

Voorlichting

Antidepressiva

Voorlichting voor cliënt en hulpverlener

Jan van Ingen Schenau

Psychopraxis jaargang 10, nummer 3 (juni 2008) p. 120-125

Inhoud

- Neurotransmitters
- Soorten antidepressiva
- Wanneer begint het medicijn te werken?
- Hoe maak je een keuze tussen de antidepressiva?
- Bijwerkingen
- Zwangerschap en geboorte
- Kinderen en jongvolwassenen
- Ouderen
- Wat als je teveel medicijnen inneemt?
- Onttrekkingsverschijnselen
- Wat als je nog andere medicijnen gebruikt?
- Hoe lang moet je ze innemen?
- Kun je er meteen mee stoppen als je dat wilt?
- Hoe bevorder je therapietrouw?

Kennis van antidepressiva is van essentieel belang voor de gebruiker want deze herkent als eerste of er verbetering in zijn toestand optreedt. Maar hij herkent ook als eerste de bijwerkingen. Hij moet dan wel op de hoogte zijn van deze bijwerkingen en ze niet verwarren met klachten die behoren bij het ziektebeeld waarvoor ze worden voorgeschreven. We kunnen antidepressiva onderscheiden in vier groepen:

1. Klassieke of tricyclische antidepressiva (TCA's) kwamen rond 1960 op de markt en werden genoemd naar de chemische structuur die bestaat uit drie ringen.
2. Serotonine-heropnameremmers (SSRI's) remmen specifiek de heropname van serotonine in het contact punt (synaps) tussen hersencellen.
3. Serotonine-adrenaline-heropnameremmers (SNRI's) remmen zowel serotonine als noradrenaline in de synaps.
4. Overige antidepressiva.

Voor een goed begrip is het van belang de stofnaam te onderscheiden van de merknaam. De stofnaam is de naam voor de chemische stof en wordt met een kleine letter geschreven, de merknaam of handelsnaam is de naam die de fabrikant er aan geeft. Eén stofnaam kan verschillende merknamen hebben. Bijvoorbeeld: de stofnaam amitriptyline heeft de merknamen Sarotex en Tryptizol. Na tien jaar is het patent van een stofnaam vervallen, wat betekent dat andere fabrikanten het op de markt mogen brengen onder een andere merknaam. Vaak gebruikt men de stofnaam dan ook als merknaam; deze zogenaamde 'generische' middelen zijn meestal goedkoper dan het originele middel met de originele merknaam (bijv. varianten van fluoxetine zijn goedkoper dan Prozac).

Neurotransmitters

De hersenen bestaan uit groepjes hersencellen die bij elkaar horen omdat ze van één neurotransmitter afhangen. Een neurotransmitter is een chemische boodschapper die ervoor zorgt dat de verschillende groepen cellen met elkaar communiceren waardoor informatie uitwisseling mogelijk is. Het systeem dat onderling communiceert door

middel van de boodschapper serotonine wordt in verband gebracht met emotie en spanning en heet het serotonerge systeem. Zo maakt het limbisch systeem in onze hersenen deel uit van het netwerk dat serotonine als boodschapper heeft. Depressieve mensen zouden vooral in dit systeem te kort schieten. Is acetylcholine de boodschapper dan spreekt men van het cholinerge systeem. Medicijnen kunnen in dit hele proces tussenbeide komen en zo voor verbetering van klachten zorgen.

Waarom en hoe antidepressiva werken is nog onduidelijk. Ook is niet bekend waardoor antidepressiva bij pakweg de helft van de mensen wel werken en bij de andere helft niet. Het idee is dat antidepressiva effectief zijn bij mensen met angststoornissen of depressie, omdat er een tekort aan de neurotransmitters serotonine en noradrenaline bestaat. De oorzaak lijkt duidelijk en de therapie daarmee simpel: het tekort aanvullen. Er zijn echter allerlei regelmechanismen die ervoor zorgen dat onze neurotransmitters binnen bepaalde grenzen blijven. Het is daarom zoeken naar de juiste balans tussen de neurotransmitters. Stress lijkt ook een rol te spelen. Door stress kunnen hersencellen minder functioneren en zelfs afsterven. Antidepressiva kunnen daarbij het tij keren. Ook is van belang om welke hersendelen het gaat: zo zouden de hippocampus en de prefrontale cortex een rol spelen bij depressie. Maar de neurotransmitters serotonine en noradrenaline zijn niet alleen actief in de hersenen, waar ze stemming, pijn en cognitieve processen beïnvloeden. Ze zijn ook elders in het lichaam actief. Zo zou door een verkeerde verhouding tussen serotonine en noradrenaline in het ruggenmerg een versterkt pijnsignaal naar de hersenen worden gestuurd. Dit zou kunnen verklaren waarom fysieke symptomen zoals hoofdpijn, vermoeidheid, weinig energie en maagdarmklachten symptomen zijn van een depressieve patiënt.

Table 1. Overzicht antidepressiva

Tricyclische		SSRI's		SSRI's		Overige		
stofnaam	merknaam	stofnaam	merknaam	stofnaam	merknaam	Stofnaam	Merknaam	
Amitriptyline	Amitriptyline	Citalopram	Citalopram	Venlafaxine	Efexor XR	Mianserine	Mianserine	
	Tryptizol		Cipramil				Tolvon ^{NL}	
	Sarotex ^{NL}						Lerivon ^B	
	Redomex ^B							
Clomipramine	Clomipramine	Escitalopram	Lexapro ^{NL}	Duloxetine	Cymbalta	Moclobemide	Moclobemide	
	Anafranil		Sipralexa ^B				Aurorix	
Dosulepine	Prothiaden	Fluoxetine	Fluoxetine	Mirtazapine	Mirtazapine	Bupropion	Wellbutrin XR	
			Prozac					Remeron ^{NL}
								Remergon ^B
Doxepine	Sinequan	Fluvoxamine	Fluvoxamine	Trazodon	Trazodon			
			Fevarin ^{NL}					Trazolan
			Floxyfral ^B					
Imipramine	Imipramine	Paroxetine	Paroxetine					
			Seroxat					
Maprotiline	Maprotiline	Sertraline	Sertraline					
	Ludiomil ^B		Zoloft ^{NL}					
			Serlain ^B					
Nortriptyline	Nortrilen							

NL = alleen in Nederland

B = alleen in België

Soorten antidepressiva

SSRI is de afkorting van Selective Serotonin Reuptake Inhibitor, dit betekent: selectieve remmer van de heropname van serotonine. Neurotransmitters zorgen ervoor dat signalen van de ene hersencel naar de andere worden overgedragen. In de overgang tussen twee hersencellen worden neurotransmitters zoals acetylcholine, serotonine, noradrenaline of dopamine aangemaakt. Ze worden geproduceerd in de ene cel en verplaatsen zich naar de spleet tussen de twee cellen (synapsspleet) en bevorderen de overdracht van het signaal. De neurotransmitter blijft niet in de ruimte tussen de cellen zitten, maar wordt weer opgenomen door de cel waar hij geproduceerd is. Dit heet heropname van de neurotransmitter. Dat kan betekenen dat er dan minder neurotransmitter in de synapsspleet zit, waardoor de overdracht van signalen tussen de beide hersencellen minder wordt. De werking van antidepressiva zoals fluoxetine en paroxetine berust op het belemmeren van de heropname van de neurotransmitter door de cel. Daardoor blijft er meer neurotransmitter in de ruimte tussen de cellen wat zorgt voor een betere overdracht van signalen. Een serotonine heropnameremmer zal zorgen dat er meer serotonine in de ruimte tussen de cellen blijft en een dopamineremmer zorgt ervoor dat er mee dopamine in de synapsspleet blijft.

Belemmert een antidepressivum zowel heropname van serotonine als noradrenaline dan spreken we van een serotonine-noradrenaline-heropnameremmer (SNRI). Antidepressiva die heel specifiek een bepaalde neurotransmitter remmen, zoals serotonine, worden selectieve serotonine heropnameremmers (SSRI's) genoemd. In de praktijk zullen ze vaak vooral selectief voor serotonine zijn, maar daarnaast ook andere neurotransmitters remmen. Daarom worden selectieve middelen onderverdeeld in licht, matig, sterk en zeer sterk selectief. Bepaalde neurotransmitters kunnen effect hebben op meerdere neurotransmitters. Dat is het geval bij de niet-selectieve MAO-remmer. Als de heropname wordt geremd van neurotransmitters die niet therapeutisch bedoeld zijn, dan zullen deze toch een bepaald effect hebben. Als deze niet-bedoelde effecten leiden tot klachten, dan worden ze bijwerkingen genoemd.

Alhoewel de meeste van deze middelen allereerst bedoeld waren voor de behandeling van depressie, vandaar de naam antidepressiva- worden deze geneesmiddelen voor vele andere aandoeningen ingezet: bedplassen, zenuwpijn, dwangstoornis, paniekstoornis, sociale angststoornis, gegeneraliseerde angststoornis, posttraumatische stressstoornis, boulimia nervosa, premenstrueel syndroom, fantoompijn en hypochondrie.

Wanneer begint het medicijn te werken?

Vaak wordt gezegd dat antidepressiva pas na drie tot vier weken werken. Inmiddels wordt gesteld dat dit geldt voor de tricyclische antidepressiva, maar niet meer voor de SSRI's en de SNRI's. Daar zie je de werkzaamheid al binnen een week. Niet alle symptomen herstellen tegelijkertijd. Angst, suïcidedachten en verlies van eetlust verbeteren al heel snel. Bovendien kan er nog steeds verdere verbetering van de symptomen optreden na acht tot tien weken en daarna. Een snelle lichamelijke verbetering van de klachten voorspelt een voorspoedig herstel.

Hoe maak je een keuze tussen de antidepressiva?

Het is aan te raden op grond van het profiel van de patiënt het medicijn te kiezen. Schat de arts in dat de patiënt niet zo therapietrouw is, dan zal hij waarschijnlijk een medicijn geven dat je één keer per dag moet innemen. Is er suïcidegevaar, dan zal de arts waarschijnlijk liever een SSRI voorschrijven dan een TCA, omdat suïcide kan lukken met TCA's en niet met SSRI's. Voor een vrachtwagenchauffeur zal vooral zwaar wegen of het antidepressivum de rijvaardigheid sterk beïnvloedt. Aan iemand die veel lezingen houdt en liever geen droge mond heeft, zal wellicht een SSRI worden voorgeschreven in plaats van een TCA. Iemand met een hoge bloeddruk moet geen antidepressiva krijgen die bloeddrukverhogend werken.

Bijwerkingen

Seksuele bijwerkingen zoals een verhoogde, verminderde of pijnlijke zaadlozing, een afgenomen libido, erectiestoornissen met soms een aanhoudende erectie en het uitblijven van een orgasme kunnen bij alle TCA's optreden. SSRI's zorgen vooral voor een vertraagde zaadlozing of voor het uitblijven van een orgasme. Seksuele bijwerkingen verdwijnen niet tijdens het gebruik. Alleen dosisvermindering, stoppen of overstappen op een ander middel zijn effectief. Moclobemide, bupropion en mirtazapine hebben geen seksuele bijwerkingen.

Gewichtstoename komt bij praktisch alle antidepressiva voor, maar vooral bij mianserine en mirtazepine. De SSRI's leiden de eerste maanden tot een gewichtsvermindering, maar daarna zorgen zij juist voor een gewichtstoename. Clomipramine zorgt voor de meeste gewichtstoename en fluoxetine en sertraline voor de laagste toename. Toevoeging van bupropion blijkt succesvol om weer af te vallen.

Hartklachten: vergeleken met de SSRI's kunnen de TCA's meer hartklachten veroorzaken. Het gaat vooral om bloeddrukdaling bij het rechtopstaan (orthostatische hypotensie, houdingsduizeligheid), een te snel hartritme, geleidingsstoornissen in het hart en een verminderde samentrekking van de hartspier. De SSRI's fluoxetine en fluvoxamine geven minder aanleiding tot orthostatische hypotensie of een te snel hartritme en zijn veiliger voor het hart. Het lijkt zinvol om ECG-controle te doen bij patiënten die antidepressiva gebruiken, zeker als er reeds hartklachten bekend zijn. De kans op een hartinfarct en een 'plotselinge dood' is bij TCA's twee keer groter dan bij iemand die geen TCA gebruikt. Deze bezwaren gelden niet voor SSRI's.

Effecten op het zenuwstelsel: sufheid en slaperigheid. Dit komt het meeste voor bij mirtazapine, mianserine, doxepine, imipramine en amitriptyline. Meestal lost dit probleem zich na enige tijd vanzelf op. Moclobemide en venlafaxine geven de minste sufheid. Wel is het daarom bij een aantal medicijnen beter om de eerste week niet of erg voorzichtig auto te rijden. Effecten van TCA's op het zenuwstelsel: verwardheid, agitatie, manie, hoofdpijn, heftige bewegingen, beven, insulteren, soms wanen en in het ergste geval het anticholinerg syndroom (zie verderop). Effecten van SSRI's op het centraal zenuwstelsel zijn: angst, agitatie, verwardheid, hoofdpijn, sufheid, slapeloosheid, vermindering van eetlust, beven en insulteren.

Antidepressiva kunnen aanleiding geven tot een psychose. Bij ruim 8% van de mensen die opgenomen zijn in een psychiatrisch ziekenhuis, wordt de manie of psychose veroorzaakt door antidepressiva. Het middel sertraline kan een onderliggende psychose luxeren, speciaal bij mensen met een psychotisch verleden. *Andere bijwerkingen:* klachten als misselijkheid, braken, diarree, obstipatie en maag- en darmkrampen treden vooral op bij SSRI's maar kunnen na een week tot een paar weken weer verdwijnen. TCA's kunnen het zicht bemoeilijken ten gevolge van accommodatiestoornissen, maar meestal gaat dit na een paar weken over. Ook treden soms bewegingsstoornissen op zoals: acathisie (onvermogen om te blijven zitten), dystonie (repeterende bewegingen en een abnormale houding van een lichaamsdeel), parkinsonisme (beven, verstijving en bewegingen die aan de ziekte van Parkinson doen denken) en tardieve dyskinesie (abnormale bewegingen zoals kauwbewegingen maken of het plotseling wegschieten van een arm of been). Bewegingsstoornissen komen bij SSRI's twee keer vaker voor dan bij TCA's. Ook daling van het natriumgehalte in het bloed moet bij het gebruik van SSRI's in de gaten worden gehouden. Symptomen die dan op kunnen treden zijn: verwardheid, bewustzijnsdaling, vallen door

spierzwakte, misselijkheid, braken, epileptische toevallen en zelfs overlijden. Vooral oudere mensen en mensen die diuretica (plaspillen) gebruiken, hebben meer kans om een laag natriumgehalte te krijgen.

Zwangerschap en geboorte

Antidepressiva geven een grotere kans op een spontane abortus. Paroxetine geeft, vergeleken met andere antidepressiva, een verhoogde kans op aangeboren afwijkingen. TCA's en SSRI's kunnen aanleiding geven tot onthoudingsverschijnselen bij de pasgeborene, zoals motorische onrust, verhoogde spierspanning, overprikkelbaarheid en voedingsproblemen. Bij borstvoeding krijgt een pasgeborene minder antidepressivum binnen dan gedurende de zwangerschap. Sertraline is de SSRI die tijdens borstvoeding het meest wordt voorgeschreven en waarbij geen bijwerkingen zijn gemeld.

Kinderen en jongvolwassenen

Het gebruik van antidepressiva voor kinderen en jongvolwassenen kwam in 2003 onder vuur te liggen omdat SSRI's de kans op zelfmoord zouden verhogen. Bovendien lijken de antidepressiva niet werkzaam bij depressie bij kinderen. Daarom werden de SSRI's voor kinderen tot 18 jaar in de ban gedaan. De volgende middelen mogen wel voorgeschreven worden: clomipramine, dosulepine, doxepine (niet < 12 jaar), maprotiline, paroxetine en trazodon. Inmiddels blijkt uit nader onderzoek dat fluoxetine enig effect heeft op depressie bij kinderen, hoewel dit middel evenals andere SSRI's niet voor deze indicatie is geregistreerd. Artsen kunnen het dan nog wel voorschrijven, maar daarvoor gelden aparte richtlijnen. De eerste keuze lijkt om behandeling van depressie bij kinderen te beginnen met niet-medicamenteuze therapieën zoals psychotherapie.

Ouderen

Globaal kunnen 65-plussers met lagere doseringen antidepressiva volstaan. Dit komt o.a. doordat met het ouder worden de hoeveelheid leverweefsel is afgenomen en de bloeddoorstroming door de lever minder is dan voorheen. Zo bedraagt deze voor een tachtigjarige nog maar de helft van die van een volwassene van middelbare leeftijd. Hierdoor kan de lever minder geneesmiddel uitschakelen dan voorheen. Een geneesmiddel blijft dan langer werkzaam en men moet er dus minder van innemen. Bij ouderen bestaat de kans op vallen bij gebruik van antidepressiva en daardoor de kans op een heupfractuur. Ook lopen ouderen het risico op een te laag natriumgehalte in het bloed. Ouderen gebruiken vaak meerdere medicijnen tegelijk, waardoor interacties van de geneesmiddelen op elkaar kunnen ontstaan met storende tot gevaarlijke effecten als gevolg.

Wat als je teveel medicijnen inneemt?

Een overdosis aan TCA's (bewust of onbewust) kan leiden tot bemoeilijkte ademhaling, levensgevaarlijke hartcomplicaties, bewustzijnsdalingen, epileptische toevallen en coma. Tijdig ingrijpen kan levensreddend zijn. De TCA's gaan de werking van het acetylcholine tegen en daardoor ontstaan bijwerkingen zoals slechter zien, droge mond, snel hartritme, urineretentie (niet of niet volledig uit kunnen plassen). Wanneer er te veel acetylcholine wordt geblokkeerd, kan het 'anticholinerg syndroom' ontstaan, met de volgende kenmerken: angst, agitatie, desoriëntatie, hallucinaties, delier, spraakstoornis, heftige bewegingen, snel hartritme, hartritme stoornissen, wijde pupillen, warme droge huid, koorts en droge slijmvliezen. De antidepressiva moeten dan volledig gestopt worden of teruggebracht naar een lagere dosis.

Een overdosis aan SSRI's leidt niet tot deze dramatische gevolgen, maar bij een ernstige vergiftiging met SSRI's kan het 'serotoninesyndroom' ontstaan. Dit treedt meestal op na een dosisverhoging of overdosis, of in combinatie met bijvoorbeeld ecstasy, amfetaminen, cocaïne of Sint-Janskruid en kan bestaan uit een veelheid van verschijnselen, waarbij vooral de hyperreflexie (verhoogde reflexen) en de clonus (heftige bewegingen doordat de spieren zich krampachtig samentrekken) opvallen. De patiënt kan uiteindelijk zelfs in coma raken. Bij staking van de antidepressiva treedt binnen enkele dagen spontaan herstel op.

Onttrekkingsverschijnselen

Onttrekkings- of onthoudingsverschijnselen zijn lichamelijke en psychische symptomen die zich kunnen voordoen na het stoppen van een antidepressivum of een snelle afbouw van de dosis. Maar ze kunnen ook optreden als maar even met de medicatie wordt gestopt. Ze komen zowel voor bij TCA's als bij SSRI's. Risicofactoren voor het optreden van onttrekkingsverschijnselen zijn: een hoge dosering, een korte halfwaardetijd (middelen die snel uit het lichaam verdwijnen), een lange periode dat het middel wordt gebruikt en het acuut stoppen ervan. De verschijnselen kunnen binnen een paar dagen na het stoppen optreden en duren maximaal zo'n drie weken. We kunnen de symptomen als volgt indelen:

- *Griepachtige verschijnselen: hoofdpijn, slaapneiging, zweten, rillingen, moeheid, eetlustvermindering.*
- *Maag-darmstoornissen: buikpijn, misselijkheid, overgeven, diarree, geen of minder eetlust.*
- *Evenwichtstoornissen: duizeligheid, coördinatiestoornissen.*
- *Extrapiramidale stoornissen: parkinsonisme (bewegingen die aan de ziekte van Parkinson doen denken), acathisie, catatonie (langdurige actieve spierspanning spierspanningen, waardoor soms alle bewegingen ophouden), tremoren (beven), dystonie (repeterende bewegingen en een abnormale houding van een lichaamsdeel), ataxie (coördinatiestoornissen van de spieren).*
- *Psychische symptomen: opwinding, prikkelbaarheid, stemmingsdaling, huilbuien, angst, manie, hypomanie, hallucinaties, delier, agressie, waandenkbeelden.*

- *Slaapstoornissen*: inslaapstoornis, nachtmerries, excessief dromen, levendig dromen.
- *Sensorische stoornissen*: elektrische schoksensaties, paresthesieën (onjuiste gevoelswaarnemingen, zoals het gevoel dat mieren over de huid lopen).
- *Overige verschijnselen*: cognitieve stoornissen, hartritmestoornissen.

Bij stoppen met een antidepressivum is het van belang om het medicijn langzaam af te bouwen. Bij ernstige onthoudingsverschijnselen zal het antidepressivum moeten worden hervat. Als er al een afbouwschema gestart is, zal het antidepressivum nog langzamer afgebouwd moeten worden.

Wat als je nog andere medicijnen gebruikt?

Bij gebruik van nog andere medicijnen kunnen de verschillende geneesmiddelen elkaar beïnvloeden (interacties). Geneesmiddelen kunnen elkaar versterken of verzwakken. Zo geven antidepressiva in combinatie met bepaalde pijnstillers als diclofenac en ibuprofen een verhoogde kans op bloedingen. De combinatie van antidepressiva en een medicijn voorgeschreven voor een te lage werking van de schildklier kan juist de werking van het schildkliermedicijn versterken, waardoor de schildklier (te) hard gaat werken. Antidepressiva en sommige bloeddrukverlagende middelen gaan ook niet samen. Evenmin is een combinatie met de zogenaamde anticholinerge medicijnen te prefereren, omdat antidepressiva zelf al anticholinerge bijwerkingen hebben.

Hoe lang moet je ze innemen?

Hoe lang je de antidepressiva moet innemen is moeilijk te zeggen. Sommigen reageren goed op de medicatie en kunnen na een half jaar weer met de medicijnen stoppen. Anderen vallen steeds terug in hun angststoornis of depressie en moeten ze twee tot vijf jaar gebruiken. Maar het komt ook voor dat mensen levenslang de medicijnen moeten innemen. Het hangt ook een beetje af van het ziektebeeld en van de inzet van niet-medicamenteuze therapieën zoals cognitieve gedragstherapie en psychotherapie.

Kun je er meteen mee stoppen als je dat wilt?

Met uitzondering van fluoxetine kun je niet zomaar stoppen met het antidepressivum. Doe je dat wel, dan bestaat de kans op onttrekkingsverschijnselen. Soms kunnen al onttrekkingsverschijnselen optreden tijdens het afbouwen van de medicatie en dan is het beter om nog langzamer af te bouwen.

Bijvoorbeeld: bij een dosering van 150 mg of meer moeten TCA's worden afgebouwd in twee stappen. Eén week wordt 75 mg ingenomen en de tweede week 25 mg (met liefst nog een week met 50 mg er tussen in). Daarna kan gestopt worden. Bij paroxetinegebruik van 30 mg of meer, kan per week met 10 mg verminderd worden totdat een dagdosering van 10 mg is bereikt. Deze dosis wordt dan nog een week ingenomen en dan kan met de medicatie gestopt worden. Fluoxetine hoeft niet stapsgewijs te worden verminderd. Dat heeft te maken met de zogenaamde halfwaardetijd, dat is de tijd waarin de helft van het geneesmiddel in het lichaam wordt afgebroken. Voor fluoxetine is deze zeer lang, namelijk een paar dagen. De afbraak gaat dus al erg langzaam, dit in tegenstelling tot antidepressiva die een korte halfwaardetijd hebben.

Hoe bevorder je therapietrouw?

Met therapietrouw wordt bedoeld dat de patiënt de voorgeschreven medicijnen inneemt. De praktijk is echter weerbarstig: na drie maanden neemt bijna de helft van de patiënten het voorgeschreven antidepressivum niet meer in. De bijwerkingen plegen natuurlijk een forse aanslag op de therapietrouw, maar ook het feit dat als je je weer beter gaat voelen de neiging bestaat om met de medicatie te stoppen. En als je het gevoel hebt dat het niet werkt, ligt het stoppen van het antidepressivum ook voor de hand. Ook kan de depressie er zelf voor zorgen dat de medicatie wordt vergeten. Bekend is bijvoorbeeld het minder kunnen concentreren bij een depressieve aandoening. Een voorschrift van één keer daags zal beter worden opgevolgd dan meerdere keren daags. Verder is de therapietrouw te verbeteren door meer voorlichting en coaching door de hulpverlener en stimulering door naaste familieleden en kennissen.

Deze bijdrage is gebaseerd op informatie uit het boek *Antidepressiva, vraagbaak voor cliënt en hulpverlener* (Silhouet, 2007), dat de auteur recent publiceerde.

Email: uitgever@silhouet-online.nl