

Peter Lehmann

Antidepressiva absetzen

Massive Entzugsprobleme, keine professionellen Hilfen

Antidepressiva, auch »Thymoleptika« genannt, sind Wirkstoffe, die Depressionen lindern sollen oder das Empfindungsvermögen dämpfen, eine niedergedrückte Stimmung, innere Erregung oder Ängste wahrzunehmen. So gelten sie als aktivierende Stimmungsaufheller. In der Medizin, Psychiatrie inklusive, setzt man seit Mitte der 1950er Jahre synthetische Antidepressiva ein.

Standardkriterien für die Zuordnung einzelner Psychopharmaka zu speziellen Wirkstoffgruppen gibt es nicht. In manchen Ländern werden spezielle Wirkstoffe den Antidepressiva zugeordnet, in anderen Ländern den Neuroleptika. Die Klassifikation kann sich auf die pharmakologische Struktur der Substanz beziehen, ihren biochemischen Wirkmechanismus, ihre Auswirkungen oder die subjektive Intention des Verabreichers.

Entsprechend ihren chemischen Struktur Gemeinsamkeiten teilt man Antidepressiva in Gruppen auf, hierzu zählen – unter anderem – trizyklische Antidepressiva (wie z. B. Amitriptylin, Saroten, Aponal, Insidon), tetrazyklische Antidepressiva (wie z. B. Tolvin, Ludiomil), MAO-Hemmer (wie z. B. Jatrosom, Parnate), Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI – wie z. B. Cipralex, Paroxetin, Prozac) oder Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI – wie z. B. Cymbalta, Trevilor).

Antidepressiva wirken primär auf den Hirnstoffwechsel. Haupteffekt ist ein künstliches Überangebot an Transmittern bzw. die Hemmung ihres Abbaus nach verrichteter Übermittlung von Nervenreizen, so dass es zu einem funktionellen Transmitterüberschuss und dadurch zu einer vorübergehenden flachen Euphorie oder ungesteuerten Aufstachelung der Gefühlslage kommt (»Stimmungsaufhellung«), sofern diese Gefühlsveränderung nicht einen Placebo-Effekt darstellt. Und oft genug verbessert sich die Stimmung überhaupt nicht.

Antidepressiva werden eingesetzt bei Diagnosen wie reaktive, neurotische oder himorganische Depression, Angst- oder Zwangssyndrom, Nachtangst, Panikattacken, Phobien (z. B. Schulangst bei Kindern), chronischer Schmerzzustand, Bettnässen, vorzeitige Ejakulation, Teilnahmslosigkeit, Schlaflosigkeit, psychosomatische Störung, funktionelle Organbeschwerden, Neurose, Schizophrenie, Entzugssymptom bei Medikamenten-, Alkohol- und Drogenabhängigkeit, Manie.

Der Münchner Arzt und Psychotherapeut Josef Zehentbauer (2010, S. 136-196, 402-410) warnt: Antidepressiva vermehren oft die innere Unruhe, was dann als sehr quälend empfunden werde. Antriebssteigerung und Aktivierung können einen depressiven Menschen zur Selbsttötung bringen oder dazu treiben, in ihrer Verzweiflung gegen andere gewalttätig zu werden.

Informieren Sie sich gründlich, bevor Sie sich zur Einnahme überreden lassen. Insbesondere die Gefahr der Chronifizierung

von Depressionen sollte beachtet werden, wenn man sich entschließt, Antidepressiva längerfristig einzunehmen. Wer Klarheit über die Risiken will, muss sich mit deren Wirkungsweise und Auswirkungen auseinandersetzen, erst recht, wenn ärztlicherseits das Interesse an einer umfassenden Aufklärung zu wünschen übrig lässt.

Aufgrund von möglichen Entzugsproblemen sollte nicht nur die Einnahme, sondern auch der Entschluss zum Absetzen und dessen Prozess gut durchdacht sein.

Entzugsprobleme unter Antidepressiva

Antidepressiva können massive Entzugsprobleme bereiten. Seit einem halben Jahrhundert ist diese Problematik bekannt. Rudolf Degkwitz, ehemaliger Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde, schrieb 1967:

»Das Reduzieren oder Absetzen der Psycholeptika führt (...) zu erheblichen Entziehungserscheinungen, die sich in nichts von den Entziehungserscheinungen nach dem Absetzen von Alkaloiden und Schlafmitteln unterscheiden.« (S. 161)

Mit Psycholeptika sind Antidepressiva und Antipsychotika (Neuroleptika) gemeint. Zur Wirkstoffgruppe von Alkaloiden gehört zum Beispiel Morphium. Zu den Symptomen des Morphium-Entzugssyndroms zählen Zittern, Durchfälle, Erbrechen, Übelkeit, Unruhe, Angst, Krampfanfälle, Schlaflosigkeit, Delire, Dämmer- oder Verstimmungszustände, vor allem aber auch lebensbedrohliche Kreislaufstörungen (Schockzustände). Schlafmittel gelten ebenfalls als abhängigmachend, und es ist bekannt, dass auch ihr Entzug mit großen Problemen bis hin zu lebensgefährlichen Krampf-anfällen verbunden sein kann.

Pharmahersteller und Schulmediziner verleugnen das Risiko einer körperlichen Abhängigkeit von Antidepressiva und Antipsychotika. Bei Benzodiazepinen war dies lange Zeit auch der Fall, bis schließlich Gerichte Hersteller und Anwender zu Schadenersatzzahlungen verurteilten, da sie die Geschädigten nicht rechtzeitig vor dem bekannten Risiko gewarnt hatten.

Da Benzodiazepine seit Mitte der 1980er Jahre in Deutschland die Verordnungen wegen des Abhängigkeitsrisikos nur noch begrenzt verabreicht werden dürfen, nehmen ihre Verordnungszahlen kontinuierlich ab, dafür diejenigen von Antipsychotika und Antidepressiva kontinuierlich zu. Deren Verabreichung ist verbunden mit der unwahren Information, es bestünde kein Abhängigkeitsrisiko. Dieses einzugestehen würde bedeuten, dass die Verkaufszahlen und damit Gewinne der Pharmaindustrie zurückgingen und die Betroffenen Anspruch auf therapeutische und stationäre Hilfe beim Absetzen und auf Rehamaßnahmen hätten.

Dies alles ist nicht der Fall. Es gibt noch nicht einmal die Diag-

nose der Abhängigkeit von Antipsychotika oder Antidepressiva. Die Betroffenen erhalten keine sachgerechten Informationen. Körperliche Abhängigkeit kann sich entwickeln, verbunden mit Toleranzbildung. Beim Absetzen können je nach individueller Disposition, Dauer der Einnahme, Begleitumständen und Geschwindigkeit der Reduzierung gravierende Entzugssymptome auftreten. Und oft werden die Betroffenen mit dem Verdacht eines Rückfalls einer erneuten, intensivierten Behandlung unterzogen, oft genug noch zusätzlichen hirnschädigenden Elektroschocks. Die Katastrophe ist programmiert.

Unabhängige Profis haben sich mittlerweile ansatzweise der Absetzproblematik bei Antipsychotika angenommen, jedoch noch nicht der von Antidepressiva. Im Interesse der Betroffenen ist ein Umdenken dringender denn je. Auch die Gesellschaft insgesamt würde davon profitieren. Aufgrund der Zahl sich chronifizierender Depressionen und mit den Antidepressiva verbundenen Folgeerkrankungen steigen die Kosten für die Krankenversicherung, Arbeitsausfälle und Frühberentung unentwegt.

Entzugsserscheinungen bei Antidepressiva

Beim Absetzen von Antidepressiva sind massive Entzugsserscheinungen einzukalkulieren, die gewöhnlich nach ein bis zwei Tagen eintreten. Je länger ein Antidepressivum eingenommen wurde und je kürzer seine Halbwertszeit ist, desto eher ist mit Entzugsserscheinungen zu rechnen: beispielsweise Magen-Darm-Störungen mit oder ohne begleitende Angstzustände, Schlafstörungen, Parkinson-ähnliche Symptome, paradoxe Aktivierung, Aggressivität oder Verschlechterung der ursprünglichen Depression. Das »British National Formulary«, das offizielle britische Medikamentenverzeichnis, listete 2008 noch weitere Entzugsserscheinungen auf. Nach schon zweimonatiger Einnahme sei bei raschem Absetzen mit Übelkeit zu rechnen, mit Erbrechen und Appetitlosigkeit, verbunden mit Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Schüttelfrost und Schlaflosigkeit und gelegentlich mit Hypomanie (leicht gehobene Stimmung), panikartiger Angst und extremer motorischer Unruhe. 2012 fügte es Bewegungsstörungen, Muskelschmerzen und Manien hinzu und teilte mit:

»Entzugsserscheinungen können innerhalb von fünf Tagen nach Ende einer Behandlung mit Antidepressiva auftreten; normalerweise sind sie mild und klingen von alleine wieder ab, aber in einigen Fällen können sie heftig sein. Medikamente mit kürzerer Halbwertszeit wie Paroxetin und Venlafaxin sind mit einem höheren Risiko von Entzugsserscheinungen verbunden.« (S. 243)

Bei neueren Antidepressiva wie den SSRI und SNRI muss mit einem spezifischen Entzugssyndrom gerechnet werden:

»Magen-Darm-Störungen, Kopfschmerz, Angst, Schwindel, Parästhesie (Fehlempfindung in Form von Kribbeln, Pelzigsein, Ameisenlaufen etc.), Empfindungen als würde der Kopf, Nacken oder Rücken von einem elektrischen Schlag durchzuckt, Tinnitus, Schlafstörungen, Müdigkeit, grippeartige Symptome und Schweißabsonderung sind bei einem SSRI die verbreitetsten Charakteristika nach abruptem Absetzen oder einer merklichen Dosisreduzierung.« (ebd., S. 250)

Seit langem wissen Ärzte, dass Antidepressiva zur Toleranzbildung führen. Die Dosis muss ständig erhöht werden, um – sofern sie sich überhaupt einstellt – eine kontinuierliche Wirkung zu erzielen, was ein deutlicher Hinweis auf das Abhängigkeitspotenzial einer Substanz ist. Schon 1966, ein Jahr vor Degkwitz' Warnung, betonte Raymond Battegay von der Universitätsklinik Basel die Notwendigkeit, den Abhängigkeitsbegriff um einen neuen Typ zu erweitern, um dem Problem der Abhängigkeit von Antidepressiva und Neuroleptika gerecht zu werden. Im Vergleich mit den Entzugsserscheinungen von Tranquilizern würden neuroleptische Substanzen bzw. deren Entzug zwar kein unstillbares Verlangen (»craving«) auslösen, dennoch würden die Entzugsserscheinungen auf eine körperliche Abhängigkeit hinweisen, so dass von einem »Neuroleptica/Antidepressiva-Typ der Drogenabhängigkeit« gesprochen werden könnte.

Im selben Jahr fragte der Psychiater Chaim Shatan anhand der Diskussion eines Fallbeispiels mit dem Antidepressiva-Prototyp Imipramin im Canadian Psychiatric Association Journal, ob die Definition der Weltgesundheitsorganisation für Drogenabhängigkeit aus dem Jahre 1950 auch für Antidepressiva anzuwenden sei, schließlich lägen Toleranzentwicklung, psychische und schließlich körperliche Abhängigkeit sowie charakteristische Entzugssymptome vor. Es sei bemerkenswert, so Shatan, dass die Entzugsreaktionen in Abfolge und Symptomatik nahezu ununterscheidbar seien von denen, die mittlerer Opiatabhängigkeit folgen.

Anfang der 1970er Jahre äußerten Ärzte den Verdacht, dass Antidepressiva zur Chronifizierung von Depressionen führen. Nun zeigte die Studie eines Teams um Paul Andrews von der Abteilung für Psychologie, Neuro- und Verhaltenswissenschaften an der McMaster-Universität von Hamilton in Ontario (Kanada), dass synthetische Antidepressiva die natürliche Selbstregulation des Serotoninhaushalts oder anderer Transmitter im Gehirn stören und dazu führen können, dass das Gehirn überreagiert, wenn die Antidepressiva abgesetzt werden. Hierdurch würden neue Depressionen hervorgerufen, erläutert Andrews:

»Wir fanden heraus, dass je stärker diese Medikamente im Gehirn auf Serotonin und andere Neurotransmitter einwirken – und diese Wirkung schreibt man ihnen zu –, desto größer das Rückfallrisiko ist, wenn man sie absetzt. (...) All diese Medikamente verringern Symptome wahrscheinlich bis zu einem bestimmten Grad und kurzfristig. Aber was passiert auf lange Sicht? Unsere Resultate legen nahe, dass die Depression wieder da ist, wenn man versucht, diese Medikamente wegzulassen. Dies kann Leute in einem Kreislauf festhalten, wo sie weiterhin Antidepressiva nehmen müssen, um der Wiederkehr der Symptome vorzubeugen.« (zit. n. »Patients«, 2011)

»Es ist ein Prinzip der evolutionären Medizin, dass die Störung entstandener Anpassungsprozesse biologische Funktionen schwächt. Da Serotonin viele Anpassungsprozesse reguliert, könnten Antidepressiva viele unerwünschte gesundheitliche Wirkungen haben. Während Antidepressiva in bescheidener Weise depressive Symptome reduzieren, steigern sie beispielsweise nach dem Absetzen die Empfänglichkeit des Gehirns für zukünftige

Episoden.« (Andrews et al., 2012)

Es sei wichtig, so Andrews und Kollegen, die Betroffenen vor der Erstverabreichung über das Abhängigkeitsrisiko aufzuklären:

»Medikamente, die das Risiko eines Rückfalls oder Entzugerscheinungen beim Absetzen fördern, können Medikamentenabhängigkeit verursachen, die darin besteht, die Rückkehr von Symptomen zu verhindern. Folglich muss man mit solchen Medikamenten sorgfältig umgehen, und die Patienten müssen für ihre Anwendung eine informierte Zustimmung geben. ADMs (antidepressive Medikamente) werden manchmal bei Alkohol- oder Drogenabhängigkeit verschrieben, denn man glaubt, dass der Einsatz solcher Substanzen bei der Abhängigkeit eine Rolle spielt, wenn es um die Medikation von Angstgefühlen und Depressionen geht. Ironischerweise könnte der Einsatz von ADMs bei der Hilfe zur Entwöhnung von solchen Substanzen lediglich dazu führen, dass die eine Abhängigkeit durch eine andere ersetzt wird.« (S. 15)

Ursache der Abhängigkeit ist die Downregulation der Serotonin- und Noradrenalinrezeptoren als Reaktion auf den durch die Antidepressiva künstlich erhöhten Transmittergehalt in den Nervenverbindungen; die Rezeptoren werden unempfindlicher und degenerieren. In Bezug auf SSRI warnte der Schweizer Arzt und Psychotherapeut Marc Rufer:

»Auf die Dauer kommt es demnach zu einer verminderten Serotoninwirkung. Wenn die Serotoninmangel-Hypothese der Depression richtig wäre, müssten die SSRI schwerste Depressionen bewirken.« (1995, S. 144)

Chronifizierung der Leiden oder Eigeninitiative

Viele Betroffene sind überzeugt, zum Absetzen bräuchten sie unbedingt die Zustimmung eines Arztes. Doch ob man Psychopharmaka mit oder gegen ärztlichen Rat absetzt, spielt im Prinzip keine Rolle. Wer es gegen ärztlichen Rat tut, hat die gleichen Erfolgschancen wie derjenige, dessen Arzt seine Entscheidung unterstützt. Dies ist das ermutigende Ergebnis bei zwei Drittel aller Befragungen im Rahmen des »Coping with Coming Off«-Projekts in England und Wales, bei dem Erfahrungen mit dem Absetzen von Psychopharmaka erforscht wurden. Finanziert vom britischen Gesundheitsministerium hatte 2003 und 2004 ein Team psychiatriebetroffener Forscher 250 Interviews im

Auftrag der Sozialpsychiatriestiftung MIND (vergleichbar der deutschen DGSP) durchgeführt. Als hilfreich galten der Beistand von Beratern oder einer Selbsthilfegruppe, ergänzende Psychotherapie, gegenseitige Unterstützung, Informationen aus dem Internet oder aus Büchern, Aktivitäten wie Entspannung, Meditation oder Bewegung. Es stellte sich heraus, dass Ärzte nicht voraussagen konnten, welche Patienten erfolgreich Psychopharmaka absetzen würden. Sie wurden als die am wenigsten hilfreiche Gruppe beim Absetzen genannt. Als Konsequenz dieser Studie änderte MIND seinen Standardratschlag. War vorher – wenn überhaupt – geraten worden, Psychopharmaka nur mit ärztlichem Einverständnis abzusetzen, wies man jetzt auf die Indoktrination von Ärzten durch die Pharmaindustrie hin und legte nahe, sich ausgewogen zu informieren.

Hierzulande finden Interessierte Informationen zum Thema »Absetzen von Psychopharmaka« in Büchern wie »Psychopharmaka absetzen« oder im Internet unter www.peter-lehmann.de/absetzen. Empfehlenswert ist auch das 2003 gegründete Antidepressiva Forum Deutschland (www.adfd.org), eine private Initiative von Betroffenen und Angehörigen mit unabhängiger Information und Austausch über unerwünschte Wirkungen und Entzugerscheinungen von Psychopharmaka.

Dass die Unterstützung durch einen kompetenten Arzt hilfreich ist, steht außer Frage. Bei neueren SSRI wird Ärzten inzwischen geraten, sich an Experten zu wenden, sollten Entzugssymptome nicht nachlassen. Das britische Medikamentenverzeichnis warnte 2012 beispielsweise vor SSRI-Entzugssymptomen:

»Um diese Wirkungen vermeiden, sollte die Dosis über mindestens vier Wochen ausgeschlichen werden. Bei einigen Patienten kann es nötig sein, über einen längeren Zeitraum hinweg abzusetzen; ziehen Sie in Erwägung, einen Spezialisten zu Rate zu ziehen, wenn die Symptome anhalten.« (S. 250)

Doch wo findet man hierzulande Spezialisten für Entzugssymptome bei Antidepressiva und insbesondere bei SSRI und SNRI, und weshalb sollten Ärzte sich überhaupt über das Problem der Antidepressiva-Abhängigkeit Gedanken machen, wenn sie ungestört von jedweden Arzneimittelüberwachungs- und Strafverfolgungsbehörden von Seiten der Pharmaindustrie fehlinformiert werden? Wer kann dem dänischen Mediziner Peter Gøtzsche widersprechen, wenn er die Pharmaindustrie als »organisierte Kriminalität« bezeichnet?

Literatur

Andrews, Paul W. / Kornstein, Susan G. / Halberstadt, Lisa J. / Gardner, Charles O. / Neale, Michael C.: »Blue again: Perturbational effects of antidepressants suggest monoaminergic homeostasis in major depression«, in: *Frontiers in Psychology*, Vol. 2 (2011), Artikel 159; im Internet unter www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3133866/ (Zugriff am 10. März 2012)

Andrews, Paul W. / Thomson, J. Anderson / Amstadter, Ananda / Neale, Michael C.: »Primum non nocere: An evolutionary analysis of whether antidepressants do more harm than good«, in: *Frontiers in Evolutionary Psychology*, Vol. 3 (2012), Artikel 117; doi: 10.3389/fpsyg.2012.00117. Online-Publikation vom 24. April 2012

Battegay, Raymond: »Entziehungerscheinungen nach abruptem Abset-

zen von Neuroleptika als Kriterien zu ihrer Differenzierung«, in: *Nervenarzt*, 37. Jg. (1966), S. 552-556

»BNF – British National Formulary«, 63. Aufl., Basingstoke: Pharmaceutical Press 2012

Degkwitz, Rudolf: »Leitfaden der Psychopharmakologie«, Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft 1967

Gøtzsche, Peter C.: »Tödliche Medizin und organisierte Kriminalität – Wie die Pharmaindustrie das Gesundheitswesen korrumpiert«, München: Riva Verlag, 2. Aufl. 2015

Lehmann, Peter (Hg.): »Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin

und Tranquilizern«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, 4., aktual. Aufl. 2013

»Patients who use anti-depressants can be more likely to suffer relapse, researcher finds«, in: ScienceDaily vom 19. Juli 2011; im Internet unter www.sciencedaily.com/releases/2011/07/110719121354.htm (Zugriff am 24. Januar 2012)

Rufer, Marc: »Glückspillen: Ecstasy, Prozac und das Comeback der

Psychopharmaka«, München: Knaur Verlag 1995

Shatan, Chaim F.: »Withdrawal symptoms after abrupt termination of imipramine«, in: Canadian Psychiatric Association Journal, Vol. 11 (1966), Suppl., S. 150-158

Zehentbauer, Josef: »Chemie für die Seele – Psyche, Psychopharmaka und alternative Heilmethoden«, Berlin / Eugene / Shrewsbury: Antipsychiatrieverlag, 11., aktual. Aufl. 2010

© 2016 by Peter Lehmann. Alle Rechte vorbehalten

Rechtlicher Hinweis

Soweit in diesem Artikel Wirkungen von Antidepressiva erwähnt sind, dürfen die Leser darauf vertrauen, dass der Autor sowie der Redakteur des BPE-Rundbriefs große Sorgfalt darauf verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung des Artikels entspricht. Die humanistische Antipsychiatrie und das Wissen von den Risiken und Schäden psychiatrischer Psychopharmaka ist jedoch ständigen Entwicklungen unterworfen. Erfahrungen erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was die Beendigung der psychopharmakologischen Behandlung anbelangt.

Eine Vielfalt individueller Faktoren (körperlicher und psychischer Zustand, soziale Lebensverhältnisse etc.) übt einen wesentlichen Einfluss auf den Verlauf des Absetzprozesses aus. Die Leser sind angehalten, durch sorgfältige Prüfung ihrer Lebenssituation einschließlich ihres körperlichen und see-

lischen Zustands und gegebenenfalls nach Konsultation eines geeigneten Spezialisten festzustellen, ob ihre Entscheidung, nach Lektüre des Artikels Antidepressiva auf eine spezielle Weise abzusetzen, in kritischer und verantwortlicher Weise erfolgt. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind.

Infolge dieser Umstände übernehmen der Autor und der Redakteur des BPE-Rundbriefs, beides keine Ärzte, weder die Verantwortung für die Folgen unerwünschter Wirkungen beim Einnehmen von Antidepressiva noch bei deren Absetzen. Der Autor appelliert an alle Betroffenen, Angehörigen, Ärzte und Therapeuten, ihm etwa auffallende Ungenauigkeiten oder Misserfolge beim durchdachten Absetzen von Antidepressiva unter genauer Schilderung der Umstände mitzuteilen.