



# Zu Risiken und Nebenwirkungen befragen Sie sich selbst!

Wenig bekannte Probleme bei der Einnahme von Antidepressiva

Foto: Karolina Grabowska – pexels.com

In Deutschland legt die sogenannte »S3-Leitlinie« fest, wie Depressionen zu behandeln sind. Demnach sei die Erkrankung gut behandelbar: In leichten Fällen reiche eine Psychotherapie allein aus, in mittelschweren Fällen seien Psychotherapie oder Antidepressiva möglich, in schweren Fällen müsse beides kombiniert werden.

## Ernüchternde Forschung – hitzige Debatten

Inzwischen gibt es gute Gründe, diese Darstellung grundlegend zu ergänzen. Die Erfolge der Tabletten, die von einigen Psychiaterinnen und Psychiatern sowie einzelnen Betroffenen auch öffentlich gefeiert werden, lassen sich in randomisierten kontrollierten Studien für die meisten Betroffenen nicht replizieren. Im Durchschnitt sind die von Antidepressiva verursachten Veränderungen nur geringfügig größer als die von Placebos. Diskutiert wird deshalb, ob die in der Praxis beobachteten und gefühlten Verbesserungen nicht zu großen Teilen auf einen bei Antidepressiva beträchtlichen Placebo-Effekt zurückzuführen sind (siehe u.a. Kirsch & Sapirstein, 1998).

Die Debatte verschiebt sich. Statt weiter über die ernüchternde Datenlage zu reden, wird über ihre Interpretation gestritten. »Etwas mehr Schlaf durch ein Antidepressivum, das kann den Unterschied zwischen Leben und Tod für einen depressiven Menschen bedeuten«, meinen Befürworterinnen und Befürworter der Verordnung, die auf kleine Verbesserungen nicht verzichten wollen. Wenn im Durchschnitt kein über Placebo hinausgehender Effekt gefunden wurde, bedeute

das zudem, dass es – im Rahmen der zu erwartenden Streuung – auch einige Personen gab, die stärker oder schwächer als auf ein Placebo reagiert hätten. So sei eine überdurchschnittliche Verbesserung bei ca. 14 % der Behandelten zu beobachten. Behandle man also zehn Millionen depressive Menschen mit einem Antidepressivum, habe man 1,4 Millionen überdurchschnittlich dadurch geholfen (Thase, 2002).

Andere versuchen sich an rechnerischen Raffinessen, wie etwa in einer weithin rezipierten Arbeit des Forschers Andrea Cipriani, die die wenig beeindruckenden Rohwerte der Studien statistisch so aufarbeitete, als seien sämtliche Antidepressiva signifikant wirksamer als Placebos (Cipriani et al., 2018). Ein Befund, der statistisch korrekt, aber klinisch bedeutungslos war (Plöderl & Hengartner, 2019). Wie in vielen anderen Metaanalysen lag auch der von Cipriani et al. gefundene Unterschied zwischen Placebo und Antidepressivum am Ende bei rund zwei Punkten auf der Hamilton-Depressions-Skala. Das ist so, als würde man eine Diättablette einnehmen, um damit zuverlässig hundert Gramm abzunehmen.

Einige Befürworterinnen und Befürworter erklären, es sei dennoch eine gute Sache, den Placebo-Effekt in der Behandlung von an Depression Erkrankten zu nutzen. Depressions-Leitlinienautor Professor Tom Bschor meint etwa: »Es ist eine ureigene ärztliche Aufgabe, Hoffnung zu wecken und hierdurch die Selbstheilungskräfte zu aktivieren. Insofern ist es weder schändlich noch abzulehnen, dass eine Antidepressiva-Behandlung mit einem

hohen Placebo-Effekt assoziiert ist« (Bschor, 2013, S. 26). Um im Bild zu bleiben: Zu den hundert Gramm, die man durch das Medikament *zusätzlich* abnimmt, sollten also die – sagen wir fünf – Kilo hinzugerechnet werden, die durch den Placebo-Effekt zustande kommen. Sind Antidepressiva also in der Praxis hilfreiche Medikamente, auch wenn sie kaum über den Effekt von Zuckerpillen hinaus wirksam sind?

### Risiken der Verordnung von Antidepressiva

Diese Frage kann nur vor dem Hintergrund einer Risiko-Nutzen-Bewertung beantwortet werden. Tatsächlich wird in den bisherigen Debatten meist darüber diskutiert, wie groß (oder klein) die hilfreiche Wirkung von Antidepressiva ist. Dabei wenig berücksichtigt wird meist der durch die Einnahme unter Umständen verursachte Schaden. Denn die Medikamente, mit denen die Welt wieder neu aussehen soll, haben Nebenwirkungen, über die viele Jahre lang mehr schlecht als recht aufgeklärt wurde.

### Entzugssymptome

Lange Zeit wurde beispielsweise vernachlässigt, dass Antidepressiva Entzugserscheinungen verursachen, die nicht dadurch besser werden, dass die Psychiatrie sie verharmlosend »Absetzsyndrome« nennt. Bezeichnenderweise erschien erst 2015 eine erste Arbeit, die diese Nebenwirkungen systematisch erfasste (Fava, Gatti, Belaise, Guidi & Offidani, 2015). Mit Blick auf die neuesten Studien haben Epidemiologinnen und Epidemiologen festgestellt, dass Entzugssymptome bei über der Hälfte der Behandelten länger als zwei Wochen anhalten. In einer Studie berichteten fast 40 % derjenigen, die Antidepressiva geschluckt hatten, sie hätten fast zwei Jahre lang Nebenwirkungen gespürt, darunter Stimmungsschwankungen, Ängste, ein Gefühl von elektrischen Schlägen und ein parkinsonähnliches Zittern (vgl. für eine Zusammenstellung von Studien Hengartner, Davies & Read, 2020).

Tim Kendall, ein britischer Psychiater, dessen Arbeiten Depressiven in Großbritannien vermehrt nicht medikamentöse Hilfen ermöglicht haben, warnt deshalb: »Ich weiß, dass die Entzugssymptome beim Absetzen von Antidepressiva einer Depression sehr ähnlich sind. Das ist so, als hätte man eine ausgeprägte Depression plus Angst. Wenn eine der häufigen Nebenwirkungen ist, dass man das Medikament nicht absetzen kann, dann sollte man es nicht verschreiben« (Padberg & Friedrichs, 2016). Die Betroffenen glauben dann, sobald sie das Medikament absetzen, komme die Depression zurück. So sitzen sie in der Falle. Entweder sie nehmen das Medikament weiter, oder sie fühlen sich wieder schlecht. Die Depression scheint jetzt chronisch zu sein.

Nachdem z. B. der spätere Depressionsforscher Mark Horowitz als junger Mann mit einer Packung Pillen aus der Praxis eines Psychiaters gekommen war, stellte er alsbald fest, dass er die Tabletten nicht wieder absetzen konnte. Probleme, die er vor ihrer Einnahme gar nicht gekannt hatte, gehörten jetzt dauerhaft zu seinem Leben, darunter Schlaf- und Konzentrationsschwierig-

keiten, Ängste und Panikattacken. Horowitz beschloss, selbst Psychiater zu werden, doch keiner seiner Ausbilder konnte ihm weiterhelfen. Fast die gesamte Fachliteratur schwieg sich zu Komplikationen beim Absetzen von Antidepressiva aus. Die offizielle Lehrmeinung lautete, man solle sie über einen Zeitraum von zwei bis vier Wochen hinweg absetzen. Das funktionierte bei Horowitz nicht. Hilfe fand er schließlich im Online-Forum »Surviving Antidepressants« ([www.survivingantidepressants.org](http://www.survivingantidepressants.org)), das von Betroffenen betrieben wird, die mit den gleichen Problemen mit den Tabletten zu kämpfen haben wie er selbst. Dort lernte Horowitz, dass manche Menschen die Medikamente viel langsamer ausschleichen müssen, nämlich über ein bis zwei Jahre.

Heute ist Mark Horowitz ein international anerkannter Experte zum Thema »Nebenwirkungen von Antidepressiva«. 2020 änderte Großbritanniens wichtigste psychiatrische Organisation, das »Royal College of Psychiatry«, seine Anweisung zur richtigen Absetzung von Antidepressiva (Royal College of Psychiatry, 2021). Geschrieben hat sie Horowitz. Diesen gewaltigen Fortschritt in der Aufklärung will er sich jedoch nicht allein zurechnen. Hunderte von Forschungsartikeln, unzählige Medienberichte und der Aufschrei von Selbsthilfe-Organisationen seien notwendig gewesen, um das maßgebliche »Royal College of Psychiatry« zum Umlenken zu bewegen (Horowitz, 2021). Obwohl dies gelungen ist, ist Horowitz nicht allzu optimistisch, dass der aktuelle Forschungsstand schnell in allen Arztpraxen ankommt. Fünfzehn Jahre dauere es oftmals, bis Forschungsergebnisse in der praktischen Versorgung umgesetzt würden, meint er. Bis dahin sind es die Betroffenen selbst, die sich gegenseitig darin unterstützen müssen, die Medikamente möglichst problemarm auszuschleichen, und die die Aufgabe übernommen haben, das Wissen darüber in der Bevölkerung zu verbreiten (White, Read & Julo, 2021). Inzwischen haben sich Zehntausende in solchen Foren zusammengeschlossen.

Mit der Idee, Antidepressiva könnten sogar zur Verlängerung von Depressionen beitragen, hat sich intensiv der US-amerikanische Autor Robert Whitaker beschäftigt (Whitaker, 2010). Seinen Recherchen zufolge könnte man die Geschichte der Ausbreitung von Depressionen in den USA – von einer seltenen Krankheit mit wenigen Tausend Fällen pro Jahr zu einem Volksleiden – auch als Ergebnis ihrer medikamentösen Behandlung ansehen. Die Zahl der Depressionsdiagnosen, so meint Whitaker, sei parallel zur Verschreibung von Antidepressiva gewachsen. Unser Gehirn, argumentiert er, registriere zunächst den künstlich erhöhten Serotoninspiegel. Irgendwann ergreife es Gegenmaßnahmen und trete auf die Bremse: Viel zu viel Serotonin! Also baue es Andockstellen für den Neurotransmitter ab und verringere die eigenständige Produktion. In der Konsequenz gehe es nicht mehr ohne künstliche Zufuhr, also ohne das durch die Antidepressiva verursachte Extra an Serotonin.

Dass Whitaker damit zumindest nicht völlig falschliegt, zeigt eine Studie aus dem Jahr 2000: 156 schwer depres-

### Noch kein Mitglied der Sektion VPP?

Dann einfach eine E-Mail mit Beitrittswunsch und Mitgliedsnummer senden. Bitte die Regelungen zu Primär- und Sekundärsektion sowie den Sektionsbeitrag beachten.

**E** [info@vpp.org](mailto:info@vpp.org)  
Informationen unter:  
**www.vpp.org/**  
[verband/intern/  
mitgliedschaft.shtml](http://verband/intern/mitgliedschaft.shtml)



**Thorsten Padberg** arbeitet seit mehr als 15 Jahren als Psychotherapeut in Berlin. Neben seiner Praxisarbeit wirkte er am Podcast »Therapieland« von »Deutschlandfunk Kultur« mit, der von »Zeit online«, dem »Bayerischen Rundfunk« und »Deezer« zu den besten Podcasts 2019 gezählt wurde und 2020 den Deutschen Sozialpreis und den Medienpreis der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) erhielt. Im Oktober erscheint sein Buch »Die Depression-Falle«.

[www.thorstenpadberg.info](http://www.thorstenpadberg.info)

sive Patientinnen und Patienten erhielten zur Behandlung entweder Antidepressiva, ein reines Sportprogramm oder eine Kombination aus beidem. Nach vier Monaten ging es fast allen Behandelten deutlich besser. Zehn Monate später jedoch hatten in der Gruppe, die mit Antidepressiva behandelt worden war, 38 % der Personen einen Rückfall – gegenüber nur 8 % in der Sportgruppe. In der Gruppe, die mit Sport und zusätzlich mit Medikamenten behandelt worden war, war die Rückfallrate mit 31 % deutlich erhöht. Der Sport hatte nicht vor weiteren depressiven Phasen geschützt. Das Medikament schien dafür mitverantwortlich zu sein, dass die Behandelten erneut depressiv wurden (Babyak, 2000). Den Erfolg der Antidepressiva bezahlen manche der Betroffenen also mit körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen, die erst später offensichtlich werden.

### Wirkstoffroulette und Dosiserhöhung

Die Erfolgsgeschichte der Antidepressiva ist zudem manchmal kurz: Ihre Langzeitwirkung ist sehr umstritten (Hengartner, 2020). Für viele Betroffene bedeutet die Suche nach der passenden Substanz für ihren Hirnhaushalt eine lange Reihe von immer neuen Behandlungsversuchen mit unterschiedlichen Medikamentenklassen – immer in der Hoffnung, einmal werde die Chemie schon stimmen. Es wird argumentiert, man müsse nur das jeweils passende Medikament finden. Allerdings hat die Forschung dazu bereits negative Hinweise geliefert: Der Wechsel des Präparats führt in der Regel nicht zu Verbesserungen (Bschor & Baethge, 2010; Bschor, Kern, Henssler & Baethge, 2018).

Manchen Patientinnen und Patienten geht es so wie Lauren Slater, einer Psychologin, die für ihre eigene Depression seit Langem nach der richtigen Behandlung sucht. »Seit inzwischen 45 Jahren«, schreibt sie, »versuche ich mein Gehirn mit den Präparaten der Psychiatrie zu beruhigen, aber ich kann ehrlicherweise nicht behaupten, dass es mir ihretwegen besser ginge. [...] Die 10 Milligramm Prozac, die ich zum ersten Mal vor 29 Jahren einnahm und die meine tonnenschweren Symptome wie durch ein Wunder verschwinden und meine ganze Welt zu einem bezaubernden Glimmer werden ließen, funktionierten nur für eine kurze Weile. Und es dauerte nicht lange, bevor ich 20, dann 30, dann 60, dann 80, dann 100 Milligramm Prozac brauchte, um die Erleichterung zu verspüren, die mir zu Beginn 10 winzige Milligramm verschafft hatten« (Slater, 2018, S. 205). Die Dosiserhöhung ist eine gängige Praxis, die allerdings im Fall der weitverbreiteten Wirkstoffklasse der Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), zu denen Prozac gehört, mehr schadet als nutzt. Erhöht man in Studien die Dosis über die Standarddosis hinaus, steigt lediglich die Zahl der Nebenwirkungen (Rink et al., 2018).

### Sexuelle Dysfunktionen

Und dann ist da noch das, was Lauren Slater »das kleine Sexproblem« nennt, nämlich die Unlust am Geschlechtsverkehr und die Unfähigkeit, zum Orgasmus zu kommen. Ein nicht gerade unwesentliches Symptom, das z. B. die Beziehungszufriedenheit massiv senken kann.

Berichte über entsprechende Probleme bei der Einnahme gab es schon früh; doch sie betrafen maximal 10 % derjenigen, die die Medikamente schlucken, hieß es zunächst. Jüngere Studien gehen von einer Betroffenenquote von 60 bis 70 % aus (Montejo et al., 2019; Serretti & Chiesa, 2009). Bei Männern kommt es bei 70 bis 80 % zu Ejakulationsproblemen. Kein Wunder bei einem Medikament, das inzwischen auch zur »Bekämpfung« von vorzeitigen Samenergüssen eingesetzt wird.

Vielleicht sind diese Nebenwirkungen der Auslöser für weitere Probleme, auf die die Menschen depressiv reagieren? »Meine Bedenken bei der Gabe von Antidepressiva zur Erzielung eines Placebo-Effekts stammen daher, dass dies keine harmlosen Medikamente sind«, meint der Depressionsforscher Irving Kirsch. »Bei SSRIs ist z. B. die Rate von sexueller Dysfunktion so hoch [...], dass es inzwischen schon eine eigene Kategorie dafür gibt, die das Kinsey-Institut aufgestellt hat: Post-SSRI-Sexuelle Dysfunktion. Und deren Daten zeigen, dass ungefähr 30 % der davon Betroffenen die Störung behält – sogar nachdem sie die Medikamente absetzen« (Kirsch, 2016).

### Das Prinzip Hoffnung

Antidepressiva sind Medikamente, die oftmals verzweifelten Menschen verordnet werden, die in ihrer Not nach jedem Strohalm greifen. In meiner eigenen Praxis entscheiden sich viele Klientinnen und Klienten für die Einnahme von Antidepressiva – auch nachdem sie auf die unsichere Studienlage sowie Risiken und Nebenwirkungen hingewiesen wurden. »Etwas Hoffnung ist besser als gar keine Hoffnung«, scheinen sie zu denken. Viele zögern zudem auch dann noch, die Medikamente wieder abzusetzen, wenn ihre Ärztinnen und Ärzte dazu raten. Das gilt besonders für Patientinnen und Patienten, die von einer biologischen Verursachung ihres Problems überzeugt sind (Eveleigh, Speckens, van Weel, Voshaar & Lucassen, 2019).

Diejenigen, die sie von Berufs wegen verordnen, treffen für sich selbst dagegen häufig eine andere Wahl. In einer Studie von Mendel et al. (2010) erklärte eine Mehrheit der Psychiaterinnen und Psychiatern, im Fall einer eigenen Depression lieber abwarten zu wollen, als zur Schachtel mit den Antidepressiva zu greifen.

Vielleicht würden sich mehr Menschen genauso entscheiden, wenn sie regelgerecht über die Risiken und Nebenwirkungen von Antidepressiva aufgeklärt würden. Rhiannon Lucy Coslett, Kolumnistin des englischen »Guardian«, die lange Zeit selbst Schwierigkeiten hatte, ihre Antidepressiva wieder abzusetzen, schreibt dazu: »Ich hätte gerne vorab gewusst, wohin die Reise geht. Dass es so ein Albtraum sein würde, den Zug anzuhalten, um wieder aussteigen zu können.« Der Titel ihres Textes lautet: »Ich weiß, dass Entzugssymptome bei Antidepressiva real sind. Warum wussten meine Behandelnden das nicht?«

Thorsten Padberg

### Literatur:

Die Literaturliste kann per E-Mail beim Verlag angefordert werden: [s.koch@psychologenverlag.de](mailto:s.koch@psychologenverlag.de)