

Un sevrage progressif responsable et sûr à l'aide de *Tapering strips*

Maeva Musso¹
Jim van Os²
Peter C. Groot³

¹ Interne de psychiatrie,
Service de psychiatrie des hôpitaux
de Saint-Maurice, Paris

² Professeur, Department of Psychiatry,
UMC Utrecht Brain Centre,
University Medical Centre Utrecht,
Postbus 85500, 3508 GA Utrecht,
The Netherlands

Department of Psychiatry
and Neuropsychology, Maastricht
University Medical Centre,
Maastricht, The Netherlands

Department of Psychosis Studies,
Institute of Psychiatry,
King's College London,
King's Health Partners,
Institute of Psychiatry, London, UK

³ Docteur, User Research Centre
Netherlands, UMC Utrecht Brain Centre,
University Medical Centre Utrecht,
Utrecht, The Netherlands

Résumé. Des millions de personnes à travers le monde utilisent des psychotropes. Les directives recommandent de sevrer les patients progressivement dès qu'ils n'en ont plus besoin. Cependant, des symptômes de sevrage apparaissent lorsque l'arrêt n'est pas assez progressif. Ces symptômes, souvent interprétés à tort en termes de rechute, entraînent la poursuite ou la réaugmentation des psychotropes et donc une consommation à long terme, sans que les patients n'en aient véritablement besoin. De plus, les effets indésirables des psychotropes peuvent s'aggraver lorsque leur utilisation est prolongée. Pour éviter cela, il est fondamental que les praticiens disposent d'outils appropriés pour accompagner au mieux les patients dans leur processus de sevrage. Aux Pays-Bas, le Centre de recherche utilisateur (URC) du Centre médical universitaire d'Utrecht a mis au point des bandes de sevrage progressif appelées « *Tapering strips* » qui semblent très bien fonctionner et qui sont disponibles sur prescription médicale pour les patients ne résidant pas aux Pays-Bas mais non remboursées à ce jour.

Mots-clés : antipsychotique, antidépresseur, accompagnement, syndrome de sevrage, Pays-Bas

Abstract. Safe and responsible tapering with the help of *tapering strips*. Millions of people around the world take psychotropic drugs. It is recommended that patients are gradually weaned off a drug once they no longer need it. However, withdrawal symptoms are common when patients are not weaned off the drug gradually enough. These symptoms are often misinterpreted as a relapse, leading patients to continue taking psychotropic drugs or to re-increase their dosage. Consequently, patients end up taking the drug on a long-term basis, despite no longer really needing it. Furthermore, the unpleasant side effects of psychotropic drugs can worsen when they are taken over a long period of time. To avoid this, it is essential that practitioners have the right tools to support patients as effectively as possible in the process of reducing their use of a drug. In the Netherlands, the User Research Center (URC) of the University Medical Center Utrecht has developed "tapering strips" to help patients gradually reduce their drug dosage. They seem to be highly effective and are available to buy, but they are currently non-reimbursable for patients who do not live in the Netherlands.

Keywords: antipsychotic, antidepressant, support, withdrawal symptoms, Netherlands

Resumen. Reducción progresiva responsable y segura mediante el uso de *Tapering strips*. Millones de personas en todo el mundo consumen psicotrpicos. Las directrices recomiendan que los pacientes los abandonen gradualmente cuando ya no los necesitan. Sin embargo, pueden producirse síntomas de abstinencia si ésta no es lo suficientemente gradual. Estos síntomas suelen interpretarse erróneamente como una recaída llevando consigo la continuación o al re-aumento de psicofármacos y, por tanto, un consumo a largo plazo, sin que los pacientes los necesiten realmente. Además, los efectos adversos de los psicofármacos pueden empeorar con un uso prolongado.

Para evitarlo, es esencial que los profesionales dispongan de las herramientas adecuadas para acompañar lo mejor posible las necesidades de abstinencia de los pacientes.

En Holanda, el Centro de Investigación de Usuarios (URC) del Centro Médico Universitario de Utrecht ha desarrollado unas cintas adhesivas de abstinencia progresiva llamadas " *Tapering strips*" que parecen funcionar muy bien y están disponibles pero sin reembolso de momento con prescripción médica a los pacientes que no viven en los Países Bajos.

Palabras claves: antipsicótico, antidepresivo, apoyo, síndrome de abstinencia, Países Bajos

Correspondance : M. Musso
<maeva.musso@gmail.com>

Introduction

La demande des patients de réduire leurs traitements psychotropes est insuffisamment accompagnée par la communauté médicale [1].

Il est fréquent que les usagers des services de psychiatrie aient le sentiment de manquer de choix et de ne pas être impliqués dans les décisions relatives aux psychotropes [2-6].

Or la plupart des patients souffrant de psychose chronique cessent de prendre les anciens et les nouveaux antipsychotiques (AP) dans les 18 mois qui suivent le début de leur traitement [7].

Semahegn *et al.* [8], dans une méta analyse de 46 études publiée en 2020, rapportent que la non-observance diffère selon le diagnostic. Quarante-neuf pour cent des patients ayant des troubles psychiatriques majeurs ne respectent pas leur traitement psychotrope mais cette non-observance atteint 56 % en cas de diagnostic de schizophrénie, 50 % pour les troubles dépressifs majeurs et 44 % pour les troubles bipolaires.

Les personnes en soin ou anciennement psychiatriques ont développé un réseau de soutien bénévole par les pairs pour l'arrêt progressif des psychotropes et d'aide pour traverser le syndrome de sevrage [9].

Le syndrome de sevrage des médicaments psychotropes est insuffisamment reconnu et notamment dans les études de prévention de rechute [10].

Cela a pour conséquence que le dispositif d'arrêt des traitements n'est pas adapté pour prévenir ce syndrome de sevrage et que lorsque les signes de sevrage surviennent, ils ne sont pas reconnus en tant que tels car une confusion existe entre symptômes de sevrage et rechute [11-12].

Certains patients peuvent être sevrés très rapidement des psychotropes (antidépresseurs, antipsychotiques, analgésiques, sédatifs et antiépileptiques), en une seule fois (sevrage sec ou *cold-turkey* en anglais) ou en quelques grandes étapes. Cependant, la plupart des patients doivent recourir à un sevrage progressif pour ne pas souffrir de manière excessive de symptômes de sevrage. L'allure de la progression du sevrage peut varier considérablement d'un individu à l'autre et il est difficile de la prévoir. C'est pourquoi un praticien et un patient doivent déterminer ensemble dans le cadre d'une prise de décision partagée (*shared decision making*) ce que pourrait être un schéma de sevrage progressif responsable. En pratique, l'incertitude à ce sujet ne devrait pas être un problème, si le patient et le praticien veillent (peuvent veiller) conjointement à un suivi journalier approprié du sevrage progressif, afin qu'une intervention en temps voulu soit toujours possible lorsque le schéma retenu est trop rapide. Le patient le remarque car il souffre (de plus en plus) à mesure que la dose est réduite.

Tant qu'un patient a peu ou pas de symptômes pendant le sevrage progressif, il peut le poursuivre de manière responsable conformément au schéma de sevrage progressif établi. Il peut le poursuivre, si tout va bien, jusqu'à la fin. Pour une grande partie

des patients, le sevrage progressif se déroulera en une seule fois et sans problème. Mais il est également possible que le sevrage progressif soit trop rapide pour le patient et que ce dernier souffre, de ce fait, de symptômes de sevrage. Si tel est le cas, le patient ne doit pas poursuivre le schéma de sevrage progressif prévu initialement, car les symptômes s'aggraveront à mesure que la dose diminuera. En revanche, le patient doit contacter le praticien et discuter avec lui d'une adaptation du schéma de sevrage : sevrage progressif plus lent ou conservation dans un premier temps de la même dose (stabilisation) pour donner à l'organisme du patient suffisamment de temps pour s'habituer à la dose réduite, ce qui permettra d'atténuer les symptômes de sevrage.

Grâce à une bonne collaboration, le patient et le praticien veillent ensemble à ce que le sevrage progressif se déroule dans les meilleures conditions possibles.

Leucht [13] plaide pour une prise de décision partagée du fait de la subjectivité de la symptomatologie psychiatrique.

D'autres possibilités sont également envisageables : par exemple, une dose réduite avec, espérons-le, moins d'effets indésirables ou la décision de poursuivre quand même l'utilisation du médicament, parce que le sevrage progressif ne fonctionne pas. L'échange permanent avec le médecin traitant est primordial, le traitement de sevrage progressif accompagne et fait partie du dispositif mais ne remplace pas la relation de soin : il s'agit d'un outil pour permettre un sevrage progressif aussi sûr et efficace que possible.

Cette méthode de sevrage progressif n'était pas réalisable en pratique jusqu'à récemment, car les posologies réduites qui sont nécessaires à cet effet n'existaient pas et ne pouvaient pas être prescrites. Il en était ainsi (et il en est toujours ainsi) car les entreprises pharmaceutiques n'ont pas enregistré ces posologies réduites, ne les fabriquent pas et ne les délivrent donc pas. Le motif en est simple : pour l'enregistrement d'un médicament, les entreprises pharmaceutiques n'ont (toujours) pas besoin d'étudier l'éventualité et la manière pour les patients d'arrêter le traitement en toute sécurité.

Sevrage progressif de type hyperbolique

Il est largement admis qu'un sevrage progressif responsable doit se dérouler de manière hyperbolique [14-16]. Le sevrage progressif de type hyperbolique signifie qu'à chaque étape, le palier définissant la prochaine dose se réduit. À mesure que le parcours de sevrage progresse, la dose administrée est un pourcentage de la dose précédente. Ce sevrage progressif de type hyperbolique est nécessaire, car le taux d'occupation du récepteur sur lequel agit un médicament ne se modifie pas de façon linéaire, mais de façon hyperbolique. Les graphiques ci-dessous montrent comment une réduction hyperbolique de la dose (*figures 1 et 2*)

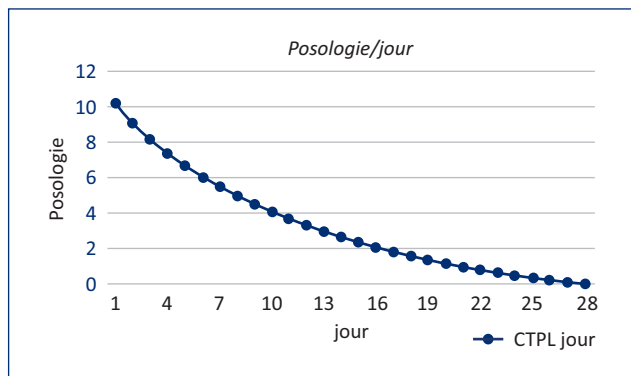


Figure 1. Relation hyperbolique sevrage progressif/posologie.

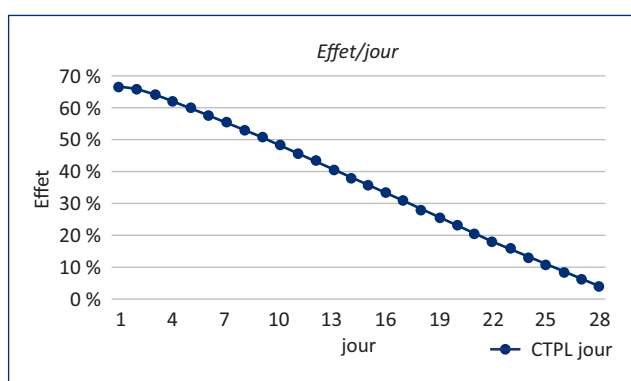


Figure 2. Effet d'une réduction de dos hyperbolique.

fait en sorte que la réduction du taux d'occupation du récepteur évolue de manière linéaire et donc aussi progressive que possible. Ceci explique également pourquoi la dernière partie d'un parcours de sevrage progressif est la plus difficile et doit être la plus progressive possible. En pratique, cela ne fonctionne que si l'on peut utiliser des posologies (très) inférieures aux posologies les plus faibles disponibles actuellement.

Tapering strips et bandes de stabilisation

Un traitement de sevrage progressif a été mis au point aux Pays-Bas pour réaliser cette méthode de sevrage progressif. Ces posologies réduites se trouvent dans un dispositif appelé *Tapering strip*, ou bande de stabilisation, préparé et délivré par une pharmacie. Un tel dispositif est constitué d'une bande de sachets plastiques contenant le médicament pour 28 jours. Chaque sachet renferme la dose quotidienne qui est chaque jour suivant inférieure ou égale à la dose du jour précédent. Avec ce traitement de sevrage progressif, le praticien peut opter de concert avec le patient pour un parcours de sevrage sur mesure, en prescrivant un ou plusieurs dispositifs *Tapering strips*. Si cela s'avère nécessaire pendant le sevrage progressif, le schéma retenu peut être adapté de manière flexible et personnalisé aux

besoins du patient. Il est possible de prescrire également pour la phase de stabilisation des bandes de stabilisation qui permettent au patient de continuer à prendre chaque dose souhaitée pendant 28 jours.

L'autocontrôle facilité au maximum

Afin de faciliter au maximum le contrôle (l'autocontrôle) journalier pendant le sevrage progressif du patient, chaque dispositif *Tapering strip*, ou bande de stabilisation, est accompagné d'un formulaire d'autocontrôle simple. Il est demandé au patient de remplir ce formulaire une fois par jour et d'indiquer le degré de gravité des éventuels symptômes ressentis. L'échelle utilisée est une échelle de Likert en 7 points.

L'échelle de Likert concernant le déroulement du sevrage progressif est en 7 points, allant de 1 (le sevrage s'est très bien passé) à 7 (le sevrage s'est très mal passé).

L'échelle de Likert concernant les symptômes de sevrage va de 1 (absence de symptômes de sevrage) à 7 (symptômes de sevrage très graves).

Le patient peut aussi préciser la nature des symptômes ressentis, il est instamment invité à le faire surtout lorsqu'il s'agit de nouveaux symptômes ressentis ou lorsque des symptômes existants s'aggravent à mesure que la dose journalière diminue.

Il est important de noter ce score journalier, car il permettra à la fois au patient et au praticien de voir plus facilement comment se déroule le sevrage progressif, s'il est question d'une amélioration ou d'une aggravation et s'il est souhaitable ou nécessaire de modifier le schéma de sevrage progressif. Les deux exemples de questionnaires remplis montrent comment cela peut se dérouler en pratique (figure 3 [17]).

Sur le formulaire de gauche, un patient a noté pendant le sevrage progressif d'un antidépresseur de 75 à 50 mg en 28 jours que cette réduction de dose n'a quasiment pas entraîné de symptômes, le score restant très faible pendant les 28 jours. Le patient et le praticien peuvent tous deux en conclure avec confiance que la poursuite du sevrage progressif comme prévu est justifiée. Le patient l'inscrit lui-même sur le formulaire.

Sur l'exemple de droite, le formulaire d'autocontrôle rempli montre qu'un patient s'est stabilisé à une dose très faible de 0,3 mg de diazépam, car le sevrage progressif de ce médicament a entraîné de nombreux symptômes mal tolérés. Le score rempli par le patient permet de constater que la stabilisation a un effet très favorable pour ce patient. Les premiers jours, le patient note un 6 et ce chiffre tombe à 2 au cours des 28 jours. Les symptômes subjectifs que le patient note montrent clairement ce que cette amélioration signifie pour lui. Le 12^e jour (sachet 18), le patient note « le concert avec le chœur s'est bien passé », le 15^e jour (sachet 14) « progressivement moins de tension et meilleur sommeil » et à la fin « le sommeil s'est complètement rétabli pendant les 28 jours de stabilisation. Je vais continuer le sevrage progressif ».

Deux exemples de formulaires d'autocontrôle complétés				
Clomipramine Tapering de 75 à 50 mg				
Sachet	Journée	mg	Score (1-7)	Type de symptômes de sevrage
28	Dimanche	75	1	
27	Lundi	74	1	
26	Mardi	73	1	
25	Mercredi	71	1	
24	Jeudi	70	1	
23	Samedi	69	2	} <i>Idées noires du matin</i>
22	Samedi	68	2	
21	Dimanche	67	2	
20	Lundi	66	1	
19	Mardi	65	1	
18	Mercredi	64	1	
17	Jeudi	63	1	
16	Samedi	62	1	
15	Samedi	61	1	
14	Dimanche	60	1	
13	Lundi	59	1	
12	Mardi	59	1	
11	Mercredi	58	1	
10	Jeudi	57	1	
9	Samedi	56	1	
8	Samedi	55	1	
7	Dimanche	54	1	
6	Lundi	54	1	
5	Mardi	53	1	
4	Mercredi	52	1	
3	Jeudi	51	1	
2	Samedi	51	1	
1	Samedi	50	1	
Vos remarques ici :				
Ça va bien jusqu'à présent				

Diazépam stabilisation à 0,3 mg				
Sachet	Journée	mg	Score (1-7)	Type de symptômes de sevrage
28	Dimanche	0,3	6	Samedi 6 juillet
27	Lundi	0,3	6	<i>Tension physique, en particulier dans la gorge</i>
26	Mardi	0,3	6	<i>ou le cou, la région cardiaque et l'abdomen,</i>
25	Mercredi	0,3	5	<i>plusieurs sommeils courts avec beaucoup</i>
24	Jeudi	0,3	4	<i>de rêves. Psychologiquement :</i>
23	Samedi	0,3	4	<i>inquiet que le sommeil se diminue encore plus.</i>
22	Samedi	0,3	5	<i>Par conséquent, utiliser plus de Seroquel</i>
21	Dimanche	0,3	4	<i>(normalement 100 mg, maintenant une fois</i>
20	Lundi	0,3	4	<i>200 puis 150 mg pendant un certain temps)</i>
19	Mardi	0,3	4	
18	Mercredi	0,3	4	<i>Jouer avec la chorale s'est bien passé</i>
17	Jeudi	0,3	4	<i>migraines... ; douleur au cou (125 mg</i>
16	Samedi	0,3	4	<i>de Seroquel)</i>
15	Samedi	0,3	4	<i>Retour à la dose normale de Seroquel</i>
14	Dimanche	0,3	4	<i>progressivement moins de tension et un</i>
13	Lundi	0,3	3	<i>meilleur sommeil</i>
12	Mardi	0,3	3	
11	Mercredi	0,3	3	<i>Canicule, mais sommeil raisonnable</i>
10	Jeudi	0,3	3	<i>moins de tensions</i>
9	Samedi	0,3	3	
8	Samedi	0,3	3	
7	Dimanche	0,3	2	
6	Lundi	0,3	2	<i>Encore une petite tension sur le ventre</i>
5	Mardi	0,3	2	<i>mais dormir se passe bien</i>
4	Mercredi	0,3	2	
3	Jeudi	0,3	2	
2	Samedi	0,3	2	
1	Samedi	0,3	2	
Vos remarques ici :				
Le sommeil s'est complètement rétabli pendant cette bande de stabilisation. Je vais maintenant continuer à effiler				

Figure 3. Exemples de formulaires d'autocontrôle.

Source : 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.

NB : les *Tapering strips* décomptent de 28 (premier sachet) à 1 (dernier sachet).

En utilisant le formulaire d'autocontrôle de cette manière, ces deux patients se sont non seulement aidés eux-mêmes, mais ils ont aussi aidé leur médecin traitant. Ce mode opératoire rend la prise de décision plus facile et plus évidente que lorsqu'on utilise des questionnaires (plus détaillés) devant être remplis moins souvent. Toutefois, l'utilisation du formulaire d'autocontrôle ne fait aucunement obstacle à l'utilisation de ces autres questionnaires.

Un sevrage progressif à l'aide de *Tapering strips* fonctionne très bien en pratique

L'efficacité des *Tapering strips* a été étudiée dans le cadre de trois études d'observation rétrospective de cohorte impliquant un total de 2127 participants représentatifs sur le plan démographique des utilisateurs

d'antidépresseurs aux Pays-Bas [18-20]. Un aperçu détaillé des résultats est proposé dans la troisième étude [20]. Toutes les études sont accessibles au public. Les principaux résultats sont présentés ci-dessous :

- la plupart des participants étaient des utilisateurs à long terme, plus de 50 % depuis plus de 5 ans ;
- 70 % avaient déjà essayé auparavant un ou plusieurs sevrages progressifs ;
- 60 % à 80 % des participants étaient des utilisateurs de venlafaxine et de paroxétine ;
- le sevrage progressif d'ISRS à demi-vie longue, dont la fluoxétine, peut également entraîner de graves symptômes de sevrage mais cela se produit moins souvent ;
- plus de 70 % ont pu se sevrer complètement à l'aide de *Tapering strips*, indépendamment du fait que les participants avaient déjà essayé un ou plusieurs sevrages progressifs auparavant ;
- les patients ont estimé que le sevrage progressif avec des *Tapering strips* était beaucoup plus facile que sans *Tapering strips* (figure 4, panel du haut) ;

– lors du sevrage progressif à l'aide de *Tapering strips*, les patients ont ressenti beaucoup moins de symptômes de sevrage que lors de précédentes tentatives de sevrage progressif (figure 4, panel du bas) ;

– parmi les participants qui avaient réussi le sevrage progressif avec des *Tapering strips*, 72 % étaient toujours sevrés un an plus tard, voir également la deuxième étude [9].

Disponibilité du traitement de sevrage progressif

Les *Tapering strips* sont disponibles pour la quasi-totalité des antidépresseurs, antipsychotiques, analgésiques, sédatifs, antiépileptiques et pour l'oxycodone. Trois études scientifiques ont été publiées dans l'intervalle et montrent qu'un sevrage progressif de type hyperbolique à l'aide de *Tapering strips* et sur la base d'une décision conjointe fonctionne très bien en pratique [18-20].

Le site Internet de l'URC du Centre médical universitaire d'Utrecht, qui fournit davantage d'informations et d'explications, est disponible en plusieurs langues. Il est également possible sur ce site de prescrire le traitement et

de le commander auprès d'une pharmacie préparatoire. La pharmacie qui délivre le traitement est une officine néerlandaise agréée répondant à toutes les exigences de l'inspection sanitaire et de la législation européenne.

La limite principale de ce dispositif semble être d'ordre économique à ce jour car elle n'est pas sur la liste des médicaments remboursés.

Le prix est actuellement de 77 € le kit, avec la possibilité d'un kit supplémentaire, dit « de stabilisation », à 38,50 €.

Aux Pays-Bas, les démarches pour obtenir le remboursement sont en cours.

Si les recherches étrangères rapportent de bons résultats concernant l'utilisation des *Tapering strips*, il semble important que cet outil soit étudié dans le cadre d'une recherche en contexte français.

Une autre limite pourrait être la difficulté pour certaines personnes de remplir le questionnaire, nécessitant un accompagnement pour cela.

Financement

Les auteurs n'ont reçu aucun soutien financier pour la recherche, la rédaction et/ou la publication de cet article.

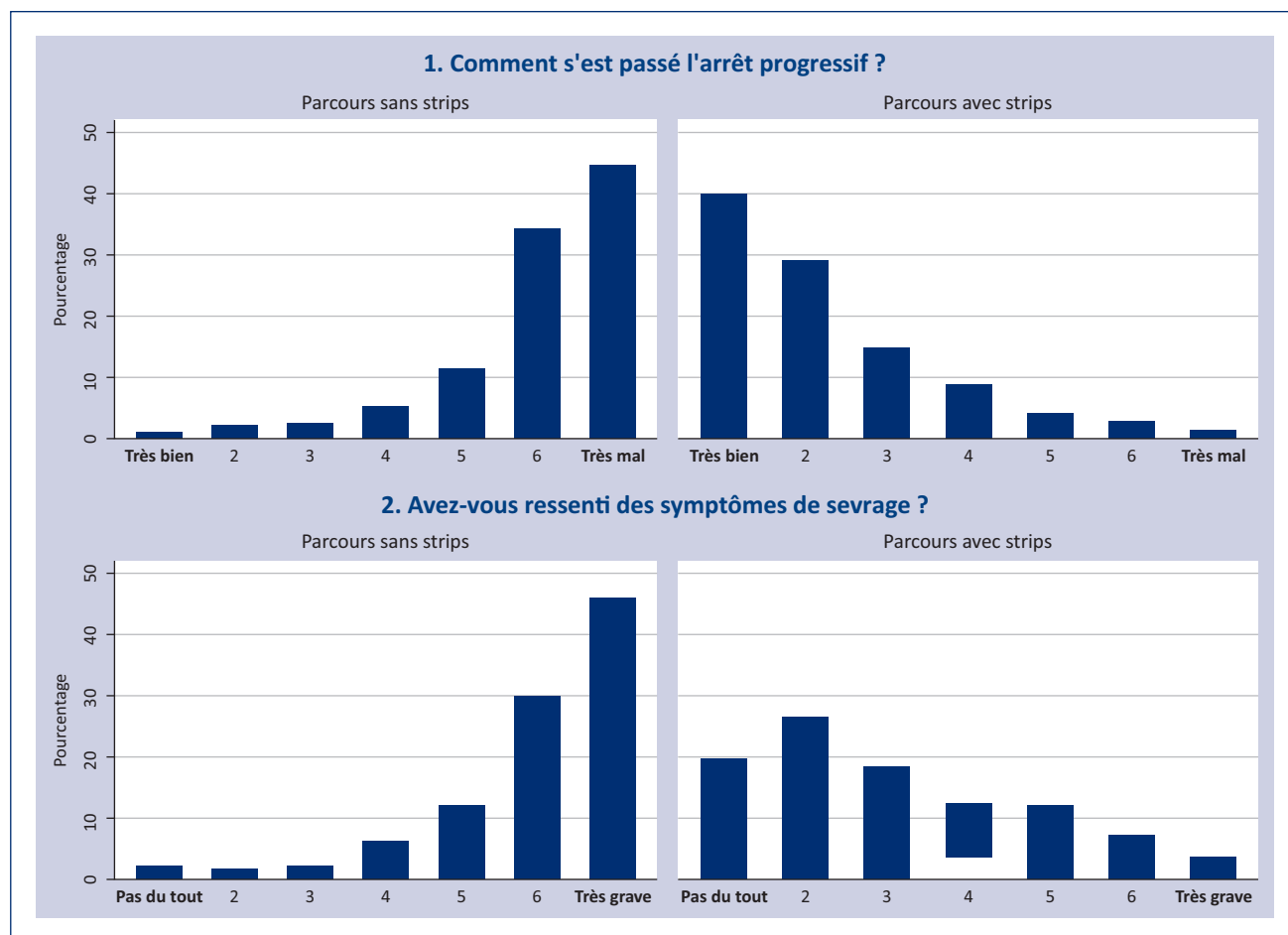


Figure 4. Éléments d'évaluation de l'arrêt progressif.

Liens d'intérêt Les auteurs ont déclaré les liens d'intérêt potentiels suivants en ce qui concerne la recherche, la paternité et/ou la publication de cet article : les médicaments à doses dégressives sont un produit non breveté contenant des médicaments génériques et peuvent être fabriqués par n'importe quelle pharmacie de préparation. Peter C. Groot a participé au développement des bandes dégressives et les auteurs effectuent des recherches sur les bandes dégressives. Aucun des auteurs n'est impliqué de quelque façon que ce soit dans la production ou la vente de bandes dégressives. Aux Pays-Bas, les médicaments dégressifs sont fabriqués, à la demande spécifique de la fondation à but non lucratif Cinderella Therapeutics, par la pharmacie Regenboog de Bavel, contre un remboursement réglementé et préétabli au niveau national. D'autres pharmacies aux Pays-Bas ne produisent pas de bandes dégressives car le remboursement préétabli est considéré comme trop faible. Le Centre de recherche sur les utilisateurs de l'UMC Utrecht a bénéficié d'une subvention à l'éducation sans restriction accordée par la pharmacie Regenboog.

Références

1. Framer A. What I have learnt from helping thousands of people taper off antidepressants and other psychotropic medications. *Ther Adv Psychopharmacol* 2021 ; 11. doi : 2045125321991274.
2. Goss C, Moretti F, Mazzi MA, Del Piccolo L, Rimondini M, Zimmermann C. Involving patients in decisions during psychiatric consultations. *Br J Psychiatry* 2008 ; 193 : 416-21.
3. Hogman G, Sandamas G. *A question of choice*. London : Rethink Publications, 2000.
4. Olofinjana B, Taylor D. Antipsychotic drugs – information and choice: a patient survey. *Psychiatr Bull* 2005 ; 29 : 369-71.
5. Rogers A, Day JC, Williams B, Randall F, Wood P, Healy D, *et al.* The meaning and management of neuroleptic medication: a study of patients with a diagnosis of schizophrenia. *Soc Sci Med* 1998 ; 47 : 1313-23.
6. Usher K. Taking neuroleptic medications as the treatment for schizophrenia: A phenomenological study. *Aust N Z J Ment Health Nurs* 2001 ; 10 : 145-55.
7. Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy JP, Swartz MS, Rosenheck RA, Perkins DO, *et al.* Effectiveness of Antipsychotic Drugs in Patients with Chronic Schizophrenia. *N Engl J Med* 2005 ; 353 : 1209-23.
8. Semahegn A, Torpey K, Manu A, Assefa N, Tesfaye G, Ankomah A. Psychotropic medication non-adherence and its associated factors among patients with major psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev* 2020 ; 9 : 17.
9. 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. doi : 204512532098117.
10. Horowitz MA, Taylor D. Distinguishing relapse from antidepressant withdrawal: clinical practice and antidepressant discontinuation studies. *BJPsych Adv* 2022 ; 28 : 297-311.
11. Hengartner MP. How effective are antidepressants for depression over the long term? A critical review of relapse prevention trials and the issue of withdrawal confounding. *Ther Adv Psychopharmacol* 2020 ; 10. doi : 2045125320921694.
12. Van Leeuwen E, van Driel ML, Horowitz MA, Kendrick T, Donald M, De Sutter AI, *et al.* Approaches for discontinuation versus continuation of long-term antidepressant use for depressive and anxiety disorders in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2021 ; 4 : CD013495.
13. Leucht S. Is there compelling evidence that schizophrenia long-term treatment guidelines should be changed? *World Psychiatry* 2018 ; 17 : 166-7.
14. Horowitz MA, Taylor D. Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. *Lancet Psychiatry* 2019 ; 6 : 538-46.
15. Horowitz MA, Murray RM, Taylor D. Tapering Antipsychotic Treatment. *JAMA Psychiatry* 2021 ; 78 : 125.
16. Horowitz MA, Taylor D. How to reduce and stop psychiatric medication. *Eur Neuropsychopharmacol* 2022 ; 55 : 4-7.
17. 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. doi : 204512532093245.
18. Groot PC, van Os J. Antidepressant tapering strips to help people come off medication more safely. *Psychosis* 2018 ; 10 : 142-5.
19. Groot PC, van Os J. Outcome of antidepressant drug discontinuation with Tapering strips after 1-5 years. *Ther Adv Psychopharmacol* 2020 ; 10. doi : 2045125320954609.
20. Groot PC, van Os J. Successful use of tapering strips for hyperbolic reduction of antidepressant dose: a cohort study. *Ther Adv Psychopharmacol* 2021 ; 11. doi : 20451253211039327.