

Unglück auf Rezept – Inhaltsverzeichnis

Vorwort von Professor Dr. med. Bruno Müller-Oerlinghausen	9
Vorwort der Autoren	13
Antidepressive Medikamente – Überblick	16
Patient	
Vier Millionen Menschen nehmen Antidepressiva	19
Suizide trotz antidepressiver Therapie	31
Die Qualen beim Absetzen	46
Psychopharmaka	
Die Biochemie der Depression ist unbekannt	61
Antidepressiva sind unwirksam	75
Die verschwiegenen Nebenwirkungen	93
Pharmaskandale	
Milliardenstrafen für Hersteller	111
Lügen bei der Zulassung von Antidepressiva	122
Wie die Pharmaindustrie die Ärzte beeinflusst	131
Psychiater	
Die Serotonin-Lüge	143
So diagnostizieren Psychiater eine Depression	154
Die Auswahl des passenden Antidepressivums	170
Pillenhistorie	
Die Erfindung des ersten Antidepressivums	187
Der Siegeszug der Antidepressiva	196
Therapien von Hippokrates bis heute	210
Perspektive	
Weshalb die Ära der Antidepressiva endet	225
Lügen haben kurze Beine	235
Alternative Behandlungsmöglichkeiten	247
Anhang	
Danksagung	267
Anmerkungen	269

Vorwort der Autoren

Wir haben mehr als zehn Jahre theoretisch und praktisch zum Thema Antidepressiva geforscht. Dabei sind wir sehr gründlich vorgegangen, haben Monate in Kellerarchiven von psychiatrischen Anstalten verbracht und Patientenakten verglichen. Wir haben uns mit der Geschichte der Erkrankung beschäftigt, sämtliche verfügbaren alten und neuen Studien genau unter die Lupe genommen und Betroffene befragt. Alle beklagten eine unzureichende Information über Risiken, Nebenwirkungen und Absetzschwierigkeiten. Meist ist in den kurzen Quartalsbesuchen beim Arzt keine Zeit für eine ausführliche Aufklärung. Die wichtigsten Informationen haben wir in diesem Buch für Sie zusammengestellt.

Bei den Recherchen ist uns aufgefallen, Antidepressiva werden viel zu schnell verordnet und den Patienten regelrecht aufgezwungen. Wir legen in diesem Buch dar, dass viele Menschen und ganze Branchen von der schnellen und dauerhaften Verschreibung der Antidepressiva profitieren. Jeden einzelnen Menschen, der seelisches Leid erlebt und in seiner Verzweiflung Tabletten dagegen einnimmt, können wir zutiefst verstehen. Niemand braucht sich schlecht zu fühlen, wenn er Psychopharmaka einnimmt. Sollten die Medikamente bei Ihnen jedoch nicht die gewünschte Wirkung erzielen, heißt das nicht, dass Sie ein hoffnungsloser Fall sind. In diesem Buch beschreiben wir, warum Antidepressiva so oft versagen. Einer Dauerverschreibung über Jahre, womöglich bis ans Lebensende, stehen wir kritisch gegenüber.

Vor dem Aufkommen der Antidepressiva wurden Depressionen nicht als chronische Krankheit betrachtet, sondern als vorübergehendes Leiden. Depressionen sind oft langwierig, aber sie hören immer auf. Dunkelheit für immer gibt es nicht. Sollten Sie sich für eine medikamentöse Behandlung entscheiden, empfehlen wir, nach dem Abklingen der depressiven Episode die Medikamente langsam wieder auszuschleichen, um einen Gewöhnungseffekt zu vermeiden. Dies sollte in ganz kleinen Schritten geschehen. Ein abruptes Absetzen von Psychopharmaka kann lebensbedrohliche Folgen haben. Sie sollten sich dafür Unterstützung suchen. Wenn sich beim Absetzen körperliche und psychische Symptome einstellen, heißt das nicht, Ihre Krankheit ist zurückgekehrt. Das Absetzen der Medikamente verursacht ähnliche Symptome wie die Krankheit, gegen die sie eingenommen wurden. Auch darüber finden Sie Informationen in diesem Buch. Am Ende des Buches zeigen wir Alternativen zur medikamentösen Behandlung auf, die sich in der Praxis bewährt haben.

Möge dieses Buch bei der Wahl der bestmöglichen Therapie helfen.

Patient

Vier Millionen Menschen nehmen Antidepressiva

In Deutschland nehmen vier Millionen Menschen Antidepressiva. Viele bekommen ihr erstes Rezept nach wenigen Minuten beim Arzt verschrieben und werden nicht über Nebenwirkungen aufgeklärt. Was kaum einer weiß, diese Menschen können ihre Medikamente oft nur unter großen Schwierigkeiten wieder absetzen, manche gar nicht, und einige erleiden eine jahrelange Entzugshölle.¹ Eine von ihnen ist die heute 28-jährige Karina.

KARINA ist 18 Jahre alt, als sie von heftigen Panikattacken heimgesucht wird. Wie viele junge Menschen, die noch nicht wissen, wo sie hingehören, befindet sie sich in einer instabilen Lebensphase. Immer wieder überfällt sie die Angst, sterben zu müssen. Schließlich sucht sie Hilfe bei einer Psychiaterin. Es dauert keine zehn Minuten, bis die Ärztin ihr eine Packung Citalopram überreicht. Den Beipackzettel nimmt die Ärztin an sich, um die »Panik nicht zu verschlimmern«. Die Ärztin erläutert kurz die gute Wirkung des Medikaments und macht deutlich, Nebenwirkungen seien nicht zu befürchten. Sie sagt, es werde einige Zeit dauern, bis die Besserung eintritt, und anfangs könne es zu einer Symptomverschlimmerung kommen.

Karina ist nach diesem ersten Besuch nicht überzeugt. Tagelang liegt die Packung Citalopram unberührt auf ihrem Küchentisch. Es geht ihr schlecht. Die Panikattacken überrollen sie in einer Heftigkeit, die ihr den Atem nimmt. Immer wieder wacht sie nachts auf und geht in die Küche. Dort liegt die vermeintliche Rettung. An einem Sonntagmorgen nimmt sie ihre erste Tablette. Eine Entscheidung, von der sie später sagt, sie habe ihr Leben für eine lange Zeit zerstört. Wenn Karina heute über ihren ersten Arztbesuch vor zehn Jahren spricht, mischt sich noch immer Wut in ihre Stimme. »Ich kann nicht fassen, dass mir damals auch noch Zopiclon verschrieben wurde.« Zopiclon ist ein sehr starkes Schlafmittel, mit hohem Abhängigkeitspotenzial. Über ein halbes Jahr holt Karina ihre Rezepte an der Rezeption ab, ohne die Ärztin zu Gesicht zu bekommen. Irgendwann bemerkt die 18-Jährige, deren Pubertät noch nicht abgeschlossen ist, dass sie ohne die nächtliche Pille nicht mehr einschlafen kann. Eigenständig setzt sie Zopiclon ab. Täglich reduziert sie die Dosis. Zum Schluss zerkleinert sie die Tabletten mit einer Küchenraspel und leckt sich die Krümel von den Händen. Sie schafft den Entzug ganz allein.

Unter Citalopram kommt es zunächst zu einer Verschlimmerung der Symptome. Da die Ärztin darauf hingewiesen hat, wartet Karina ab. Nach einigen Wochen bemerkt sie eine Verbesserung. Sie wird ruhiger, die Panik ebbt ab, ihre Gefühle verflachen. Irgendwann stellt sie fest, dass sie kaum noch Weinen oder lachen kann. Schnell nimmt sie dreißig Kilogramm Gewicht zu. Ohne größere innere Beteiligung, wie in Watte gepackt, schafft sie es, ihre Ausbildung zur Hebamme zu beenden. Wenn es ihr während der Einnahme schlecht geht, nimmt sie an, ihr krankes »Ich« sei schuld. Nach drei Jahren lässt sie das Medikament zum ersten Mal weg. Genau elf Monate

später bewirkt der Entzug einen traumatischen Einbruch. Sie entwickelt starke Suizidgedanken und ist sicher, dass sie nicht überleben wird. Sie muss Tag und Nacht betreut werden.

In Deutschland hat sich von 1990 bis 2000 die Anzahl der Verordnungen für Antidepressiva verdoppelt. Bis zum Jahr 2010 ist die Zahl noch einmal um das 2,5-fache angestiegen. 2014 verschrieben die Ärzte 1401 Millionen Tagesdosen Antidepressiva, siebenmal so viel wie 1990.² Trotzdem nimmt die Zahl der leidenden Menschen nicht ab. Die Anzahl der Fehltage wegen Depressionen ist seit 1997 um 162 Prozent angestiegen. Die Frühberentungen aufgrund von depressiven Störungen haben sich innerhalb von zehn Jahren verdreifacht.³ wenn es eine effiziente Medizin gegen Depressionen geben würde, müssten die Fehltage und die Frühberentungen sinken. Da sich aber ein starker Anstieg zeigt, muss man vermuten, die Medikamente helfen den Betroffenen nicht, sondern machen sie dauerhaft krank.

Zu diesem Ergebnis kamen bereits 1969 die Psychiater Hanns Hippus und Jules Angst.⁴ Sie verglichen die prophylaktische Wirkung bei ehemals depressiven Patienten. Eine Gruppe erhielt zur Vorbeugung Antidepressiva, die andere nicht. Beim Vergleich beider Gruppen beobachteten die Psychiater mehr depressive Rückfälle unter antidepressiver Dauermedikation und empfahlen schon damals, Antidepressiva nicht zur Vorbeugung einzusetzen. Die vielen Millionen Menschen, die dauerhaft Antidepressiva einnehmen, leiden nicht unter einer chronischen Erkrankung. Nach dem Abklingen der Depression sind sie gesund. In dieser Phase macht es keinen Sinn, den Körper mit Medikamenten zu belasten. Auch wenn eine Depression wiederkehren kann, liegen zwischen den Episoden fast immer viele gesunde Jahre.

Die Dauerverschreibung von Antidepressiva hat eine alte Gewissheit der Medizin verschüttet. Bis in die 1960er Jahre wusste man, Depressionen sind – auch ohne Behandlung – eine vorübergehende Erkrankung mit guter Prognose. Heute wird von Psychiatern standardmäßig eine medikamentöse Behandlung, oft bis zum Lebensende, empfohlen. Um diese Veränderung zu begreifen, muss man wissen, dass die Pharmaindustrie stärkste – auch illegale – Marketinganstrengungen unternommen hat, um die Menschen von der Wirksamkeit ihrer Medikamente zu überzeugen.

Für Psychiater ist eine medikamentöse Therapie zeitsparend. Sie müssen sich nicht wirklich mit den Problemen der Menschen beschäftigen. Außerdem garantiert eine Dauermedikation regelmäßige Einnahmen durch einfache Rezeptverschreibung. Ein anderer wichtiger Grund, der zur Langzeiteinnahme

geführt hat, sind die Probleme, die beim Absetzen der Psychopharmaka auftreten. Je länger die Medikamente eingenommen werden, desto schwieriger wird es, sie wieder loszuwerden. Es gibt noch weitere Gründe für die Massenverschreibung. In der heutigen Zeit werden Antidepressiva nicht nur bei Depressionen eingesetzt. Sie kommen auch bei vielen anderen Indikationen zum Einsatz wie Angst- und Zwangsstörungen, Menstruationsbeschwerden, Rückenschmerzen, vorzeitiger Samenerguss, Beschwerden in den Wechseljahren, Inkontinenz, Schmerzzuständen, Alkoholismus, Essstörungen.

HERR WOLKE ist 39 Jahre alt und wohnt in Bayern. Er ist Diplom-Informatiker, verheiratet und hat fünf Kinder. Wegen Problemen mit »Unstrukturiertheit im Alltag« und seinem Hang zur Unordnung bitten ihn seine Angehörigen, einen Psychiater aufzusuchen. Dieser diagnostiziert in der ersten Sitzung ein Messie-Syndrom und verschreibt Paroxetin. Der Psychiater erklärt, amerikanische Studien hätten gezeigt, SSRIs würden beim Messie-Syndrom helfen. Über Nebenwirkungen und Risiken wird nicht gesprochen. Die Familie wartet vergeblich auf Veränderung. Herr Wolke räumt nicht mehr und nicht weniger auf als vorher. Nach acht Wochen Einnahme von Paroxetin wird er lethargisch und apathisch. Er schläft auch tagsüber und zieht sich zurück, alles wird ihm zu viel. Die Beziehung zu seiner Frau leidet unter seiner geistigen Abwesenheit und seinen medikamentös bedingten sexuellen Schwierigkeiten.

Die Situation ändert sich erst, als er mehrere Tage lang vergisst, seine Tabletten einzunehmen. Daraufhin erlebt er einen körperlichen und emotionalen Zusammenbruch, wie er ihn noch nie zuvor erfahren hat. Er wird aggressiv, tobt und läuft von zuhause weg. Er weiß nicht mehr, wer er ist. An diesem Punkt wird ihm klar, dass er das Medikament loswerden muss. Er wechselt den Arzt und erhält einen Reduzierungsplan. Der Plan geht nicht auf. Die Schritte sind viel zu groß. Nach ein paar Tagen im Entzug ereignet sich der gleiche psychische und physische Zusammenbruch wie beim ersten Mal. Diesmal mit verstärkten Symptomen. Er erlebt Realitätsverlust, Verfolgungswahn und ein Gefühl der Fremdbestimmung. Seine Stimmung wechselt von angetrieben bis apathisch. Es folgen Suizidgedanken und ein Suizidversuch.

Heute nimmt er kein Paroxetin mehr ein. Bei ihm ist eine medikamenten-induzierte Epilepsie aufgetreten, zu deren Behandlung er Lamotrigin einnehmen soll. An seinem Hang zur Unordnung hat sich nichts geändert.

Es sind immer wieder Fälle von Patienten bekannt geworden, die aus anderen Gründen Antidepressiva erhalten haben. Im Verlauf der Medikamenten-Therapie entwickelten sie – obwohl sie zuvor nie depressiv waren – eine klinische Depression. Depressive Menschen finden sich in allen sozialen Schichten und in jeder Altersgruppe.⁵ Auch der Beruf hat keinen Einfluss. Für den Ausbruch einer Depression scheint es nicht entscheidend zu sein, ob der Mensch Familie hat, in einer Partnerschaft lebt oder allein. Statistisch sind Frauen häufiger betroffen als

Männer. Noch vor 50 Jahren war die Anzahl der Frauen drei Mal höher, heute erkranken immer mehr Männer an Depressionen. Aktuell gelten in Deutschland 6,1 Prozent der Männer und 10,2 Prozent der Frauen als depressiv.⁶ Aktuelle Erhebungen zufolge gibt es zwei Faktoren, die eine Depression begünstigen. Ein niedriger Verdienst scheint belastend zu wirken, genau wie Arbeitslosigkeit. Arbeitslose Menschen bekommen besonders häufig Antidepressiva verschrieben. Genauso ergeht es älteren Frauen. Die Verordnung bei Frauen über 50 Jahren ist aktuell am stärksten angestiegen.

Obwohl das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) seit 2010 eine sogenannte PRISCUS herausgibt und in dieser vor »potenziell inadäquaten Medikamenten für ältere Menschen« warnt.⁷ Die meisten Antidepressiva finden sich auf dieser »schwarzen Liste«. Umstritten ist ebenfalls, ob Antidepressiva Arbeitslosen wirklich helfen können. Trauer über den Verlust des Arbeitsplatzes ist eine normale Reaktion. Sobald sich eine neue Perspektive ergibt, löst sich die Trauer auf. Da Antidepressiva die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen und schwer wieder abzusetzen sind, kann der zuvor gesunde Arbeitslose durch die Medikamente in einen Teufelskreis geraten.

Der Trend, negative menschliche Gefühle als krankhaft zu betrachten, ist ebenfalls eine Ursache für das massenhafte Verschreiben von Antidepressiva. Seit ihrem Aufkommen ist die Wirksamkeit dieser Medikamentengruppe von Fachleuten immer wieder bezweifelt worden. Bei gesunden Menschen richten die Tabletten Schaden an. Die frühesten Experimente dieser Art stammen aus den 50er Jahren. Die deutschen Forscher Grünthal und Degkwitz gaben damals einigen ihrer psychisch völlig gesunden Studenten diese »neuartigen« Medikamente. Die Professoren notierten die Reaktionen ihrer Studenten und veröffentlichten sie. Jeder Student reagierte anders auf die Medikamente, allen Teilnehmern ging es unter der Medikation schlecht. Die Teilnehmer berichteten über Konzentrationsschwäche, beschrieben eine Einschränkung im Denkvermögen sowie eine Abstumpfung ihres Gefühlslebens: »*Nach Imipramin [das älteste Antidepressivum] rührt einen die Umwelt gar nicht mehr, man ist geistig lahm und unbeteiligt.*«⁸ Ein stimmungsaufhellender Effekt wurde bei keinem Studenten beobachtet. Bereits 1962 wurde auf eine Absetzproblematik hingewiesen, die auch bei gesunden Menschen auftritt. Die Teilnehmer der Studie von Rudolf Degkwitz entwickelten nach Beendigung der Medikamenteneinnahme Entzugserscheinungen.⁹ Die zuvor nichtdepressiv Erkrankten wirkten psychisch stark verändert. Jeder litt unter anderen Symptomen. Sie waren nervös, angetrieben oder schlafgestört. Zu konzentrierter Arbeit waren sie nicht mehr fähig. Erst nach zwei bis drei Wochen

klang dieser Zustand ab. Die Erkenntnisse aus den frühen 60er Jahren wurden später bestätigt. Sie widersprechen der gängigen Ansicht heutiger Psychiater. Diese ordnen alle Symptome, die beim Absetzen der Medikamente entstehen, der »ursprünglichen Erkrankung« zu.

KARINA wechselt nach ihrem ersten Absetzversuch den Psychiater. Er stellt sie wieder auf Citalopram ein. Zusätzlich verschreibt er das Benzodiazepin Tavor. Ihr Zustand bessert sich. Sie nimmt das Antidepressivum weitere drei Jahre täglich ein. Genau wie zuvor mit dem Schlafmittel Zopiclon gelingt es ihr hingegen, Tavor erfolgreich loszuwerden. Als es ihr über einen langen Zeitraum besser geht, unternimmt sie einen weiteren, verhängnisvollen Absetzversuch, der sie über Monate in eine Klinik bringt. Diesmal tritt der Zusammenbruch nach fünf Monaten ohne Medikament ein, dafür noch extremer. Immer wieder wird sie von Beschwerden gepeinigt, die sie nie zuvor erlebt hat. Ein unkontrollierbares Inferno: Magen-Darmbeschwerden mit Appetitlosigkeit, Würgereiz – innerhalb von vier Monaten nimmt sie 24 Kilogramm an Gewicht ab –, Sehstörungen, Kopfschmerzen, Tinnitus, Angstzustände, Depression, Paranoia, Wahnvorstellungen. Die Zustände von Hoffnungslosigkeit, minütliche Stimmungsschwankungen, Aggressionen, Heulkrämpfen, Rastlosigkeit, Stimmenhören und die Unfähigkeit, allein zu sein, beschreibt sie als »kognitive und emotionale Horrorzustände«.

Suizidideen begleiten sie von Anfang bis zum Ende. Bis heute kann sie sich nicht erklären, wie sie das Ganze überlebt hat. Es gibt nichts, was ihr in diesem Entzug hilft. Karina fällt aus ihrem gesamten Leben heraus und wird zum Pflegefall. Sie befindet sich in psychiatrischer Behandlung. Immer wieder bekommt sie neue Diagnosen angehängt, keine passt zum plötzlichen Auftreten der Symptomflut. Von Absetzerscheinungen will niemand etwas hören. Da Karina rund um die Uhr Betreuung benötigt, muss sie ihre Wohnung verlassen und in ihr Elternhaus zurückziehen. Die Suizidgedanken sind so stark, dass sie sicher ist, dem Drang irgendwann zu erliegen. Nach einer Weile glaubt Karina, alle seien von der häuslichen Betreuung überfordert und lässt sich in eine Privat-Klinik für Psychosomatik einweisen. Dort wird von Citalopram auf Escitalopram umgestellt. Als es nicht anschlägt, wächst Karinas Widerwille. Sie teilt den Ärzten mit, keine Medikamente mehr einnehmen zu wollen. Die Ärzte reagieren mit Widerstand. Karina beginnt, Symptome zu verschweigen und über ihr Befinden zu lügen.

Depressive Menschen erfüllen nicht das Bild, das Medien häufig von psychisch Kranken vermitteln. Die meisten sind kaum von gesunden Menschen zu unterscheiden. Viele Erkrankte schleppen sich weiterhin zur Arbeit, ohne Kollegen oder Vorgesetzte zu informieren. Die Langwierigkeit ihrer seelischen Verstimmung zwingt sie in die Knie, und sie wenden sich dann mit ihren Beschwerden an ihren Hausarzt oder einen Psychiater. Nach wenigen Minuten verlassen viele die Praxis mit einer Probepackung Antidepressiva. Depression-Heute, eine unabhängige Internetplattform, hat untersucht, welche Motive Menschen zur Einnahme von Antidepressiva bewegen.

»Ich war völlig erschöpft. Immer wieder musste ich Kurse vor vielen Menschen geben und habe mich selber unter Druck gesetzt. Irgendwann fehlte mir die Kraft und ich wurde hoffnungslos.« (Maria, 34 Jahre, Wien, Trainerin in der Erwachsenenbildung)

»Ich hatte immer Rückenschmerzen und mein Hausarzt meinte, dass Antidepressiva da super wären. Ich vertraute ihm.« (Anonym)

»Ich hatte familiäre Probleme, dazu kamen unbestimmte körperliche Symptome. Zuerst habe ich eine Therapie gemacht. Erst später habe ich mich entschieden, Antidepressiva auszuprobieren. Zitat des verschreibenden Psychiaters: ›Die sind so gut verträglich wie Leitungswasser.« (Markus, 42 Jahre, Ravensburg, Software Entwickler)

»Mein Mann hatte ein schweres Nierenproblem. Da bekam ich Angst vor dem Alleinsein. Ich litt unter Herzrasen und Kopfschmerzen. Mein Hausarzt empfahl mir Antidepressiva.« (Elisabeth, 81 Jahre, Hildesheim, Rentnerin)

»Ich litt jahrelang unter Migräne und hatte gehört, dass Antidepressiva da helfen können. Ich war neugierig und wollte das ausprobieren.« (Corinna, 28 Jahre, Linz, Sozialpädagogin)

»An meinem Arbeitsplatz wurde ich von meinem Chef und von meinen Kollegen gemobbt. Die Situation wurde so unerträglich, dass ich nicht mehr zur Arbeit gehen konnte. Ich fiel in ein tiefes Loch. Das ging ein Dreivierteljahr so. Nach zwei Monaten entschloss ich mich, Antidepressiva einzunehmen.« (Anonym)

Die meisten Patienten dieser Umfrage bekamen bereits beim ersten Arztbesuch Antidepressiva verschrieben. Der zweite Termin fand meist erst vier Wochen später statt. Alle Menschen der Erhebung bemängeln eine ungenügende Aufklärung über Nebenwirkungen. Probleme, die beim Absetzen auftreten können, sprach keiner der Ärzte an. Die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung ist in Deutschland nicht ausreichend gewährleistet. Ein Mensch, der dringend Hilfe benötigt, hat nur eine Möglichkeit. Er muss sich in die geschlossene Abteilung einer Psychiatrie aufnehmen lassen, und selbst das gelingt oft nur, wenn Suizidabsichten verkündet werden. Ansonsten muss er sechs Monate bis zu einem Jahr auf einen Therapieplatz warten.

»Es gibt einen Skandal in Deutschland, und niemand schaut hin. Der Zusammenbruch der ambulanten Versorgung schwer psychisch kranker Menschen ist eine tägliche Katastrophe. Vor 30 Jahren bekam ein schwer depressiver Patient in drei Tagen einen ambulanten Termin. Heute dauert das drei Monate. Hinter diesen nüchternen Zahlen verbergen sich menschliche Tragödien. Denn wer wirklich problemlos drei Monate auf eine Behandlung

warten könnte, wäre nicht wirklich krank«¹⁰, beklagte der Psychiater und Bestsellerautor Manfred Lütz 2014.

Die mangelnde ambulante Versorgung ist ein weiterer Grund, warum so viele Menschen an den Antidepressiva festhalten. Die Medikamente geben ihnen in Zeiten größter Hilflosigkeit und Unsicherheit das Gefühl, etwas gegen ihre Depression zu unternehmen. Aber nicht alle Menschen, die Antidepressiva einnehmen, leiden wirklich an einer psychischen Erkrankung. Der Unterschied zwischen existenziellen Krisen und einer krankhaften Depression muss sorgfältig geprüft werden. Dafür benötigt der behandelnde Arzt viel Zeit und Einfühlungsvermögen. Eine psychiatrische Diagnose sollte auf mehreren Sitzungen basieren. Dabei muss genau abgewogen werden, ob die Gabe eines Antidepressivums überhaupt hilfreich ist.

Ein Antidepressivum kann Probleme – wie beispielsweise Arbeitslosigkeit, schwere körperliche Erkrankung, Verluste oder zu wenig Anerkennung – nicht lösen. Werden die Probleme, die zu einer Depression geführt haben, bewältigt, löst sich der Grauschleier meist von allein wieder auf. Die dämpfende Wirkung, die bei manchen Antidepressiva auftritt, kann Betroffene daran hindern, ihre Probleme tatkräftig anzugehen. In England hat sich das britische Arzneimittelbewertungsinstitut NICE zur Verschreibungspraxis geäußert. Es rät dringend davon ab, leichte und mittelschwere Depressionen mit Antidepressiva zu behandeln.¹¹ Auch in Deutschland gibt es eine Leitlinie für Ärzte, die empfiehlt, Antidepressiva nicht bei leichten Depressionen einzusetzen.¹² In der Praxis wird dies bislang nicht umgesetzt.

KARINA weiß heute nicht mehr, woher sie damals die innere Stärke nahm, standhaft die Medikamente zu verweigern. Während ihres Klinikaufenthalts beginnt sie, sich mit dem Thema SSRI zu beschäftigen. Ein amerikanischer Psychiater beschreibt, dass sich ein Absetzsyndrom auch noch Monate nach der letzten Tablette ereignen kann. Sie nimmt Kontakt zu ihm auf. Er bestätigt, was sie tief in ihrem Inneren weiß: Das Absetzen ist der Grund für ihre komplexe Symptomatik. Sie findet Leidensgenossen und erfährt im Austausch Trost und Sicherheit. Die Zeit bringt Distanz zu den traumatischen Erlebnissen. Am schmerzhaftesten ist für sie, dass sie nie erfahren wird, zu was für einem Menschen sie ohne SSRI herangewachsen wäre. Vage kann sie sich erinnern, wie sich echte Leidenschaft und Begehren anfühlten. Im Alter von 18 Jahren wurde die Jugendliche von ihren Gefühlen abgeschnitten. Sie durfte sich nie richtig kennenlernen. Heute lebt sie medikamentenfrei und arbeitet als Hebamme. Noch immer ist sie durch Entzugserscheinungen beeinträchtigt. Karina engagiert sich für Menschen mit ähnlichem Schicksal. Sie ist bereit, mit ihrer Geschichte an die Öffentlichkeit zu treten, um über die Risiken von Antidepressiva aufzuklären.

Anmerkungen:

- 1** Fava, G. A.; Gatti, A.; Belaise, C.; Guidi, J. und Offidani, E. (2015): Withdrawal Symptoms after Selective Serotonin Reuptake Inhibitor Discontinuation: A Systematic Review, *Psychotherapy and Psychosomatics* (Band 84), Nr. 2, Seite 72 – 81. Anonymous (2015): Entzugserscheinungen beim Absetzen von Antidepressiva Typ SSRI und SNRI, *Der Arzneimittelbrief*, Nr. 49, Seite 65-67. Abgerufen am 14.04.2016 unter <http://www.der-arzneimittelbrief.de/nachrichten/entzugserscheinungen-beim-absetzen-von-antidepressiva-typ-ssri-und-snri/>.
- 2** Lohse, Martin J. und Müller-Oerlinghausen, B (2015): Psychopharmaka, In: Schwabe, U. und Paffrath, D., *Arzneiverordnungs-Report 2015*. Seite 939 – 981, Springer Berlin Heidelberg.
- 3** Ansari, P. (2014): Versagen in der Behandlung depressiver Patienten. Abgerufen am 14. 04. 2016 unter <http://www.depression-heute.de/blog/versagen-in-der-behandlung-depressiver-patienten>.
- 4** Hippus, H. und Angst, J. (1969): Pharmakotherapie depressiver Syndrome. In: Schulte, Walter und Mende, Werner, *Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung*. Seite 188 – 200, Thieme, Stuttgart.
- 5** Robert-Koch-Institut und Statistisches Bundesamt (2010): Depressive Erkrankungen, Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, Nr. 51, abgerufen am 14. 04. 2016 unter http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/The-menhefte/Depression_inhalt.html.
- 6** Busch, M.A.; Maske, U.E.; Ryl, L. et al. (2013): Prevalence of depressive symptoms and diagnosed depression among adults in Germany, *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* (Band 56), Nr. 5, Seite 733 – 739.
- 7** BMBF (2012): Medikamente im Alter, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Nr. 60, November 2012, Seite 21 – 22. Abgerufen am 10. 04. 2016 unter https://www.bmbf.de/pub/Medikamente_im_Alter.pdf.
- 8** Grünthal, E. (1958): Untersuchungen über die besondere psychologische Wirkung des Thymolepticums Tofranil, *Pschiat. Neurol.* (Band 136), Nr. 6, Seite 402 – 408.
- 9** Degkwitz, R. (1962): Über die Imipraminwirkung bei Depressionen, *Nervenarzt* (Band 33), Seite 450 – 457.
- 10** Lütz, Manfred (2014): Seelenqual, die keinen kümmert, *Die Zeit* (20. März 2014). Abgerufen am 25. 05. 2016 unter <http://www.zeit.de/2014/13/psychisch-krank-therapie-umfrage/komplettansicht>.
- 11** UK, NICE (2013): NICE guideline CG90, abgerufen am 14. 04. 2016 unter <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>.
- 12** Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression-Langfassung, Version 3.0 Abgerufen am 11. 05. 2016 unter <http://www.leitlinien.de/nvl/depression>. Seite 66.