfarmaci, bivirkninger, patientpræferencer eller for høj dosering i vedligeholdelsesfasen [4, 5]. Ordination af psykiatriske lægemidler er baseret på evidensbaserede kliniske vejledninger, men ofte mangler der en klar strategi for afslutning [6, 7]. Dette kan resultere i langvarig behandling, der ikke er klinisk velindiceret. Konsekvensen kan være øget risiko for fysisk afhængighed, toleransudvikling og ophørssymptomer ved senere udtrapning [4, 5].

Både nationalt og internationalt anerkendes udtrapning (deprescribing) i stigende grad som en essentiel del af medicinsk behandling [4, 6, 8]. Deprescribing er den planlagte og kontrollerede proces med at reducere eller stoppe medicin, der muligvis ikke længere er gavnlig eller kan forårsage skade [6]. Forskningen i den medicinske behandling har traditionelt fokuseret på opstart (prescribing) og fastholdelse (adherence), mens der kun eksisterer begrænset evidensbaseret viden om ned- og udtrapning [6, 9]. En systematisk gennemgang af 21 internationale kliniske vejledninger for antidepressiv behandling viste, at kun 15 (71%) nævnte udtrapning, men ingen indeholdt konkret vejledning til processen eller til differentiering mellem ophørssymptomer og tilbagefald [7]. Dette har bidraget til en kløft mellem de behov, som nogle patienter beskriver ved udtrapning, og den vejledning og støtte, som de oplever at få i sundhedsvæsenet [10-12]. På den baggrund har nuværende og tidligere psykiatribrugere verden over etableret peerbaserede selvhjælpsgrupper og igangsat brugerdrevet forskning [10, 11]. I Danmark er MedicinRådgivningen, i regi af SIND, det største online, peerdrevne initiativ i Norden med dette formål, og man modtager ca. 3.000 nye henvendelser årligt [13].

Ovenstående udvikling har givet anledning til the Maudsley Deprescribing Guidelines [4], publiceret i 2024, som er en evidensbaseret international vejledning i ned- og udtrapning af antidepressiva, benzodiazepiner og stemningsstabiliserende præparater. Vejledningen er baseret på aktuel forskning samt viden og erfaringer fra klinisk praksis, inklusive fra patienter.

Formålet med denne statusartikel er at formidle den nyeste viden om ned- og udtrapning af antidepressiva.

Artiklen gennemgår centrale aspekter, herunder ophørssymptomer, neurobiologi, rationale for

individualiseret, langsom og hyperbolsk nedtrapning (defineret som gradvise dosisreduktioner i procentvist faldende trin, dvs. stadig mindre trin, mod slutningen af forløbet, frem for lineært i lige store trin [4]) samt anbefalinger til klinisk praksis. Det er vores ambition, at læger med ansvar for medicin nedtrapning kan finde relevant faglig viden og praktisk støtte i disse principper, særligt i de tilfælde, hvor patienter oplever svære ophørssymptomer.

Ophørssymptomer

Ophørssymptomer ved nedtrapning af antidepressiva opstår, når lægemidlet elimineres hurtigere, end hjernens neuroadaptation finder sted [14, 15]. Der er beskrevet mindst 80 forskellige ophørssymptomer ved antidepressiva [4], herunder både akutte/forsinkede og forbigående/vedvarende [16-18]. De hyppigste ophørssymptomer er listet i **Tabel 1**. Der er stor variation i forekomsten af ophørssymptomer, der rapporteres i litteraturen [19-21]. Hyppigheden estimeres på Promedicin.dk til at finde sted hos 40-50% af personer, der udtrapper antidepressiva [19], mens en nyere metaanalyse estimerer forekomsten til 15% [20]. Metaanalysen er dog blevet kritiseret for metodiske svagheder, og i en reanalyse af de samme studier baseret på andre selektionskriterier fandt man en forekomst på 55% [22]. Forskningen på området kompliceres af, at ophørssymptomer kan være vanskelige at skelne fra symptomer på tilbagefald af den underliggende sygdom [23]. I praksis kan denne fejlvurdering medføre en række negative konsekvenser for patienten, herunder unødigt lang »eksponering« inden dosis igen øges og forværret prognose [24]. Der findes ingen sikre metoder til at differentiere ophørssymptomer fra tilbagefald, men følgende karakteristika kan være vejledende [4, 23, 25]:

TABEL 1 Alfabetisk oversigt over hyppige ophørssymptomer ved udtrapning af selektive serotoninoptagshæmmere og serotonin- og noradrenalinoptagshæmmere. Oversat og tilpasset fra [4].

Kategori	Symptomer (hyppighed)	Kategori	Symptomer (hyppighed)
Adfærdsmæssigt	Aggressiv adfærd Impulsivitet Rastløshed Udbrud af gråd/vrede	Kognitivt	Amnesi/hukommelsesbesvær (34%) ^a Desorientering Forvirring (53%) Nedsat koncentrationsevne Nedsat opmærksomhed Sløvhed/døsig
Affektivt	Agitation (56%) Angst Anspændthed/vrede (47%) Depersonalisering Depression/forværrer humør (60%) Derealisation Dysfori Emotionel labilitet (47%) Frygt Grådanfald (54%) Hypomani/eufori Irritabilitet (60%) Nervøsitet (53%) Panik Selvmordstanker/-forsøg	Neuromuskulært	Ataksi ^a Koordinationsproblemer ^a Krampeanfald ^a Ledsmærter Muskelsmerter Muskelspasmer ^a Myoklonus Rysten
Gastrointestinalt	Anoreksi Diarré ^a Kvalme (44%) ^a Mavesmerter/-krampe Opkast ^a	Psykotisk	Delirium ^a Katatoni ^a Visuelle/auditive hallucinationer ^a
Generelt	Akatisi ^a Hovedpine (53%) Influenzalignende symptomer Kulderystelser Rødmen Sløvhed Smerter Svedtendens Svimmelhed (65%) ^a Træthed (45%) Ubehag	Sensorisk	Elektriske stødfornemmelser: »zaps« ^a Følelsesløshed Hypersensitivitet ^a Hyperæstesi Kløe Neuralgi Paræstesier Prikkende fornemmelser Sløret syn Summende lyd i hovedet Tinnitus ^a Visuelle ændringer, f.eks. paliopsi Ændret smag
Kardiovaskulært	Brystsmærter Hypertension Postural hypotension Synkope Takykardi Vertigo ^a Åndenød	Seksuelt	For tidlig sædafgang Genital hypersensitivitet PSSD
		Søvnrelateret	Hypersomni Livagtige drømme (51%) ^a Mareridt Søvnløshed (50%)

PSSD = post-SSRI-seksuel dysfunktion; SSRI = selektiv serotoninoptagshæmmer.

a) Symptom, der kan differentiere ophørssymptomer fra tilbagefald af den underliggende lidelse.

- Tidspunkt: Ophørssymptomer opstår typisk inden for få timer til dage efter dosisreduktion, afhængigt af præparatets halveringstid.

- Symptomatologi: Ophørssymptomer adskiller sig ofte fra den oprindelige symptomatologi ved den underliggende lidelse og er ofte kendetegnet ved flere somatiske symptomer.

- Respons på dosisøgning: Ophørssymptomer remitterer som regel hurtigt efter genoptagelse eller øgning af dosis.

Et værktøj til at understøtte differentieringen er Discriminatory Antidepressant Withdrawal Symptom Scale (DAWSS) [4]. De symptomer, som ifølge DAWSS kan skelne mellem ophørssymptomer og tilbagefald, er opført i Tabel 1. Et alternativ er Discontinuation-Emergent Signs and Symptoms Checklist (DESS), der er udviklet specifikt til at identificere ophørssymptomer fra antidepressiva [25].

Sværhedsgrad og varighed af ophørssymptomer varierer ligeledes betydeligt – fra kortvarige og milde forløb til svære tilfælde med betydelig påvirkning af patientens funktionsniveau, arbejdsevne, sociale relationer og

selvmordsrisiko [9, 18, 24]. Langvarigt ophørssyndrom er et fortsat underbelyst fænomen [26].

Den enkelte patients risiko kan forsigtigt anslås som en risikoscore, der vurderer sandsynligheden for ophørssymptomer på baggrund af: behandlingsvarighed, præparat, dosering og patientens individuelle karakteristika [4, 17]. **Tabel 2** viser Maudsley Deprescribing Guidelines' risikovurderingsværktøj [4]. Generelt medfører højere grad af adaption til medicinen en højere sandsynlighed for ophørssymptomer, f.eks. ved højere dosering og længere behandlingsvarighed. Farmakologien ved de enkelte præparater spiller en rolle med højere risiko for ophørssymptomer ved præparater med kort halveringstid samt med specifikke receptormål. Endelig ses der individuel variation i følsomhed, men individspecifikke prædiktorer er endnu underbelyste [17]. Det skal bemærkes, at denne risikoscore endnu ikke har været afprøvet i et prospektivt studie.

TABEL 2 Vurdering af individuel risiko for ophørssymptomer. Oversat og tilpasset fra [4].

Faktor for individuel risiko for ophørssymptomer	Risikoscore ^a , point
<i>Behandlingsvarighed</i>	
Kort: 1-6 mdr.	0
Intermediær: 6-12 mdr.	1
Lang: 1-3 år	2
Meget lang: > 3 år	3
<i>Type af antidepressiva</i>	
Laveste risiko: Agomelatin	0
Lav risiko: Vortioxetin, trimipramin, dosulepin	1
Moderat risiko: SSRI: citalopram, escitalopram, sertralin, fluvoxamin, fluoxetin TCA: amitriptylin, nortriptylin, clomipramin, imipramin Andre: bupropion	2
Høj risiko: SNRI: desvenlafaxin, duloxetin, venlafaxin MAOI: phenelzin, moclobemid Andre: paroxetin, mirtazapin	4
<i>Dosering</i>	
< mindste terapeutiske dosis	0
≥ mindste terapeutiske dosis	1
<i>Tidligere erfaring med ophørssymptomer ved udtrapning af antidepressiva</i>	
Ingen ophørssymptomer	0
Milde-moderate ophørssymptomer	1
Svære ophørssymptomer	2
Meget svære ophørssymptomer	3

MAOI = monoaminoxidasehæmmer; SNRI = serotonin- og noradrenalinoptagshæmmer; SSRI = selektiv serotoninoptagshæmmer; TCA = tricyklisk antidepressivum.

a) Samlet score: 0 (lav risiko); 1-4 (medium risiko); 5-8 (høj risiko); ≥ 9 (meget høj risiko).

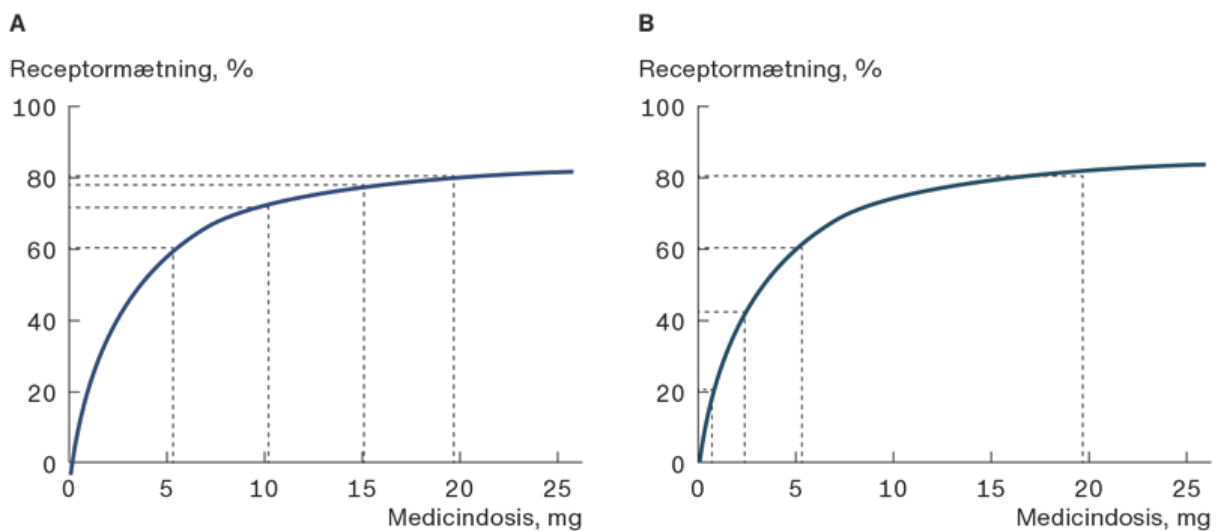
Rationale for langsom og hyperbolsk nedtrapning

Ved kontinuerlig administration af antidepressiva indtræder en neuroadaptation, der skaber en ny homøostatisk ligevægt [14, 15, 17]. Adaptation afhænger af det specifikke præparat, men generelt vil en antagonist føre til en kompensatorisk opregulering af antal receptorer eller følsomhed, mens en agonist medfører nedregulering af disse parametre [27, 28]. Der findes således en ny homøostase, et sætpunkt, der forskydes, når dosis øges eller reduceres. Ophørssymptomer opstår, når ændringen i receptormætning sker hurtigere, end transmittersystemet kan tilpasse sig [14, 15]. Enkelte studier har påvist, at neuroadaptationen kan være årevis om at finde sted,

hvilket kan forklare forekomsten af langvarige ophørssymptomer [18]. Varigheden af ophørssymptomer afgøres således ikke kun af, hvor længe kroppen er om at eliminere stoffet, men også af nervesystemets plasticitet [14, 15].

Ud over en langsom nedtrapning, der afventer kompensatorisk neuroadaptation, anbefales i stigende grad en hyperbolsk nedtrapningskurve [4, 5]. Dette indebærer, at dosisreduktionerne ikke foretages lineært i lige store trin, men gradvist aftager i procentvist faldende trin mod slutningen af forløbet, så den afsluttende fase består af en lang »hale« af små dosisreduktioner. Formålet er at undgå en uforholdsmæssigt stor ændring i receptormætning [4, 5, 29]. Ved lave doser er der en større koncentration af tilgængelige receptorer, der kan reagere med stoffet, hvilket betyder, at små ændringer i koncentration har relativt større effekt. Heraf følger, at en lineær nedtrapning forstyrrer homøostasen mest ved lave doser. Dette er illustreret i **Figur 1**.

FIGUR 1 Lineær (A) versus hyperbolsk (B) nedtrapning af antidepressiv medicin. Oversat fra [4].



Klinisk praksis for nedtrapning

Det skal bemærkes, at der ikke foreligger randomiserede kliniske studier, der direkte sammenligner lineær nedtrapning head-to-head med hyperbolsk nedtrapning. Den tilgængelige evidens bygger primært på det neurobiologiske rationale og ukontrollerede kohortestudier [30]. Anbefalingen i Maudsley Deprescribing Guidelines er derfor baseret på en kombination af teoretisk forståelse af receptormætning, data fra eksisterende studier samt kliniske erfaringer, herunder patientrapporter [4]. De overordnede principper for nedtrapningsprocessen er [4]:

- At den er langsom.
- At den er fleksibel og kan justeres.
- At den følger en hyperbolsk kurve.
- At den involverer tæt lægefaglig monitorering af ophørssymptomer.

Nedtrapningsprocessen omfatter fire trin som illustreret i **Figur 2** [4]:

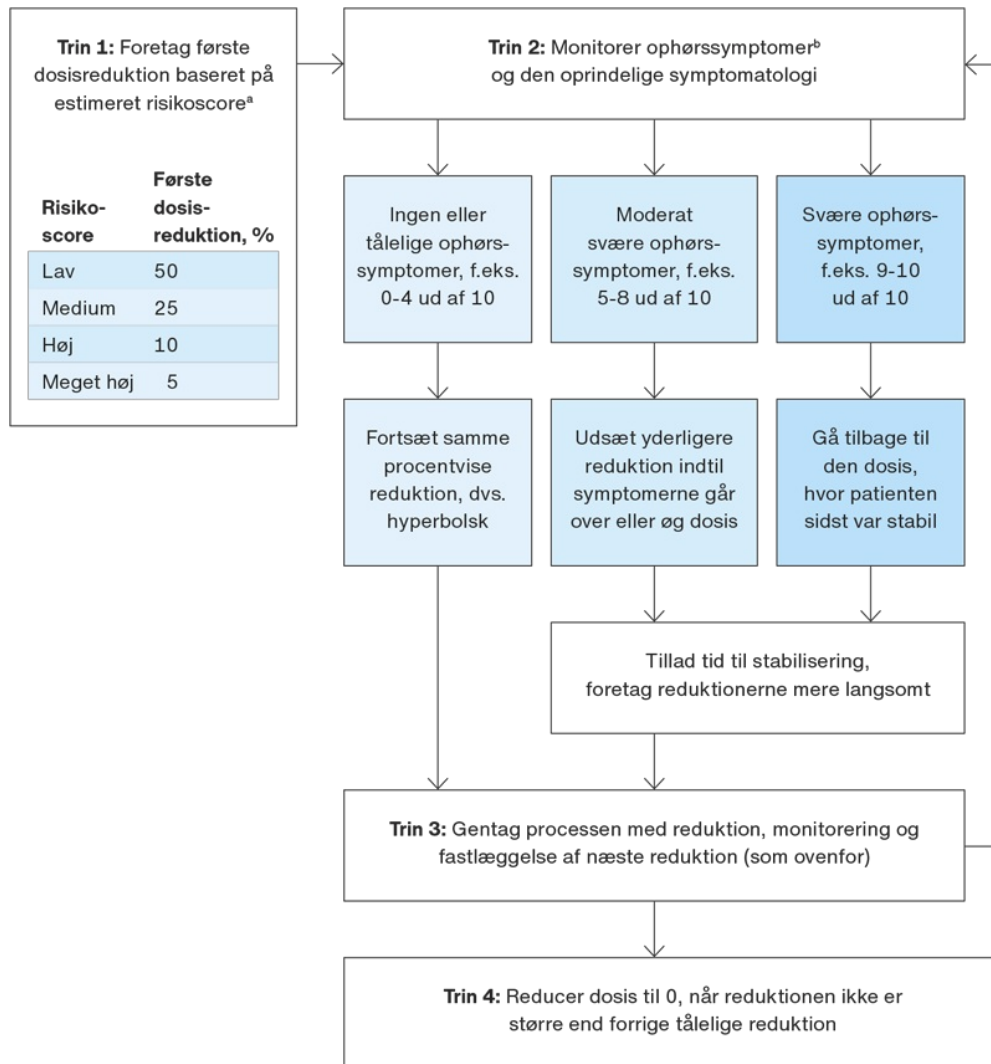
FIGUR 2 Nedtrapningsproces for antidepressiv medicin. Oversat og tilpasset fra [4].

Forberedelse: læge

- Viden om nedtrapning
- Vurder eksisterende mestringsstrategier
- Styrk eksisterende mestringsstrategier
- Overvej yderligere støtte, f.eks. støttegrupper, mindfulness, metakognitiv terapi

Forberedelse: læge/patient

- Diskuter patientens motivation og omstændigheder
- Adresser potentielle barrierer og facilitatorer
- Informer om risici og fordele
- Informer om ophørssymptomer og håndtering
- Forklar nedtrapningsprocessen



a) Jf. Tabel 2.

b) Jf. Tabel 1 eller [25].

- Trin 1: Den første dosisreduktion fastlægges på baggrund af den estimerede risikoscore.

- Trin 2: Patienten monitoreres for ophørssymptomer i 2-4 uger og længere ved usikkerhed om respons, eller indtil symptomerne forsvinder eller bliver tålelige. Monitoreringen kan baseres på DESS eller symptomlisten i Tabel 1.

- Trin 3: På baggrund af responsen på første reduktion gennemføres en tilsvarende reduktion i receptormætning, dvs. hyperbolsk, eller en mindre reduktion, hvis symptomerne har været udtalte. Næste reduktion foretages først, når ophørssymptomerne er forsvundet eller kan tolereres af patienten.

- Trin 4: Processen gentages. Ved svære ophørssymptomer øges dosis til det niveau, hvor symptomerne sidst var tålelige. Når patienten igen er stabiliseret, foretages en endnu mindre reduktion og/eller en længere pause mellem reduktionerne, f.eks. 6-8 uger.

Ud over at vurdere risikoen for ophørssymptomer bør nedtrapning altid indledes med en grundig klinisk samtale, herunder en vurdering af anamnese, recidivrisiko samt etablering af et tillidsfuldt samarbejde. Den praktiske vejledning bør omfatte udarbejdelse af en struktureret plan for håndtering af evt. tilbagefald og løbende vurdering af selvmordsrisiko. Planen bør inkludere identificering af risikofaktorer, individuelle advarselstegn samt inddragelse af pårørende.

I praksis indebærer den hyperbolske model, at patienten i den sidste fase af processen har behov for doser, der er væsentlig mindre end de styrker, der aktuelt er tilgængelige på apoteket. Der findes flere måder at løse det på. For antidepressiva anbefaler Promedicin.dk at afprøve skift til fluoxetin, som på grund af sin lange halveringstid i sig selv medfører en hyperbolsk nedtrapningskurve [19], men ifølge Maudsley Deprescribing Guidelines og NICE Guidelines kan dette ikke anbefales, da fluoxetin også kan udløse ophørssymptomer [4, 5]. Andre metoder omfatter brug af taperingstrips [30], som danske læger kan bestille fra Holland (off-label), eller at overgå til escitalopramdråber [19]. Maudsley Deprescribing Guidelines beskriver desuden metoder såsom opløsning af tabletter i væske med efterfølgende dosering via sprøjte eller åbning af kapsler med optælling af de enkelte »perler« (en metode, der også anbefales på Promedicin.dk under supervision af læge) [4, 19]. De nævnte muligheder repræsenterer eksempler, som må tilpasses den enkelte patients præferencer og erfaring, herunder økonomiske og praktiske vilkår, samt den behandlingsansvarlige læge og tilgængelighed.

Konklusion

Ned- og udtrapning af antidepressiva kan være en kompleks proces, som kræver forståelse af neurobiologi, ophørssymptomer og individuelle risikoprofiler. De nye Maudsley Deprescribing Guidelines fremhæver to centrale aspekter: at ophørssymptomer kan være hyppigere, sværere og mere langvarige end tidligere beskrevet, og at disse kan minimeres ved en langsom, hyperbolsk nedtrapningsproces. Ikke alle patienter oplever vanskeligheder ved nedtrapning, men for dem, der gør, kan kendskab til disse principper være hjælpsomt. Det skal afslutningsvis bemærkes, at der stadig mangler kliniske studier, der underbygger dette, og der er derfor brug for fortsat forskning på området.

Korrespondance Marte Ustrup. E-mail: marte.ustrup@regionh.dk

Antaget 7. oktober 2025

Publiceret på ugeskriftet.dk 22. december 2025

Interessekonflikter ingen. Alle forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2025;187:V01250040

doi 10.61409/V01250040

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

SUMMARY

Principles of antidepressant tapering

Discontinuation of antidepressants can be a complex process which requires an understanding of underlying neurobiological mechanisms, withdrawal symptoms, and individual risk profiles. Current clinical guidelines provide limited details on tapering strategies. The new Maudsley Deprescribing Guidelines highlight two key aspects: withdrawal symptoms occur more frequently, are more severe, and persist longer than previously recognized; and these risks can be reduced through a slow, hyperbolic tapering process. The aim of this review is to present these principles for antidepressant tapering.

REFERENCER

1. Olsen RF, Poulsen AM, Vendsborg P, et al, red. Tal og fakta om psykisk sygdom i Danmark. Psykiatrifonden, 2023. https://psykiatrifonden.dk/files/media/document/Tal_og_fakta_om_psykisk_sygdom_i_Danmark_2023.pdf (okt 2025)
2. Sundhedsdatastyrelsen. Medstat.dk. <https://medstat.dk/> (7 apr 2025)
3. National Institute for Health and Care Excellence. Depression in adults: treatment and management. NICE Guideline. NG222. National Institute for Health and Care Excellence, 2022. www.nice.org.uk/guidance/ng222/resources/depression-in-adults-treatment-and-management-pdf-66143832307909 (okt 2025)
4. Taylor D, Horowitz M. The Maudsley Deprescribing Guidelines. Antidepressants, benzodiazepines, gabapentinoids and Z-drugs. John Wiley & Sons, 2024. <https://doi.org/10.1002/9781394291052>
5. National Institute for Health and Care Excellence. Medicines associated with dependence or withdrawal symptoms: safe prescribing and withdrawal management for adults. NG215. National Institute for Health and Care Excellence, 2022. www.nice.org.uk/guidance/ng215/resources/medicines-associated-with-dependence-or-withdrawal-symptoms-safe-prescribing-and-withdrawal-management-for-adults-pdf-66143776880581 (okt 2025)
6. Gupta S, Cahill JD. A prescription for "deprescribing" in psychiatry. Psychiatr Serv. 2016;67(8):904-907. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500359>
7. Sørensen A, Jørgensen KJ, Munkholm K. Clinical practice guideline recommendations on tapering and discontinuing antidepressants for depression: a systematic review. Ther Adv Psychopharmacol. 2022;12:20451253211067656. <https://doi.org/10.1177/20451253211067656>
8. Lundby C, Burghle A, Ryg J, et al. Afmedicinering i danske kliniske behandlingsvejledninger. Ugeskr Læger. 2022;184:V01220063
9. Davies J, Read J. A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: are guidelines evidence-based? Addict Behav. 2019;97:111-121. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.08.027>
10. Groot PC, van Os J. How user knowledge of psychotropic drug withdrawal resulted in the development of person-specific tapering medication. Ther Adv Psychopharmacol. 2020;10:2045125320932452. <https://doi.org/10.1177/2045125320932452>
11. White E, Read J, Julo S. The role of Facebook groups in the management and raising of awareness of antidepressant withdrawal: is social media filling the void left by health services? Ther Adv Psychopharmacol. 2021;11:2045125320981174. <https://doi.org/10.1177/2045125320981174>
12. Guy A, Brown M, Lewis S, Horowitz M. The "patient voice": patients who experience antidepressant withdrawal symptoms are often dismissed, or misdiagnosed with relapse, or a new medical condition. Ther Adv Psychopharmacol. 2020;10:2045125320967183. <https://doi.org/10.1177/2045125320967183>
13. MedicinRådgivningen. MedicinRådgivningen, 2025. <https://www.medicinraadgivningen.dk/> (7 apr 2025)
14. Reidenberg MM. Drug discontinuation effects are part of the pharmacology of a drug. J Pharmacol Exp Ther. 2011;339(2):324-328. <https://doi.org/10.1124/jpet.111.183285>
15. Turton S, Lingford-Hughes A. Neurobiology and principles of addiction and tolerance. Medicine. 2016;44(12). <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2016.09.007>
16. Cosci F, Chouinard G. Acute and persistent withdrawal syndromes following discontinuation of psychotropic medications. Psychother Psychosom. 2020;89(5):283-306. <https://doi.org/10.1159/000506868>
17. Lerner A, Klein M. Dependence, withdrawal and rebound of CNS drugs: an update and regulatory considerations for new drug development. Brain Commun. 2019;1(1):fcz025. <https://doi.org/10.1093/braincomms/fcz025>
18. Hengartner MP, Schulthess L, Sørensen A, Framer A. Protracted withdrawal syndrome after stopping antidepressants: a

- descriptive quantitative analysis of consumer narratives from a large internet forum. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2020;10:2045125320980573. <https://doi.org/10.1177/2045125320980573>
19. Videbech P, Christensen KS, Vinberg M. Aftrapning af antidepressiva. *Medicin.dk*, 2025. <https://pro.medicin.dk/Laegemiddelgrupper/Grupper/318750>
 20. Henssler J, Schmidt Y, Schmidt U, et al. Incidence of antidepressant discontinuation symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2024;11(7):526-535. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(24\)00133-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00133-0)
 21. Kalfas M, Tsapekos D, Butler M, et al. Incidence and nature of antidepressant discontinuation symptoms: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2025;82(9):896-904. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2025.1362>
 22. Moncrieff J, Hobday H, Sørensen A, et al. Evidence on antidepressant withdrawal: an appraisal and re-analysis of a recent systematic review. *Psychol Med*. 2025;55:e191. <https://doi.org/10.1017/S0033291725100652>
 23. Horowitz MA, Taylor D. Distinguishing relapse from antidepressant withdrawal: clinical practice and antidepressant discontinuation studies. *BJPsych Adv*. 2022;28(5):297-311. <https://doi.org/10.1192/bja.2021.62>
 24. Haddad PM, Anderson IM. Recognising and managing antidepressant discontinuation symptoms. *Adv Psychiatr Treat*. 2007;13(6):447-457. <https://doi.org/10.1192/apt.bp.105.001966>
 25. Rosenbaum JF, Fava M, Hoog SL, et al. Discontinuation-Emergent Signs and Symptoms Checklist (DESS). *APA Psyc Tests*. 1998. <https://doi.org/10.1037/t03353-000>
 26. Rennwald A, Hengartner MP. Post-acute withdrawal syndrome (PAWS) after stopping antidepressants: a systematic review with meta-narrative synthesis. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2025;34:e29. <https://doi.org/10.1017/S204579602500023X>
 27. Silvestri S, Seeman P, Negrete JC, et al. Increased dopamine D2 receptor binding after long-term treatment with antipsychotics in humans: a clinical PET study. *Psychopharmacology (Berl)*. 2000;152(2):174-180. <https://doi.org/10.1007/s002130000532>
 28. Gray NA, Milak MS, DeLorenzo C, et al. Antidepressant treatment reduces serotonin-1A autoreceptor binding in major depressive disorder. *Biol Psychiatry*. 2013;74(1):26-31. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.11.012>
 29. Holford N. Pharmacodynamic principles and the time course of delayed and cumulative drug effects. *Transl Clin Pharmacol*. 2018;26(2):56-59. <https://doi.org/10.12793/tcp.2018.26.2.56>
 30. van Os J, Groot PC. Outcomes of hyperbolic tapering of antidepressants. *Ther Adv Psychopharmacol*. 2023;13:20451253231171518. <https://doi.org/10.1177/20451253231171518>