

---

## Avhengighet av nyere antidepressiver

---

DEBATT

ARNE VAALER

arne.e.vaaler@ntnu.no

Arne Vaaler er overlege ved Seksjon for akuttpsykiatri, St. Olavs hospital og professor ved Det medisinske fakultet, NTNU.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir følgende interessekonflikter: Han er leder av klinisk akademisk forskningsgruppe med mål om prediksjon og behandling av akutt suicidfare. Forskningsgruppen finansieres av Helse Midt-Norge.

---

### Seponeringssymptomer etter bruk av antidepressiver er hyppigere, mer langvarige og alvorligere enn tidligere hevdet. Norske behandlingsråd bør revideres.

I 2019 endret The National Institute for Health and Care Excellence i England sine anbefalinger for depresjonsbehandling med tydeliggjøring av omfang, lengde og alvorlighet av seponeringssymptomer etter behandling med antidepressiver (selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI) og selektive serotonin- og noradrenalinreopptakshemmere (SNRI)). Norske retningslinjer [\(1\)](#), som ikke er oppdatert siden 2009, bør oppdateres tilsvarende.

*«Forbruket av antidepressiver fortsetter å øke til tross for at den kliniske nytten er diskutabel»*

Forbruket av antidepressiver fortsetter å øke både internasjonalt og i Norge til tross for at den kliniske nytten er diskutabel [\(2\)](#). Den vitenskapelige dokumentasjonen for bruk av antidepressiver ut over seks måneder er fraværende [\(2, 3\)](#). Data fra USA viser at mer enn 60 % har brukt preparatene i mer enn to år [\(4\)](#).

---

## Avhengighet og seponeringsreaksjoner

Antidepressiver skaper avhengighet (5). Dette viser seg ved dosereduksjon, seponering eller medikamentbytte (6). Etter seks ukers bruk vil halvparten av pasientene få seponeringssymptomer både ved rask og titrert nedtrapping (7). Noen opplever disse som lette og kortvarige. Halvparten vil imidlertid gradere sine symptomer som langvarige og/eller alvorlige (7). Dosereduksjoner av antidepressiver kan medføre nyoppståtte fysiske eller psykiske symptomer (8). Dysfori, uro, konsentrasjonsproblemer, sensoriske fenomen og gastrointestinale plager er relativt vanlige (8).

Ved langtidsbehandling med antidepressiver kan symptomer komme tilbake i forverret form når behandlingen opphører (rebound), og man kan utvikle kroniske, tardive tilstander. Dermed endres det naturlige, kliniske forløpet av grunnlidelsen (6). Etter seponering kan pasienter utvikle terapieresistente, kroniske affektive tilstander preget av angst og depresjon (2, 8). Et fåtall kan utvikle persisterende somatiske symptomer (6).

**«Ved langtidsbehandling med antidepressiver kan symptomer komme tilbake i forverret form når behandlingen opphører»**

En rekke studier har konkludert med at antidepressiver forebygger tilbakefall av depressive episoder (9, 10). Designet i ulike studier har vært det samme. Studiepopulasjonene har vært pasienter som har hatt effekt av behandlingen. Etter en kortvarig nedtrappingsperiode blir pasientene randomisert til fortsatt bruk av antidepressiver eller placebo. Placebogruppene får imidlertid seponeringssymptomer som også er typiske ved residiv av depresjon, som søvnplager og uro. Slike studiedesign er derfor relativt uegnet til å vurdere forebyggende egenskaper (2).

---

## Å slutte med antidepressiver

Det er gjort få vitenskapelige studier på seponering av antidepressiver, slik at dokumentasjonen er mangelfull. Pasienter har tradisjonelt fått råd om fire ukers nedtrapping (2). For mange er dette altfor raskt (2). Svært langsam nedtrapping over måneder og år gjør at flere lykkes (2, 11). Nedtrapping bør foregå med stadig mindre og mindre reduksjon i dosering (2). En observasjonsstudie fant at langsam reduksjon av dose ned til 0,5 % av klinisk anvendte doser førte til at 71 % av langtidsbrukerne klarte å slutte (12). Den engelske psykiaterforeningen, Royal College of Psychiatrists, publiserte 2020 *Stopping antidepressants*, hvor det informeres om hvordan man kan avslutte behandling med antidepressiver (13). Informasjonen er også beregnet for pasienter.

Til tross for langsam nedtrapping og ikke-farmakologisk støttebehandling vil en andel pasienter ikke lykkes (2, 11). De bør tilbys andre alternativ (6). Erfaring fra internasjonale, kliniske forskningsmiljø indikerer at seponeringssymptomer etter antidepressiver kan behandles med andre psykofarmakologiske preparatgrupper. I motsetning til antidepressiver og antipsykotika tenderer ikke benzodiazepiner til varig å

endre forløpet av den grunntilstanden som behandles (6). Fava og medarbeidere anbefaler klonazepam (11). Benzodiazepiner er i tillegg et behandlingsalternativ ved depresjoner og mange akutte psykiatriske og rusassosierte tilstander (11, 14).

*«Svært langsom nedtrapping over måneder og år gjør at flere lykkes»*

Chouinard og medarbeidere anbefaler behandling med antiepileptika, spesielt gabapentin eller lamotrigin (8). Antiepileptika gis parallelt med at antidepressiver gradvis reduseres. Grunnlaget for dette antas å være at antiepileptika beskytter mot forverring av symptomer ved gjentatt seponering eller langtidsbruk av antidepressiver (antikindling-effekter) (8).

---

## Nye reviderte retningslinjer

Seponeringssymptomer etter bruk av antidepressiver forekommer oftere, er mer langvarige og er alvorligere enn tidligere hevdet. Norske behandlingsråd bør derfor revideres.

Ved oppstart av antidepressiver bør behandlende lege informere pasienten om mulighet for avhengighet, utfordringer ved nedtrapping samt muligheten for kroniske symptomer etter seponering.

Det bør gis oppdaterte råd om hvordan seponering bør gjennomføres for pasienter som har brukt antidepressiver i mer enn to år.

Noen pasienter har gjort multiple mislykkede seponeringsforsøk. Etter modeller fra andre land bør det etableres nasjonale kompetansenettverk og/eller spesialavdelinger som kan tilby og videreutvikle behandling også i Norge.

---

## REFERENCES

1. Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten.  
[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf/\\_/attachment/inline/ed0d2ef2-da11-4c4e-9423-58e1b6ddc4d9:00d22bca72bc2c628bb7595ae3fb125455e332dc/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/voksne-med-depresjon/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf/_/attachment/inline/ed0d2ef2-da11-4c4e-9423-58e1b6ddc4d9:00d22bca72bc2c628bb7595ae3fb125455e332dc/Voksne%20med%20depresjon%20%E2%80%93%20Nasjonal%20retningslinje%20for%20diagnostisering%20og%20behandling%20%20i%20prim%C3%A6r-%20og%20spesialisthelsetjenesten.pdf) Lest 4.7.2022.
2. Horowitz M, Wilcock M. Newer generation antidepressants and withdrawal effects: reconsidering the role of antidepressants and helping patients to stop. *Drug Ther Bull* 2022; 60: 7–12. [PubMed][CrossRef]

3. Folkehelseinstituttet. Langtidsbehandling med antidepressiver -forskningskart. <https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2020/langtidsbehandling-med-antidepressiver-forskningskart-rapport-2020.pdf> Lest 4.7.2022.
4. Warren JB. The trouble with antidepressants: why the evidence overplays benefits and underplays risks-an essay by John B Warren. *BMJ* 2020; 370: m3200. [PubMed][CrossRef]
5. Iacobucci G. NICE updates antidepressant guidelines to reflect severity and length of withdrawal symptoms. *BMJ* 2019; 367: l6103. [PubMed][CrossRef]
6. Cosci F, Chouinard G. Acute and Persistent Withdrawal Syndromes Following Discontinuation of Psychotropic Medications. *Psychother Psychosom* 2020; 89: 283–306. [PubMed][CrossRef]
7. 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. [PubMed][CrossRef]
8. Chouinard G, Chouinard VA. New Classification of Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Withdrawal. *Psychother Psychosom* 2015; 84: 63–71. [PubMed][CrossRef]
9. Lewis G, Marston L, Duffy L et al. Maintenance or Discontinuation of Antidepressants in Primary Care. *N Engl J Med* 2021; 385: 1257–67. [PubMed][CrossRef]
10. 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. [PubMed][CrossRef]
11. Fava GA, Belaise C. Discontinuing Antidepressant Drugs: Lesson from a Failed Trial and Extensive Clinical Experience. *Psychother Psychosom* 2018; 87: 257–67. [PubMed][CrossRef]
12. 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. [PubMed][CrossRef]
13. Burn A. Stopping antidepressants. <https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/treatments-and-wellbeing/stopping-antidepressants> Lest 4.7.2022.
14. Vaaler AE. Benzodiazepiner i akuttpsykiatrisk behandling. *Tidsskr Nor Legeforen* 2019; 139. doi: 10.4045/tidsskr.19.0228. [PubMed][CrossRef]

---

Publisert: 9. august 2022. *Tidsskr Nor Legeforen*. DOI: 10.4045/tidsskr.22.0339

Mottatt 2.5.2022, første revisjon innsendt 25.5.2022, godkjent 4.7.2022.

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 8. juli 2026.