Zuletzt aktualisiert und erweitert am 21. November 2024. Original veröffentlicht in: Rundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V. (BRD), 2016, Nr. 1, S. 8-11 – www.peter-lehmann.de/artikel/bpe-rundbrief/2016.1.8-11.pdf

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.

Laut Tom Bschor, Chefarzt der Psychiatrischen Abteilung der Schlosspark-Klinik in Berlin-Charlottenburg und Mitautor der »S3-Leitlinie/Nationalen VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression«, ist es heutzutage unstrittig,

> »... dass ein sehr großer Anteil der positiven Wirkung eines Antidepressivums lediglich auf den Placeboeffekt zurückgeht.« (2018, S. 83)

Dass Antidepressiva Depressionen heilen, sei ein Trugschluss, der Begriff ›Antidepressiva‹ sei irreführend,

> »... denn zum einen versagen (...) Antidepressiva bei etwas der Hälfte der Behandlungen. Zum anderen wirken sie eher unspezifisch angstlösend, entspannend und stimmungshebend als gezielt depressionsbeseitigend. Das kann man daran erkennen, das es bei vielen depressiven Menschen nur zu einer gewissen Linderung der Depressionssymptome kommt. Die Stimmung hebt sich etwas, die innere Anspannung lässt nach, aber die Depression als Erkrankung bleibt in abgeschwächter Form bestehen. (...) Die Bezeichnung ›Antidepressiva‹ ist daher vor allem unter Marketing-Gesichtspunkten klug gewählt.« (ebd., S. 91f.)

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 (›Antipsychotika‹). 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 Strukturgemeinsamkeiten teilt man Antidepressiva in Gruppen auf. Hierzu zählen unter anderem trizyklische Antidepressiva (wie z. B. Amitriptylin, Aponal, Insidon, Saroten), tetrazyklische Antidepressiva (wie z. B. Ludiomil, Tolvin), MAO-Hemmer (wie z. B. Jatrosom, Parnate), Serotonin-Wiederaufnahmehemmer[1] (SRI, wie z. B. Cipralex, Paroxetin, Prozac) oder Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI, wie z. B. Cymbalta, Trevilor).[2]

Antidepressiva wirken primär auf den Hirnstoffwechsel. Haupteffekt ist in aller Regel ein künstliches Überangebot an Botenstoffen (speziell Serotonin) bzw. die Hemmung ihres Abbaus im synaptischen Spalt (Kopplungsstelle von Nervenzellen) nach verrichteter Übermittlung von Nervenreizen, so dass es zu einem funktionellen Überschuss von Botenstoffen und dadurch zu einer vorübergehenden flachen Euphorie oder ungesteuerten Aufstachelung der Gefühlslage kommt (›Stimmungsaufhellung‹), sofern diese Gefühlsveränderung nicht einen Placebo-Effekt darstellt. Manche Antidepressiva (z. B. Tianeptin[3]) senken die Serotonin-Konzentration. Egal welche Hirnstoffwechselveränderungen die Antidepressiva bewirken: Immer sollen sie die Stimmung aufhellen. Oft genug verbessert sich die Stimmung jedoch überhaupt nicht.[4]

In der Humanmedizin werden Antidepressiva eingesetzt bei Diagnosen wie reaktive, neurotische oder hirnorganische 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. Veterinärmediziner können Antidepressiva an Tiere verabreichen, wenn sie an ihnen Verhaltensstörungen diagnostizieren.

Der Münchner Arzt und Psychotherapeut Josef Zehentbauer 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 (2026a, S. 136-196, 402-410).

---

[1] SRI werden häufig auch »SSRI« genannt, »Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer«. Damit soll der (irreführende) Eindruck erweckt werden, diese Substanzen würden pharmakologisch ›rein‹, das heißt, einzig das Serotonin-System beeinflussen.

[2] Eine Liste der in Deutschland, Liechtenstein, Österreich und der Schweiz verwendeten Psychopharmaka (Wirkstoffe und Handelsnamen) einschließlich Antidepressiva finden Sie online unter www.peter-lehmann.de/info/psychopharmakaliste.htm, eine Liste der weltweit verwendeten Antidepressiva unter www.peter-lehmann.de/info/psychodrugs.htm#ad.

[3] Im Handel als Stablon, Tianesan, Tianeurax

[4] Es gibt noch andere Erklärungsmuster für die Wirkung von Antidepressiva. Eine Publikation eines Teams um Plinio Casarotto (2021) meint, Antidepressiva würden bei Mäusen direkt an die Nervenimpuls-Empfangsstelle für das Wachstumshormon »Brain derived neurotrophic Factor« (BDNF) binden. Dieselbe Wirkung beim Menschen führe zu einer verbesserten Aktivität in Hirnregionen. Das Gehirn könne durch die Stimulation des BDNF positive Informationen aus der Umwelt oder bei Psychotherapien besser aufnehmen und erhole sich auf diese Weise aus seinem depressiven Zustand (Hillienhof 2021).

Auch die vorbeugende Wirkung von Antidepressiva ist mehr als zweifelhaft. Bei einem Vergleich von Patientengruppen, die zur Vorbeugung Antidepressiva bzw. Placebos erhielten, stellten beispielsweise die Psychiater Hanns Hippius, 1973-1974 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde, und Jules Angst fest, dass die Zahl depressiver Rückfälle unter Dauerverabreichung von Antidepressiva höher war als in der Kontrollgruppe (Hippius & Angst 1969). Auch bei Patienten, denen man neuere SRI verabreicht hatte, wurde in einem Nachbeobachtungszeitraum eine höhere Rückfallrate festgestellt im Vergleich zu Placebobehandelten (Hollon et al. 2005).

Informieren Sie sich gründlich, bevor Sie einer Einnahme zustimmen. Insbesondere die Gefahr der Chronifizierung von Depressionen sollten Sie beachten, wenn Sie sich entschließen, Antidepressiva längerfristig einzunehmen. Denken Sie auch an die Möglichkeit von Toleranzbildung der Antidepressiva, an Wirkungsverlust, Behandlungsresistenz und dann drohende zusätzliche Maßnahmen wie Elektroschocks.

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 und drohenden Verabreichungen von Elektroschocks bei einem einsetzenden Wirkungsverlust von Antidepressiva oder bei erneuten oder verstärktem Auftreten von Depressionen unter oder nach der Behandlung sollte nicht nur die Einnahme, sondern auch der Entschluss zum Absetzen und dessen Prozess gut durchdacht sein.

Abhängigkeit von Antidepressiva, Absetz- und Entzugsprobleme

Antidepressiva können massive Entzugsprobleme bereiten. Seit über einem halben Jahrhundert ist diese Problematik bekannt. Roland Kuhn, der den Antidepressiva-Prototyp Imipramin (im Handel als Imipramin) Mitte der 1950er-Jahre in das psychiatrischen Behandlungsarsenal eingeführt hatte, berichtete schon 1957 von speziellen Entzugsproblemen, die leicht mit einem Rückfall verwechselt werden könnten (Kuhn 1957). Rudolf Degkwitz, 1971-1972 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde, publizierte 1962 Ergebnisse einer Studie mit Imipramin an normalen Versuchspersonen, die nach Beendigung der Einnahme zwei bis drei Wochen lang nervös, angetrieben oder schlafgestört und zu konzentrierter Arbeit unfähig waren (Degkwitz 1962). Fünf Jahre später warnte er:

> »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.« (1967, S. 161)

Mit Psycholeptika sind Antidepressiva und 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 Krampfanfällen verbunden sein kann.

In aller Regel verleugnen Pharmahersteller, Schulmediziner, Pharmakologen und Pharmazeuten das Risiko einer körperlichen Abhängigkeit von Antidepressiva und Neuroleptika. Unabhängigen Studien zufolge treten Entzugsprobleme bei Antidepressiva bei ca. 43 % der Betroffenen auf (vgl. Lehmann 2017, S. 59f.). ›Absetzreaktionen‹ wie Schwindelgefühl, Empfindungs- und Schlafstörungen, Erregtheit, Angst, Übelkeit, Erbrechen, Zittern oder Kopfschmerzen treten bei der Beendigung der Einnahme von Venlafaxin laut Herstellerfirma bei etwa 31 % der Betroffenen auf. Unter den sehr häufig, häufig, gelegentlich, selten oder in unbekanntem Ausmaß auftretenden unerwünschten Wirkungen fehlt Medikamentenabhängigkeit im Informationsblatt dieses Herstellers dagegen komplett (ratiopharm GmbH 2015, S. 3). Bei den derzeit im deutschsprachigen Raum im Handel befindlichen Antidepressiva nennen einzig die Hersteller von Tianeptin (neuraxpharm Arzneimittel GmbH 2015, S. 2) und Sertralin (ratiopharm GmbH 2016, S. 5) Medikamentenabhängigkeit als gelegentliche bzw. seltene unerwünschte Wirkung.

Bei Benzodiazepinen dauerte es auch ein Vierteljahrhundert, bis schließlich Gerichte Anwender zu Schadenersatzzahlungen verurteilten, da sie die Geschädigten nicht vor Beginn der ersten Verabreichung auf das Abhängigkeitsrisiko aufmerksam machten. Tun sie das nicht, haben sie bei späteren Anzeigen und Klagen mit Verurteilungen zu rechnen. Dies widerfuhr beispielsweise dem Praktischen Arzt Karl S.-H., den 1987 das Oberlandesgericht Frankfurt am Main wegen Körperverletzung verurteilte, da das ständige Weiterverschreiben von Lexotanil[5] einer betroffenen Frau »Therapiemöglichkeiten zerstört oder zumindest erschwert« (Der Spiegel 1988, S. 168) habe (AZ 1 Ss 219/87). Der Allgemeinmediziner Rudolph S. aus Bielefeld wurde ebenfalls 1987 verurteilt, und zwar zu einer Geldstrafe von 250.000 DM, da er sechs Medikamentenabhängigen eine Vielzahl suchtfördernder Psychopharmaka, darunter Tavor[6], verschrieben und sie in die »Hochdosisabhängigkeit« geführt hatte.

[5] Wirkstoff Bromazepam, im Handel als Bromazep, Bromazepam, Lexotanil, Normoc

Die Definition von Abhängigkeit spielt bei Diskussionen um abhängig machende Potenziale von Psychopharmaka eine wichtige Rolle. Orientiert an der Definition von Abhängigkeit, wie sie auch die WHO (Weltgesundheitsorganisation) verwendet, schrieben der Arzt Wolfgang Poser, die Psychiaterin Sigrid Poser und der Diplom-Sozialwirt Dietrich Roscher 1985 in ihrem »Ratgeber für Medikamentenabhängige und ihre Angehörigen«:

> »Medikamenten-Abhängigkeit *liegt vor*, wenn zur genügenden Symptom-Suppression und zur Kontrolle des Befindens eine kontinuierliche Medikation oder sogar steigende Medikamenten-Dosen erforderlich werden und/oder eine ›Medikamenten-Pause‹ zum verstärkten Auftreten der ursprünglichen und weiterer Beschwerden führt. Zeichen chronischer Intoxikation machen sich bemerkbar.« (S. 34 – Hervorhebung im Original)

Laut der internationalen Diagnosenfibel »ICD-10« *(International Classification of Diseases)* von 1992 müssen mindestens drei der folgenden sechs Kriterien während eines Monats oder mehrmals innerhalb eines Jahres zutreffen, um von Abhängigkeit sprechen zu können: (1) ein starker Wunsch, die Substanz einzunehmen; (2) Schwierigkeiten, den Konsum zu kontrollieren; (3) anhaltender Substanzgebrauch trotz schädlicher Folgen; (4) dem Substanzgebrauch wird Vorrang vor anderen Aktivitäten und Verpflichtungen gegeben; (5) Toleranzbildung; (6) körperliches Entzugssyndrom (Dilling et al. 1992). Durch das willkürliche Hinzufügen von Kriterien, die auf suchtbildende Stoffe zutreffen (im »ICD-9« genügte Toleranzbildung oder das Vorliegen eines Entzugssyndroms als Nachweis von Abhängigkeit), und dem Negieren der Toleranzbildung meinen Befürworter von Antidepressiva, deren abhängigkeitsförderndes Potenzial als Phantasieprodukt abtun zu können. (Wie sich seit Mitte der 1980er-Jahre, nachdem sich das abhängigkeitsfördernde Potenzial der Benzodiazepine nicht mehr vertuschen ließ, die Abhängigkeitsdefinitionen im »ICD« und dem vom weltweit einflussreichen amerikanischen Psychiaterverband dominierten »DSM« *[Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders]* veränderten, damit insbesondere Antidepressiva nicht mehr als abhängigkeitsfördernd gelten sollen, verdeutlichen Margrethe Nielsen, Ebba Holme Hansen und Peter Gøtzsche vom Nordic Cochrane Centre sowie der Pharmakologischen Fakultät der Universität Kopenhagen 2012 in ihrem Übersichtsartikel in der Zeitschrift *Addiction*.) 2014 stehen die sechs Kriterien im aktualisierten »ICD-10« nach wie vor, eingeleitet durch die Bekräftigung,

> »... ein entscheidendes Charakteristikum der Abhängigkeit ist der oft starke, gelegentlich übermächtige Wunsch, psychotrope Substanzen oder Medikamente (ärztlich verordnet oder nicht), Alkohol oder Tabak zu konsumieren.« (Dilling et al. 2014, S. 114)

Der »ICD-10« erläutert zwar die Merkmale von Entzugssyndromen unterschiedlicher Substanzen (insbesondere psychische Störungen wie Angst, Depression und Schlafstörungen), die sich durch die erneute Zufuhr der abgesetzten Substanz wieder bessern (ebd., S. 117), allerdings sind laut »Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation«, der die diagnostischen Kriterien für einzelne psychische Störungen und Störungsgruppen kommentiert, weder Neuroleptika noch Antidepressiva bei den Substanzen gelistet, die Entzugs- und somit auch Abhängigkeitssyndrome verursachen können; erwähnt sind lediglich Alkohol, Opioide, Cannabis, Sedativa und Hypnotika (wozu Benzodiazepine zählen), Kokain, Stimulanzien, Nikotin und Lösungsmittel (Dilling & Freyberger 2014, S. 79-84).

2014 deutet sich Antidepressiva-Abhängigkeit erst mal im »DSM-5« an. Tritt ein »Absetz-Syndrom bei Antidepressiva« auf, sieht die herausgebende American Psychiatric Association offenbar nur eine Möglichkeit, das Problem zu lösen: die Wiedereinnahme von Antidepressiva. Schon nach vier Wochen Einnahmedauer müsse bei allen Arten von Antidepressiva mit spezifischen Absetzproblemen gerechnet werden:

> »Das Absetz-Syndrom bei Antidepressiva beschreibt eine Gruppe von Krankheitsbildern, Symptomen, die nach der abrupten Unterbrechung (oder nach deutlicher Dosisreduktion) einer antidepressiven Medikation, die mindestens einen Monat lang durchgeführt worden war, auftreten. Die Symptome beginnen in der Regel innerhalb von 2 bis 4 Tagen und umfassen typischerweise spezifische sensorische, somatische und kognitiv-emotionale klinische Manifestationen *(Erscheinungsformen)*.
>
> Häufig berichtete sensorische und somatische Symptome sind Lichtblitze, ›elektrische Schläge‹, Übelkeit und eine Überreagibilität auf Geräusche oder Lichter. Unspezifische Angst und Furcht werden ebenfalls häufig angegeben. Die Symptome werden durch Wiederaufnahme der medikamentösen Therapie mit demselben Antidepressivum oder bei Aufnahme einer medikamentösen Therapie mit einem Antidepressivum mit einem ähnlichen Wirkmechanismus abgemildert. Beispielsweise können Symptome, die nach dem Absetzen eines Serotonin-Norepinephrenin-Wiederaufnahmehemmers aufgetreten sind, durch die Therapie mit einem trizyklischen Antidepressivum abgemildert werden. Um als Absetz-Syndrom bei Antidepressiva zu gelten, dürfen die Symptome nicht vor Dosisreduktion des Antidepressivums vorhanden gewesen sein und nicht besser durch eine andere psychische Störung erklärt werden (z. B. eine manische oder eine hypomanische Episode, Substanzintoxikation, Substanzentzug, Störung mit somatischen Symptomen).« (APA 2015, S. 982f.)

Viele Ärzte vermischen Abhängigkeit weiterhin mit Sucht. Dadurch fallen Substanzen, die zwar ein abhängigkeitsbil-

[6] Wirkstoff Lorazepam, im Handel als Lorazepam, Tavor, Temesta, Xilmac

dendes Potenzial aufweisen, jedoch nicht gleichzeitig ein Suchtrisiko, aus dem Blickfeld. Eine Toleranzentwicklung und Entzugssymptomatik auch bei sehr langdauerndem Verlauf reicht wegen der fehlenden Suchtcharakteristik nicht aus, so eine Psychiatergruppe um Andreas Heinz und Tom Bschor,

> »… um eine Abhängigkeitserkrankung zu diagnostizieren. Antidepressiva verursachen anders als Drogen kein unkontrolliertes Verlangen, die Substanz einzunehmen, keinen Kontrollverlust und keine Einengung des Verhaltens oder der Interessen auf den Konsum von Antidepressiva.« (Hennsler et al. 2019, S. 359)

Heribert Czerwenka-Wenkstetten und Kollegen der Psychiatrischen Universitätsklinik Wien beschrieben 1965 die Charakteristika von Sucht. Bei ihr stehe das zwanghafte Verlangen nach der Substanz im Vordergrund, man brauche sie

> »... zur Behebung eines unerträglichen körperlich-seelischen Zustandes, notwendigenfalls unter Zurückdrängung aller anderen Ziele und unter Hinwegsetzung über jegliche Umstände hinderlicher Art. Als Kriterien eines Suchtmittels sehen wir in erster Linie das Auftreten von Abstinenzerscheinungen bei Entzug an sowie die Unfähigkeit des Patienten zum Verzicht aus eigener Kraft, in zweiter Linie den euphorisierenden Effekt und die zumeist vorhandene Notwendigkeit der Dosissteigerung zur Beibehaltung der Wirkung.« (S. 1013)

Oder sie vermischen Abhängigkeit gar mit Substanzmissbrauch. Den Begriff ›Missbrauch‹ verwenden Ärzte, wenn eine höhere Dosis eingenommen wird als verordnet oder wenn die Einnahme ohne medizinische Indikation erfolgt.

Als Konsequenz aus der zunehmenden Kritik an der irreführenden Verquickung von Abhängigkeit mit Sucht und um als gutes Beispiel voranzugehen, kündigte die Diplom-Pflegewirtin und Fachkrankenschwester in der Psychiatrie Hilde Schädle-Deininger an, zukünftig in Publikationen die Standardformulierungen »Neuroleptika haben kein Suchtpotenzial.« und »Antidepressiva haben kein Suchtpotenzial.« (2013, S. 131 & 132) jeweils zu ändern in »... haben zwar kein Suchtpotenzial, können aber körperlich abhängig machen.« (Finzen & Lehmann 2016)

Wenig überraschend vermisst man bei Neuroleptika und Antidepressiva eine Suchtgefahr. Da die Substanzen nach den Regeln der Schulmedizin verschrieben werden, entfällt auch jeglicher Gedanke an Missbrauch (im schulmedizinischen Sinn). Die vielfältigen unerwünschten Wirkungen von Neuroleptika und Antidepressiva auf körperlicher, zentralnervöser und psychischer Ebene lassen einen Gedanken an Euphorie auch nicht im Ansatz zu. Durch den Trick mit der Wortverdrehung und dem Klassifikationskuddelmuddel von Abhängigkeit wollen Ärzte das Abhängigkeitsrisiko bei Antidepressiva (wie auch bei Neuroleptika) negieren, ohne gleichzeitig abstreiten zu müssen, dass erhebliche Entzugserscheinungen auftreten können. Sie fühlen sich vor Regressansprüchen sicher, da offiziell – gemäß ihrer Diagnosenfibel – kein Abhängigkeitsrisiko drohe, auf das sie ihre Patientinnen und Patienten zu Beginn der Verabreichung und im weiteren Verlauf hinweisen müssten. Sind sie Konfliktsituationen ausgesetzt, in denen kritische Ärzte oder Experten warnende Worte fordern, damit nicht noch mehr psychiatrische Patientinnen und Patienten sich von Neuroleptika und Antidepressiva abhängig machen lassen, entscheiden sie sich in der Regel für eine Position, die einzig das abhängigkeitsfördernde Potenzial von Benzodiazepinen eingesteht, jedoch unter Verweis auf offizielle Diagnosefibeln die Gefahr der Abhängigkeit von Neuroleptika und Antidepressiva bestreitet. Die gesundheitlichen Interessen wehr- und ahnungsloser Patientinnen und Patienten zählen weniger als die finanziellen Interessen von Pharmaunternehmen, deren Agenten bekanntlich einen wesentlichen Einfluss auf die Erstellung und Anpassung der Diagnosefibeln ausüben (Cosgrove et al. 2006; Blech 2014; Frances 2014). Hinzu kommen verständliche Wünsche, im psychiatrischen Bereich Karriere zu machen; Zivilcourage und öffentliche kritische Haltung zu vorgegebenen Lehrmeinungen sind mit Karrierevorstellungen wenig kompatibel.

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 Neuroleptika 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 zurückgehen (Nielsen & Gøtzsche 2011), Forschungen von Pharmafirmen zur Entwicklung chemisch leicht abgewandelter Benzodiazepine mit neuen Patenten (und entsprechend hohen Preisen) an Lukrativität verlieren (Der Spiegel 1995, S. 146) und die von der Pipeline[7] abhängigen Aktienkurse der Pharmafirmen fielen. Dagegen hätten die Betroffenen Anspruch auf therapeutische und stationäre Hilfen beim Absetzen und auf Rehabilitationsmaßnahmen.

Dies alles ist nicht der Fall. Es gibt keine Klassifikation oder Diagnose ›Abhängigkeit von Neuroleptika‹ oder ›Abhängigkeit von Antidepressiva‹. Die Betroffenen erhalten keine sachgerechten Informationen. Körperliche Abhängigkeit kann sich entwickeln, verbunden mit Toleranzbildung. Beim Absetzen können je nach individueller Dis-

[7] Unter Pipeline versteht man den Komplex der Neuentwicklung einer Substanz über ihre Erprobung in verschiedenen Phasen bis hin zur ihrer Marktzulassung. Entscheidend für den Aktienkurs eines Pharmaunternehmens ist die Pipeline, das heißt die Gewinnerwartung, die neue Substanzen versprechen.

position, Dauer der Einnahme, Begleitumständen und Geschwindigkeit der Reduzierung gravierende Entzugssymptome auftreten.

In diesem Fall droht den Betroffenen unter dem Verdacht eines Rückfalls eine erneute, intensivierte Behandlung, oft genug noch zusätzliche Elektroschocks. Verschiedene Psychiater empfehlen Elektroschocks (EKT; Elektro-Krampf-›Therapie‹)[8] als Alternative zu Antidepressiva, so zum Beispiel der diese Psychopharmaka kritisch einschätzende Psychiater David Healy aus Irland. Ähnlich wie dieser Elektroschockbefürworter schreiben Nils Greve und Kolleginnen – verbunden mit der Aussage, kognitive Störungen und Gedächtnislücken als Folge der Stromstöße würden nach einigen Wochen meist wieder abklingen, manchmal aber auch dauerhaft bestehen bleiben. In »Umgang mit Psychopharmaka«, erschienen im (zum Psychiatrie-Verlag gehörenden) Balance-Verlag, schreiben sie 2017 nach wie vor:

> »EKT ist hinsichtlich der Ansprechrate den antidepressiven Medikamenten überlegen…« (2017, S. 72)

Hirnschäden, die bei Elektrogeschockten zwangsläufig eintreten und unter anderem massive und dauerhafte Gedächtnisstörungen nach sich ziehen können (Rose et al. 2003; Robertson & Pryor 2006; Read & Bentall 2010; Lehmann 2019), spielen für Befürworter dieser während des Faschismus von italienischen Schweineschlachthöfen abgeschauten Behandlungsmethode in der Regel keine Rolle[9].

Unabhängige Profis haben sich mittlerweile ansatzweise der Absetzproblematik bei Neuroleptika angenommen. Im Interesse der Betroffenen ist ein Umdenken in der Schulpsychiatrie 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, die Arbeitsausfälle und die Frühberentung unentwegt.

Entzugserscheinungen bei Antidepressiva

Beim Absetzen von Antidepressiva sind massive Entzugserscheinungen einzukalkulieren, die gewöhnlich nach ein bis zwei Tagen eintreten (Lehmann 1996, S. 390-405; 2017, S. 94-99). Patientinnen und Patienten werden selten über diese Risiken informiert. Die Verkennung sowohl der sofort als auch verzögert auftretenden Entzugserscheinungen als Rückfall oder neue Erkrankung ist programmiert. Meist kommt es zur weiteren, gar verstärkten Psychopharmaka-Verabreichung. Die Betroffenen können das eigene Leben nicht mehr vernünftig planen.

Wie Entzugsprobleme von Antidepressiva von einem sogenannten Rückfall unterschieden werden können, erläutern Peter und Sabine Ansari in ihrem Buch »Unglück auf Rezept«:

> »Wenn ein Patient in einer gesunden, stabilen Phase die Medikamente absetzt und dann Symptome auftreten, ist davon auszugehen, dass es sich um Absetzsymptome handelt, nicht um die Erkrankung. Man kann ein Absetzsyndrom auch gut an plötzlich auftretenden körperlichen Symptomen erkennen, wie zum Beispiel grippeartigen Schmerzen, Magen- und Darmbeschwerden, elektrischen Entladungen im Gehirn, Schwindel oder Schlafstörungen. Oft erlebt der Patient beim Absetzen Symptome, die er vorher nicht kannte.« (2017, S. 48)

Je länger ein Antidepressivum eingenommen wurde und je kürzer seine Eliminationshalbwertszeit ist, desto eher ist mit Entzugserscheinungen 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 Entzugserscheinungen 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:

> »Entzugserscheinungen 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 Halbwertzeit wie Paroxetin[10] und Venlafaxin[11] sind mit einem höheren Risiko von Entzugserscheinungen verbunden.« (S. 243)

[8] Eine – wenn auch unvollständige – Liste psychiatrischer Einrichtungen mit betriebsbereiten Elektroschockapparaten finden Sie im Internet für Deutschland unter https://dev.dgppn.de/_Resources/Persistent/074bc4340717d60b6fdc1f6d766fd94e1d5a7068/EKT%20Kliniken%20Dtl_2020-06-11.pdf, für Österreich und Südtirol (Italien) unter https://dev.dgppn.de/_Resources/Persistent/f08838ef2d36f89ebacc5be4bf435cc0792c2643/EKT%20Kliniken%20%C3%96sterreich%20und%20Italien_2019-11-12.pdf und für die Schweiz unter https://dev.dgppn.de/_Resources/Persistent/e24456aec90675f0939b7f53c7f6a8241d3b8bb5/EKT%20Kliniken%20SCHWEIZ_2019-11-11.pdf.

[9] Weitere Informationen zu Elektroschocks, deren zunehmende Verabreichung sich auch aus der potenziell depressionschronifizierenden Wirkung von Antidepressiva ergibt, siehe Lehmann, 2017, S. 125-151.

[10] Im Handel als Deroxat, Ennos, Paronex, Paroxat, paroxedura, Paroxetin, Seroxat

[11] Im Handel als Efectin, Efexor, Trevilor, Venlafab, Venlafaxin, Venlagamma, Venlax

Entzugserscheinungen bei neueren Antidepressiva

Die ersten, noch wenig spezifischen Berichte über Entzugserscheinungen nach Absetzen von SRI in medizinischen Zeitschriften datieren von 1988. Eli Lilly, der Herstellerfirma von Fluoxetin[12], sei aus klinischen Studien schon vorher bekannt, dass nach Absetzen dieser Substanz vegetative und motorische Entzugsbeschwerden auftreten, beispielsweise Agitation, Konzentrations- und Schlafstörungen (Cooper 1988, S. 84) sowie Krämpfe der Nacken- und Rückenmuskulatur sowie Schiefhalsstellung (Stoukides & Stoukides 1991). Laut »British National Formulary« muss bei neueren Antidepressiva wie den SRI und SNRI 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.« (2012, S. 250)

Das Antidepressiva Forum Deutschland, eine 2003 gegründete private Initiative von Betroffenen und Angehörigen, informiert, dass bei neueren Antidepressiva (SRI und SNRI) Entzugserscheinungen erheblich zeitverzögert auftreten können, das heißt noch nach mehreren Wochen und gar Monaten. In aller Regel haben nicht nur Ärzte, sondern auch die Betroffenen von diesem Risiko keine Ahnung. In Einzelfällen halten die Entzugserscheinungen jahrelang an.

Toleranzbildung und Antidepressiva-Abhängigkeit

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. Der Psychiater Gerhard Irle berichtete:

> »In der Mitte der 60er-Jahre kam in der psychiatrischen Forschung eine recht beunruhigende Diskussion auf. Eine Reihe von Beobachtern meinten gesehen zu haben, dass Krankheitsphasen bei ihren endogen depressiven Patienten in zunehmendem Ausmaß nicht mehr richtig aufhörten, sondern es notwendig erscheinen ließen, die antidepressive Medikation weiter und weiter zu führen. Immer, wenn man sich entschloss, nun endlich einen Schnitt zu machen und den Patienten ohne die Krücke der Medikamente leben zu lassen, stellte sich das depressive Zustandsbild wieder ein und forderte gebieterisch nach Wiederaufnahme der Medikation. Nun hätte man sich zufrieden geben können bei dem Gedanken, hier sei eben eine längere Phase im Gang, wenn nicht frühere Phasen der gleichen Patienten wesentlich kürzer gedauert hätten. Es kam der Verdacht auf, diese ungewöhnliche Verlängerung von Phasen sei möglicherweise das Ergebnis der Medikation mit antidepressiven Mitteln selbst. Die Diskussion klang schließlich ohne eine wirkliche Entscheidung wieder ab....« (1974, S. 124f.)

Nichtsdestotrotz gab es immer wieder einzelne kritische Verlautbarungen auch von Psychiatern, die der Schulpsychiatrie zuzuordnen sind. 1966 Jahr fragte der in New York City niedergelassene Psychiater Chaim Shatan anhand der Diskussion eines Fallbeispiels mit 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 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.

Im gleichen Jahr 1966 betonte Raymond Battegay von der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel die Notwendigkeit, den Abhängigkeitsbegriff um einen neuen Typ zu erweitern, um dem Problem der Abhängigkeit von Neuroleptika und Antidepressiva gerecht zu werden:

> »Entziehungssymptome bzw. eine körperliche Abhängigkeit ergaben sich insbesondere bei kombinierten Neuroleptica/Antiparkinsonmittelbehandlungen. (...) Nach den Erfahrungen von Kramer et al., die ähnliche Entziehungssymptome beim Absetzen von über zwei Monate lang und hochdosiert appliziertem Imipramin beobachteten, würden dieselben Kriterien auch für die antidepressiven Substanzen gelten, so dass von einem Neuroleptica/Antidepressiva-Typ der Drogenabhängigkeit gesprochen werden könnte.« (S. 555)

Für den Schweizer Arzt und Psychotherapeuten Marc Rufer ist die Downregulation der Serotonin- und Noradrenalinrezeptoren die Ursache dieser Abhängigkeit. Er sieht die Downregulation als natürliche Reaktion des Organismus auf einen durch die Antidepressiva künstlich erhöhten Transmittergehalt in den Nervenverbindungen; die Rezeptoren werden unempfindlicher und degenerieren. In Bezug auf SRI warnte er:

> »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)

Nun bestätigte die Studie eines Teams um Paul Andrews von der Abteilung für Psychologie, Neuro- und Verhaltenswissenschaften an der McMaster-Universität von Hamilton in Ontario (Kanada) Rufers These, dass synthetische Antidepressiva die natürliche Selbstregulation des Serotoninhaushalts oder anderer Transmitter im Gehirn schädigen und dazu führen können, dass das Gehirn über-

[12] Im Handel als Felicium, Fluctine, Fluoxetin, Flux, Fluxomed, Mutan

reagiert, wenn die Antidepressiva abgesetzt werden. Hierdurch würden Depressionen als Ergebnis physiologischer Veränderungen chronifiziert, 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 ist das Rückfallrisiko, 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. McMaster University 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 Entzugserscheinungen 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.« (2011, S. 15)

Neuerdings findet sich im »DSM-5« der Hinweis, dass Antidepressiva zur Toleranzbildung und zu einem ›Absetz-Syndrom‹ führen können. Andreas Heinz, Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik der Charité in Berlin, spricht gar von »einer Art Entzugssyndrom«:

> »Zu schnelle Dosisänderungen können bei manchen Präparaten Krampfanfälle erzeugen, zu Beginn ein Delir, beim Absetzen eine Art Entzugssyndrom.« (2017a, S. 872)

Allerdings sei es Unsinn, von körperlicher Abhängigkeit zu sprechen, so Heinz an anderer Stelle mit schwer verstehbarer psychiatrischer Logik, schließlich würden auch Symptome einer psychischen Abhängigkeit im Sinne einer Übererregtheit mit körperlichen Veränderungen einhergehen. Im Zentrum der Definition der Substanzabhängigkeit stünden einerseits die Gewöhnung an die Substanz (Toleranzentwicklung), die sich als neurobiologische Gegenregulation zeige, und andererseits die Entzugssymptomatik:

> »Sediert also beispielsweise eine Droge, indem sie auf hemmende Botenstoffsysteme im Gehirn, wie die Gamma-Aminobuttersäure (GABA), einwirkt, dann werden die Andockstellen (Rezeptoren) für diese Substanz vermindert. Die Folge: Die Hemmung im Gehirn funktioniert auf Dauer nur noch dann, wenn mehr oder weniger kontinuierlich die hemmend wirkende Droge zugeführt wird. Unterbleibt dies, z. B. wenn sich der Betroffene zur Abstinenz entschließt, gerät das Gehirn aus dem Gleichgewicht und es tritt die Entzugssymptomatik auf, in der Regel (da fast alle Drogen in irgendeiner Form sedierend wirken) im Sinne einer Überregtheit: Krampfanfälle, Zittern, Blutdruckschwankungen u. a. Diese Symptome werden häufig als ›körperliche Abhängigkeit‹ bezeichnet, das ist aber Unsinn, denn auch die Symptome der vermeintlich rein ›psychischen Abhängigkeit‹, nämlich das starke Verlangen nach der Substanz und die verminderte Kontrolle im Umgang damit, haben natürlich ein Korrelat im Gehirn.« (2017b, S. 370)

Heinz' Kollege Ulrich Voderholzer, Ärztlicher Direktor der Schön Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee, kommt dagegen wie Shatan und Battegay zum Schluss, dass Antidepressiva wohl doch eine körperliche Abhängigkeit bewirken können, jedenfalls sei dies nicht auszuschließen. In der *Psychiatrischen Praxis* schreibt er:

> »Antidepressiva sind nicht vergleichbar mit süchtig machenden Substanzen, bei denen Dosissteigerungen und süchtiges Verlangen neben anderen Symptomen einer Abhängigkeit bekannt sind. Sie induzieren aber wahrscheinlich Adaptationsvorgänge und damit Toleranz. Eindeutig belegt ist, dass Antidepressiva Entzugssymptome nach dem Absetzen verursachen können. In diesem Sinne können wir heute nicht ausschließen, dass Antidepressiva eine körperliche Abhängigkeit erzeugen.« (2018, S. 345)

Ähnlich äußert sich Tom Bschor. In jüngerer Zeit fänden die Entzugsymptome beim Absetzen von Antidepressiva zunehmend Beachtung, was die Bedenken gegenüber dieser Medikamentengruppe verstärkt habe:

> »Die größten mit Antidepressiva verbundenen Sorgen verursachen die Hinweise, dass das Absetzen von Antidepressiva einen sogenannten Rebound, also einen Rückprall, auslösen könnte. Damit ist gemeint, dass nach dem Ende einer Antidepressivamedikation sogar ein erhöhtes Risiko für eine neue Depression besteht, die sich dann möglicherweise sehr kurzfristig einstellt. Es handelt sich also nicht nur um die Rückkehr der Krankheit, nachdem ein wirksames Medikament weggefallen ist, sondern es handelt sich auch um die Erhöhung des Erkrankungsrisikos. (...) Patienten müss-

> ten sich also doppelt genau überlegen, ob sie wirklich ein Medikament einnehmen wollen. (... Unter diesen Voraussetzungen...– P.L.) sollte mit Patienten dieses Risiko offen besprochen werden, und zwar bevor sie sich für ein Antidepressivum entscheiden.« (2018, S. 117 / 119 / 121f.)

Psychiater der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach, der Rheinhessen-Fachklinik Alzey, dem Pfalzklinikum Klingenmünster und dem Krankenhaus zum Guten Hirten Ludwigshafen warnen noch deutlicher als Voderholzer und Bschor vor dem Risiko körperlicher Abhängigkeit. Von Antidepressiva werde man zwar nicht süchtig, auch nicht psychisch abhängig, schreiben sie, aber (in Leichter Sprache gut verständlich für Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen und für mancherlei Begriffsstutzige):

> »Wer lange Anti-Depressiva nimmt, kann körperlich abhängig werden.
> Das heißt: Wenn man **keine** Anti-Depressiva mehr nimmt, kann man Beschwerden bekommen.
> Auch wenn man weniger Anti-Depressiva nimmt, kann das passieren.
> Der Körper hat sich an das Anti-Depressivum gewöhnt.
> Ohne Anti-Depressivum fehlt dem Körper etwas.
> Wenn das Anti-Depressivum dem Körper fehlt, beschwert er sich.
> Man nennt das: Entzugs-Symptome.
> Symptome spricht man so aus: Sümp-tohme.
> Meistens merkt man die Entzugs-Symptome nach 2 bis 4 Tagen.
> Wenn man **kein** Anti-Depressivum mehr nimmt.
> Oder wenn man weniger nimmt. (...)
> Ihr Arzt muss daran denken, was passieren kann.
> Wenn er Ihnen lange Anti-Depressiva gibt, können Sie körperlich abhängig werden.
> Auch Sie müssen daran denken.« (NetzG-RLP 2018a, S. 17-19; Hervorhebungen im Original)

Die Verwendung des Begriff der Abhängigkeit, das heißt eines Antidepressiva-Abhängigkeitssyndroms, wird in der Regel jedoch noch tunlichst vermieden. Ein Absetz-Syndrom könne bereits nach einer einmonatigen Verabreichung von Antidepressiva auftreten und umfasse typischerweise spezifische sensorische, somatische und kognitiv-emotionale Symptome, häufig Angst und Furcht sowie Lichtblitze, ›elektrische Schläge‹, Übelkeit und Überempfindlichkeit gegenüber Geräuschen und Lichtern. Allerdings ließen sich die Symptome durch die erneute Verabreichung der abgesetzten Antidepressiva abmildern, SNRI-Entzugserscheinungen durch trizyklische Antidepressiva (APA 2015, S. 982f.). Die diagnostischen Merkmale sind ausführlich beschrieben und geben wieder, was Antidepressiva-Experten schon länger bekannt ist:

> »Das Absetz-Syndrom bei Antidepressiva kann nach der Behandlung mit trizyklischen Antidepressiva (z. B. Imipramin, Amitriptylin[13], Desipramin[14]), Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (z. B. Fluoxetin, Sertralin[15]) und Monoaminoxidase-Hemmern (z. B. Phenelzin[16], Selegilin[17], Pargylin[18]) auftreten. Die Inzidenz *(das Vorkommen)* des Syndroms hängt sowohl von der Dosierung und der Halbwertszeit der eingenommenen Medikamente als auch von der Geschwindigkeit der Dosisreduktion ab. Kurzwirksame Medikamente, deren Einnahme abrupt unterbrochen und nicht allmählich reduzierend abgesetzt wird, stellen wohl das größte Risiko dar. Der kurzwirksame Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) Paroxetin ist die am häufigsten mit Absetzsymptomen assoziierte Substanz, jedoch können Absetzsymptome bei allen Antidepressiva-Klassen auftreten.
>
> Anders als bei den Absetz-Syndromen bei Opioiden, Alkohol und anderen Substanzen mit Missbrauchspotenzial gibt es beim Absetz-Syndrom bei Antidepressiva keine pathognomonischen *(das Absetz-Syndrom als solches kennzeichnenden)* Symptome. Stattdessen sind die Symptome eher vage ausgeprägt und variabel, sie beginnen typischerweise 2 bis 4 Tage nach der letzten Dosiseinnahme des Antidepressivums. Für SSRIs (z. B. Paroxetin) wurden Symptome beschrieben wie Schwindel, ein Klingeln in den Ohren, ›elektrische Schläge im Kopf‹, eine Unfähigkeit zu schlafen und akute Angstzustände. Die Antidepressiva-Gabe vor dem Absetzen darf nicht zu Hypomanie *(leichte Form der Manie)* oder Euphorie geführt haben (d. h., es sollte eindeutig sein, dass das Absetz-Syndrom nicht auf Fluktuationen der Stimmungslabilität, die mit der vorhergehenden Behandlung verbunden waren, zurückzuführen ist). Das Absetz-Syndrom bei Antidepressiva basiert ausschließlich auf pharmakologischen Faktoren und hängt nicht mit den affektmodulierenden *(zu einem Wechsel des Gemütszustands führenden)* Effekten eines Antidepressivums zusammen.« (ebd., S. 983)

Wie gesagt, beim Komplex der Entzugserscheinungen handelt es sich laut »DSM-5« nicht um ein Abhängigkeitssyndrom, sondern lediglich ein Absetzsyndrom, auch wenn es ausschließlich pharmakologisch begründet ist. Nach Auftreten eines Absetzsyndroms würden manche Betroffene die erneute Einnahme der Antidepressiva ›bevorzugen‹ und gegebenenfalls zeitlich unbegrenzt fortführen (ebd., S. 984), so das »DSM-5«; die objektiv vorhandene pharmakologische Notwendigkeit wird in eine rein subjektive Ermessensentscheidung uminterpretiert.

Selbst solche nur eingeschränkt akzeptable Aussagen werden nach wie vor ignoriert oder bagatellisiert. Martina Hahn, 2013-2015 Vorsitzende des Deutschen Pharmazeutinnen-Verbands, und die Psychiaterin Sybille C. Roll, Di-

[13] Im Handel als Amitriptylin, Saroten, Syneudon; enthalten in Limbitrol

[14] In Deutschland, Österreich und der Schweiz derzeit nicht im Handel

[15] Im Handel als Adjuvin, Sertragen, Sertralin, Tresleen, Zoloft

[16] In Deutschland, Österreich und der Schweiz derzeit nicht im Handel

[17] Verabreicht als Antiparkinsonmittel

[18] In Deutschland, Österreich und der Schweiz derzeit nicht im Handel

rektorin der Vitos Klinik Eichberg im Rheingau, tun Entzugsprobleme bei Erwachsenen als ›Absetznebenwirkungen‹ und bei Neugeborenen als ›Anpassungsstörungen‹ ab. Obwohl Fluoxetin-Hersteller in ihren Fachinformationen seit geraumer Zeit schreiben, ihnen seien Entzugssymptome in großer Häufigkeit mitgeteilt worden, insbesondere Schwindel, Schlafstörungen, Parästhesien, Kopfschmerzen, Angst und Übelkeit (vgl. Lehmann 2017, S. 49), behaupten Hahn und Roll in der *Deutschen Apotheker Zeitung* stur: »Durch Fluoxetin werden keine Absetznebenwirkungen hervorgerufen.« (2018, S. 45) Auf Nachfrage erklärten Hahn und Roll, es sei lediglich einer Vorgabe des deutschen Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (mit Hilfe des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information, einer nachgeordneten Behörde des Bundesministeriums für Gesundheit) geschuldet, dass Fluoxetin-Hersteller vor Absetz- und Entzugsproblemen warnen. Publizierte Fallberichte zu ›Absetznebenwirkungen‹ unter Fluoxetin könne man nirgendwo finden (Hahn 2018).

Da Patientinnen und Patienten, die beim Absetzen von Antidepressiva durch ›elektrische Schläge‹ (Zaps) im Körper und Gehirn irritiert würden, immer wieder Notaufnahmen aufsuchen, soll man sie aufklären, dass Absetzsymptome zwar unangenehm seien, aber keine langfristigen Auswirkungen auf die Gesundheit hätten. Insbesondere die Wiedereinnahme von Antidepressiva würde Absetzprobleme lösen:

> »Beim Auftreten von starken Absetzerscheinungen kann es erforderlich sein, die Medikation erneut in der nicht reduzierten Dosis einzunehmen. Es kommt dann innerhalb von kurzer Zeit zum Abklingen der Symptome. Diesen Tipp können Sie Patienten, die im Begriff sind, die Medikation abzusetzen, mit auf den Weg geben.« (ebd., S. 44)

Patientinnen und Patienten wären damit zwar nicht von ihren Antidepressiva befreit, aber Psychiater und Pharmazeuten zumindest kurzfristig von den Klagen Hilfesuchender.

Mit der beibehaltenen Negierung des Abhängigkeitsrisiko wurde eine unmissverständliche Entscheidung getroffen, welche Interessen im professionellen psychosozialen Bereich stärker gewichtet werden: die Absatzinteressen der Pharmaindustrie. Die Informations- und Gesundheitsinteressen von Patientinnen und Patienten spielen nicht die zentrale Rolle.

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. Antidepressiva wurden als die am schwierigsten abzusetzende Gruppe von Psychopharmaka genannt. Es stellte sich heraus, dass Ärzte nicht voraussagen konnten, welche Patientinnen und 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 – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern« (Lehmann 2019) und »Psychopharmaka reduzieren und absetzen. Praxiskonzepte für Professionelle, Betroffene, Angehörige« (Lehmann & Newnes 2024) oder online unter www.peter-lehmann.de/ex.htm.

Empfehlenswert ist auch www.absetzen.info sowie das Forum www.psyab.net (PsyAb – *Psy*chopharmaka *Ab*setzen) mit unabhängiger Information und Austausch über unerwünschte Wirkungen und Entzugserscheinungen von Psychopharmaka sowie mit der Übersetzung und Verbreitung der neuesten Erkenntnisse aus dem englischen Sprachraum.

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

> »Um diese Wirkungen zu 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 Betracht, 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 SRI

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? Wie hässlich nackt stünde die Pharmaindustrie vor aller Augen ohne den Heiligenschein, den ihr mit Geld und anderen Zuwendungen geschmierte weißbekittelte Helfer einschließlich ihrer Organisationen, psychoedukative Psychologen, Journalisten und Interessensverbände von Familienorganisationen zu verleihen versuchen?

Selbsthilfe, Psychotherapie, Klinik

In individueller Selbsthilfe lassen sich viele, wenn auch nicht alle psychische Krisen überwinden, Depressionen eingeschlossen, beispielsweise durch Rückzug in die Stille und an sichere Orte, durch beruhigende Mittel, Massage, Kontakt zu Tieren, durch Zugehen auf hilfsbereite Menschen oder expressive künstlerische Tätigkeit. Manche verarbeiten ihre Krisen durch Reflexion in Selbsthilfe, Therapie oder Schreiben, durch Auseinandersetzung mit Diagnosen, durch psychiatriepolitisches Engagement oder selbstkritische Betrachtung. In der Literatur finden sich viele Berichte, wie Menschen mit psychischen Problemen ihre Krisen durch eine bewusste und balancierte Lebensführung vermeiden oder unnötig machen – angefangen bei der Ernährung und ausreichend Schlaf über die Auswahl von potenziellen Unterstützern in Notfällen bis hin zum Verlassen gefährlicher Orte oder der gedanklichen Vorwegnahme und Entschärfung von Krisen durch Vorausverfügungen, und wie sie Hilfe von Seiten anderer erfuhren: durch Zuwendung, soziale Unterstützung, Begleitung, Dabeibleiben, Nachfragen, In-Ruhe-Lassen, Vermeiden von Aufdringlichkeit (Lehmann & Kempker 1993; Lehmann & Stastny 2007). Manche greifen auf Naturheilmittel zurück wie Omega-3, Ginseng, Inkakost, Johanniskraut (Bürger-Rasquin 2013; Harnisch 2010), manche auf die Prinzipien der Chinesischen Medizin (Hollweg 2010). Die Inderin Bhargavi Davar (2007) betont die Wichtigkeit einer ganzheitlichen, integrierten Herangehensweise, die die medizinische und stoffwechselbezogene Vorgeschichte des Individuums beinhaltet und mit einer Reihe von Körpertechniken zu einem ausgewogenen und zentrierten Körpergefühl führt. Dass auch eine andere Lebenseinstellung nötig ist, weg von Spaßkultur, Konsum- und Leistungsorientierung und hin zu einer werteorientierten Lebensweise unter Wertschätzung der kreativen Potenzen, die Melancholie und Depressionen ebenfalls innewohnen, zeigt Josef Zehentbauer (2026b).

Josef Giger-Bütler (2014a), ein niedergelassener Psychotherapeut aus Luzern, beschreibt, wie Partner und Angehörige ihre depressiven Nächsten wirksam unterstützen können, ohne sich dabei selbst zu verausgaben, ohne zu verzweifeln, sich von ihren depressiven Nächsten abzuwenden und verbittert und grollend das eigene Leben weiterzuleben, was dem depressiven Nächsten Kraft, Zufriedenheit und Ruhe vermittelt, eigene Überforderung zu vermeiden, was ihn ermutigt, auf sich zu hören, in welchem Rahmen es also dem depressiven Nächsten gelingen, sich von seiner Überforderung zu lösen und sich schrittweise aus der Depression zu befreien. In seinen Augen seien Depressionen als Ergebnis eines falsch gelernten und damit falsch gelebtes Lebens zu betrachten, das es zu ändern gelte. Zuständig zu ihrer Überwindung seien die Betroffenen selbst, und wenn sie es nicht alleine schaffen, könnte psychotherapeutische Hilfe den Ausstieg aus Depressionen unterstützen. Zusätzlich zum bloßen Verständnis von Ursache und Verlauf aus Depressionen sowie der Ausstieg aus ihnen seien klare und umsetzbare Schritte, die nicht überfordern, die nicht als Patentrezept zu verstehen und die im Bereich des Leistbaren anzusiedeln sind und Zeit brauchen (Giger-Bütler 2012, 2014b, 2015). Antidepressiva würden bloße Symptomunterdrückung betreiben und damit die innere Dynamik der Depression verschleiern oder gar den Boden für paradoxe Reaktionen, zum Beispiel Manien, bereiten (Giger-Bütler 2014c).

Wenn alle Maßnahmen der Selbsthilfe und der ambulanten Psychotherapie nicht mehr ausreichen, können psychiatrische Kliniken bei gutem Willen allerlei Alternativen zu Antidepressiva anbieten. In ihren »Aufklärungsbögen Antidepressiva« informieren einige Kliniken in Rheinland-Pfalz:

> »Wenn Sie die stationäre Tagesstruktur und die therapeutische Unterstützung einer Klinik nutzen wollen, jedoch keine Antidepressiva, dann stehen Ihnen unter anderem folgende Möglichkeiten zur Wahl:
>
> - Empathische und geduldige Begleitung durch Mitarbeiter der Klinik, therapeutische Gemeinschaft
> - Psychosoziale Hilfen und Sozialberatung (z. B. bei Problemen im Bereich Arbeit, Wohnen, Finanzen)
> - Psychotherapie (kognitive Verhaltenstherapie, systemische Verfahren, tiefenpsychologische Verfahren, Gruppentherapie)
> - Naturheilkundliche oder homöopathische Mittel (z. B. Johanniskraut, Passionsblume), Aromatherapie, Akupunktur
> - Lichttherapie (vor allem bei jahreszeitlich gebundenen Formen der Depression)
> - Wachtherapie (insbesondere bei Depressionsformen mit starken Tagesschwankungen, Früherwachen und Morgentief)
> - Sport (Joggen, Gymnastik, Schwimmen, Tischtennis etc.), Physiotherapie, Biofeed-

back-Therapien[19], Achtsamkeitstraining, sanfte Massagen, Spaziergänge in der Natur, Yoga, Meditation, autogenes Training etc.)

- Kreative Therapien und Ergotherapie (Tanz-, Musik-, Kunst- oder Beschäftigungstherapie), spezielle Ernährungsmaßnahmen
- Gespräche mit Mitpatienten und Genesungsbegleitern, Förderung von Kommunikation mit wohlwollenden Vertrauenspersonen, ggf. auch durch soziale Medien (z. B. Skype oder E-Mails) (...).

Entscheiden Sie sich für die Klinik und die Behandlungsmaßnahme, die Ihren Interessen am ehesten entspricht. Antidepressiva gelten in der Regel als nur eines von mehreren Behandlungsangeboten. Entsprechend der Gesetzeslage und den Behandlungsleitlinien sind es die Patientinnen und die Patienten, die entscheiden, welche Angebote sie annehmen.« (NetzG-RLP 2018b, S.15f.)

Werden einem in einer Klinik von vornherein keine Behandlungsalternativen genannt, kann dies ein Zeichen sein, dass die Ärzte bereits eine Entscheidung über den eigenen Kopf hinweg getroffen haben. Dies gilt angesichts der nachweislich nicht verbesserten Prognose durch Antidepressiva und der ungelösten Probleme beim späteren Absetzen als unethisch.

Allgemeiner Hinweis

Die kursiv gesetzten Erläuterungen in Klammern und die Übersetzungen aus dem Englischen stammen von Peter Lehmann.

Rechtlicher Hinweis

Soweit in diesem Artikel Wirkungen von Antidepressiva erwähnt sind, dürfen die Leserinnen und Leser darauf vertrauen, dass der Autor große Sorgfalt darauf verwandt hat, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung des Artikels entspricht. Die humanistische Antipsychiatrie und das Wissen von den Risiken und Schäden psychiatrischer Psychopharmaka sind 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 Leserinnen und Leser sind angehalten, durch sorgfältige Prüfung ihrer Lebenssituation einschließlich ihres körperlichen und seelischen Zustands und gegebenenfalls nach Konsultation eines geeigneten Spezialisten festzustellen, ob ihre Entscheidung, nach Lektüre des Artikels Antidepressiva weiterhin einzunehmen oder 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.

Peter Lehmann gibt keinerlei Art von medizinischem Rat. Er ist kein Arzt, er trägt keinen weißen Kittel. Aus diesem Grund weist er jegliche Verantwortung zurück für jede Art von Schaden an Personen, deren Rechte und Eigentum, der mit der Information über Antidepressiva in diesem Artikel oder dem Zur-Verfügung-Stellen von Gedanken und Ideen über deren Gebrauch oder Nicht-Gebrauch in Verbindung gebracht werden könnte. Peter Lehmanns Qualifikation ist auf seiner Homepage www.peter-lehmann.de ausführlich beschrieben.

Über den Autor

Peter Lehmann, Dr. phil. h.c., Dipl.-Pädagoge, selbstständiger Sozialwissenschaftler, Autor und Verleger in Berlin. Buchveröffentlichungen unter anderm: »Der chemische Knebel – Warum Psychiater Neuroleptika verabreichen« (1986, 6. Aufl. 2010; PDF E-Book 2026), »Schöne neue Psychiatrie« (1996, E-Book 2026), »Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern« (Hg. 1998, 5. Aufl. 2019, E-Book 2026), »Statt Psychiatrie 2« (Hg. 2007 mit Peter Stastny, E-Book 2026), »Psychopharmaka reduzieren und absetzen. Praxiskonzepte für Professionelle, Betroffene, Angehörige« (Hg. 2024 mit Craig Newnes) u.v.m. Mehr siehe www.peter-lehmann.de

Literatur

Andrews, Paul W. / Kornstein, Susan G. / Halberstadt, Lisa J. et al.: »Blue again: Perturbational effects of antidepressants suggest monoaminergic homeostasis in major depression«, in: Frontiers in Psychology, Vol. 2 (2011), Artikel 159; Online-Ressource www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3133866/ (Zugriff am 10. März 2012)

Andrews, Paul W. / Thomson, J. Anderson / Amstadter, Ananda et al.: »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

Ansari, Peter / Ansari, Sabine: »Unglück auf Rezept – Die Antidepressiva-Lüge und ihre Folgen«, 3. Auflage, Stuttgart: Klett-Cotta 2017

APA – American Psychiatric Association: »Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5«, herausgegeben von Peter Falkai und Hans-Ulrich Wittchen, Göttingen, Bern, Wien etc.: Hogrefe Verlag 2015

Battegay, Raymond: »Entziehungserscheinungen nach abruptem Absetzen von Neuroleptica als Kriterien zu ihrer Differenzierung«, in: Der Nervenarzt, 37. Jg. (1966), S. 552-556

Blech, Jörg: »Die Psychofalle – Wie die Seelenindustrie uns zu Patienten macht«, Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuchverlag 2016

»BNF – British National Formulary«, 56. Auflage, London: RPS Publishing 2008

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

Bschor, Tom: »Antidepressiva. Wie man sie richtig anwendet und wer sie nicht nehmen sollte«, München: Südwest Verlag 2018

[19] Unter Biofeedback versteht man verhaltensmedizinische Methoden, die unbewusste Körperfunktionen bewusst und kontrollierbar machen, wodurch das körperliche und psychische Wohlbefinden gefördert wird.

Bürger-Rasquin, Rahel: »Mangelkrankheit Depression – Durch Vitalstoffe wieder gesund und fröhlich werden«, 3., überarbeitete und erweiterte Auflage, Norderstedt: Books on Demand 2013

Casarotto, Plinio C. / Girych, Mykhailo / Fred, Senem M. / Kovaleva, Vera / Moliner, Rafael / Enkavi, Giray et al.: »Antidepressant drugs act by directly binding to TRKB neurotrophin receptors«, in: Cell, Vol. 184 (2021), pp. 1299-1313; Online-Ressource www.cell.com/action/showPdf?pii=S0092-8674%2821%2900077-5 (Zugriff am 18. Mai 2021)

Cooper, Glenn L.: »The safety of fluoxetine – an update«, in: British Journal of Psychiatry, Vol. 153 (1988), Supplement 3, S. 77-86

Cosgrove, Lisa / Krimsky, Sheldon / Vijayaraghavan, Manisha et al.: »Financial ties between DSM-IV panel members and the pharmaceutical industry«, in: Psychotherapy and Psychosomatics, Vol. 75 (2006), S. 154-160; Online-Ressource https://sites.tufts.edu/sheldonkrimsky/files/2018/05/pub2006FinancialTiesbetweenDSM-IVPanelMembers.pdf (Zugriff am 1. Juni 2021)

Czerwenka-Wenkstetten, Heribert / Hofmann, Gertraud / Kryspin-Exner, Kornelius: »Tranquillizersucht und -mißbrauch«, in: Wiener Medizinische Wochenschrift, 115. Jg. (1965), S. 1012-1016

Davar, Bhargavi: »Depressionen und die Anwendung natürlicher Heilmethoden«, in: Peter Lehmann & Peter Stastny (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin, Eugene & Shrewsbury: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag 2007, S. 83-92 (E-Book 2026)

Degkwitz, Rudolf: »Über die Imipraminwirkung bei Depressionen«, in: Der Nervenarzt, 33. Jg. (1962), S. 450-457

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

Der Spiegel: »›Dieser Bärenkram muss aus dem Verkehr‹«, in: Spiegel, 42. Jg. (1988), Nr. 35, S. 160-174; Online-Ressource www.spiegel.de/spiegel/print/d-13531479.html (Zugriff am 25. August 2017)

Der Spiegel: »Krücke bleibt«, in: Spiegel, 49. Jg. (1995), Nr. 3, S. 145-146; Online-Ressource www.spiegel.de/wissenschaft/kruecke-bleibt-a-ad6b5765-0002-0001-0000-000009158135?context=issue (Zugriff am 1. Juni 2021)

Dilling, Horst / Freyberger, Harald J. (Hg.): »Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen«, 7., überarbeitete Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2014, Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG 2014

Dilling, Horst / Mombour, Werner / Schmidt, Martin H. (Hg.): »Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10. Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien«, Bern, Göttingen, Toronto & Seattle: Hans Huber Verlag 1992

Dilling, Horst / Mombour, Werner / Schmidt, Martin H. (Hg.): »Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD-10. Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien«, 9. Auflage unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2014, Bern: Verlag Hans Huber, Hogrefe AG 2014

Finzen, Asmus / Lehmann, Peter: »Psychopharmaka reduzieren – minimieren – komplett absetzen«, Workshop bei der Jahrestagung »Sozialpsychiatrie 40.0 – nach der Reform ist vor der Reform« der Deutschen Gesellschaft für Soziale Psychiatrie e.V., Berlin, 7. Oktober 2016; in: Soziale Psychiatrie (Köln), 41. Jg. (2017), Nr. 2, S. 18-21 – www.peter-lehmann.de/artikel/gesundheit/pdf/lehmann-finzen-absetzen-sp2017.pdf (Zugriff am 15. Januar 2019)

Frances, Allen: » Normal – Gegen die Inflation psychiatrischer Diagnosen«, Köln: DuMont Buchverlag 2014

Giger-Bütler, Josef: »Depression ist keine Krankheit – Neue Wege, sich selbst zu befreien«, Weinheim & Basel: Beltz Verlag 2012

Giger-Bütler, Josef: »Wir schaffen es« – Leben mit depressiven Menschen«, Weinheim & Basel: Beltz Verlag 2014(a)

Giger-Bütler, Josef: »›Jetzt geht es um mich‹. Die Depression besiegen – Anleitung zur Selbsthilfe«, Weinheim & Basel: Beltz Verlag 2014(b)

Giger-Bütler, Josef: »›Sie haben es doch gut gemeint‹ – Depression und Familie«, Weinheim & Basel: Beltz Verlag 2014(c)

Giger-Bütler, Josef: »›Endlich frei‹ – Schritte aus der Depression«, Weinheim: Beltz Verlag 2015

Greve, Nils / Osterfeld, Margret / Diekmann, Barbara: »Umgang mit Psychopharmaka«, 5. Auflage, Köln: Balance Verlag 2017

Hahn, Martina: Persönliche Mitteilung vom 27. Dezember 2018

Hahn, Martina / Roll, Sybille C.: »Schritt für Schritt ausschleichen – Absetznebenwirkungen von Antidepressiva vermeiden«, in: Deutsche Apotheker Zeitung, 158. Jg. (2018), Nr. 44, S. 40-46

Harnisch, Günter: »Alternative Heilmittel für die Seele – Selbsthilfe bei depressiven Verstimmungen, Schlafstörungen und nervöser Erschöpfung«, 2., erweiterte Auflage, Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft 2010

Heinz, Andreas: »Körpertherapeutische Techniken«, in: Klaus Dörner / Ursula Plog / Thomas Bock et al. (Hg.): »Irren ist menschlich – Lehrbuch für Psychiatrie und Psychotherapie«, 24. Auflage, Köln: Psychiatrieverlag 2017a, S. 853-888

Heinz, Andreas : »Der sich und Andere versuchende Mensch (Abhängigkeit)«, in: Klaus Dörner / Ursula Plog / Thomas Bock et al. (Hg.): »Irren ist menschlich – Lehrbuch für Psychiatrie und Psychotherapie«, 24. Auflage, Köln: Psychiatrieverlag 2017b, S. 361-423

Henssler, Jonathan / Heinz, Andreas / Brandt, Lasse / Bschor, Tom: »Absetz- und Rebound-Phänomene bei Antidepressiva«, in: Deutsches Ärzteblatt, 116. Jg. (2019), S. 355-361; Online-Ressource www.researchgate.net/publication/333174066_Antidepressant_Withdrawal_and_Rebound_Phenomena (Zugriff am 18. Mai 2021)

Hillienhof, Arne: »Wie Antidepressiva im Gehirn wirken, in: Deutsches Ärzteblatt«, Online-Publikation http://www.aerzteblatt.de/nachrichten/122210/Wie-Antidepressiva-im-Gehirn-wirken vom 11. Mai 2021 (Zugriff am 18. Mai 2021)

Hippius, Hanns / Angst, Jules: »Pharmakotherapie depressiver Syndrome«, in: Walter Schulte / Werner Mende (Hg.): »Melancholie in Forschung, Klinik und Behandlung«, Stuttgart: Thieme Verlag 1969, S. 188-200

Hollon, Steven D. / DeRubeis, Robert J. / Shelton, Richard C. et al.: »Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression«, in: Archives of General Psychiatry, Vol. 62 (2005), S. 417-422

Hollweg, Petra / Schwarz, Wolfram: »Fernöstliche Heilkunst für die Seele – Natürliche Selbsthilfe bei Krisen und Verstimmungen«, Stuttgart: Trias Verlag in MSV Medizin-Verlage 2010

Irle, Gerhard: »Depressionen. Menschen in seelischer Not«, Stuttgart: Kreuz Verlag 1974

Kuhn, Roland: »Über die Behandlung mit einem Iminodibenzylderivat (G22355)«, in: Schweizerische Medizinische Wochenschrift, 87. Jg. (1957), S. 1135-1140

Lehmann, Peter: »Was hilft mir, wenn ich verrückt werde?«, in: Kerstin Kempker & Peter Lehmann (Hg.): »Statt Psychiatrie«, Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag 1993, S. 26-59

Lehmann, Peter: »Schöne neue Psychiatrie«, Band 2: »Wie Psychopharmaka den Körper verändern«, Berlin: Peter Lehmann Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag 1996 (E-Book 2026)

Lehmann, Peter (Hg.): »Psychopharmaka absetzen – Erfolgreiches Absetzen von Neuroleptika, Antidepressiva, Phasenprophylaktika, Ritalin und Tranquilizern«, 5., aktualisierte und erweiterte Auflage, Berlin & Shrewsbury: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag 2019 (E-Book 2026)

Lehmann, Peter: »Aufklärungsbogen Elektroschock«, Online-Ressource vom 17. Mai 2019: www.peter-lehmann.de/artikel/gesundheit/aufklaerungsbogen-elektroschock.htm (Zugriff am 18. Mai 2021)

Lehmann, Peter: »Risiken und Schäden neuer Antidepressiva und *atypischer* Neuroleptika«, in: Peter Lehmann / Volkmar Aderhold / Marc Rufer / Josef Zehentbauer: »Neue Antidepressiva, atypische Neuroleptika – Risiken, Placebo-Effekte, Niedrigdosierung und Alternativen. Mit einem Exkurs zur Wiederkehr des Elektroschocks«, Berlin & Shrewsbury: Peter Lehmann Publishing 2017, S. 19-174 (E-Book 2026)

Lehmann, Peter / Newnes, Craig (Hg.): »Psychopharmaka reduzieren und absetzen. Praxiskonzepte für Professionelle, Betroffene, Angehörige«, Berlin & Lancaster: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag / Köln: Psychiatrieverlag 2024 (E-Book 2024)

Lehmann, Peter / Stastny, Peter: »Was hilft mir, wenn ich verrückt werde?«, in: Peter Lehmann & Peter Stastny (Hg.): »Statt Psychiatrie 2«, Berlin, Eugene & Shrewsbury: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag 2007, S. 42-75 (E-Book 2026)

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

NetzG-RLP – Landesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit Rheinland-Pfalz e.V. (Hg.): »Aufklärungsbögen Antidepressiva in Leichter Sprache«, erstellt in Zusammenarbeit mit der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach, der Rheinhessen-Fachklinik, dem Pfalzklinikum Klingenmünster, dem Krankenhaus zum Guten Hirten Ludwigshafen, Markus Kaufmann, Peter Lehmann und Anne Pesch, Trier: NetzG-RLP 2018; Online-Ressource www.peter-lehmann.de/artikel/gesundheit/pdf/aufklaerung-ad-ls.pdf (Zugriff am 18. Dezember 2018)

NetzG-RLP – Landesnetzwerk Selbsthilfe seelische Gesundheit Rheinland-Pfalz e.V. (Hg.): »Aufklärungsbögen Antidepressiva«, erstellt in Zusammenarbeit mit der Rhein-Mosel-Fachklinik Andernach, der Rheinhessen-Fachklinik, dem Pfalzklinikum Klingenmünster, dem Krankenhaus zum Guten Hirten Ludwigshafen, Markus Kaufmann, Peter Lehmann und Anne Pesch, Trier: NetzG-RLP 2018; Online-Ressource www.peter-lehmann.de/artikel/gesundheit/pdf/aufklaerung-ad.pdf (Zugriff am 18. Dezember 2018)

neuraxpharm Arzneimittel GmbH: »Tianeurax® 12,5 mg«, Langenfeld: Fachinformation vom November 2015, in: »Rote Liste Online«, Frankfurt am Main: Rote Liste Service GmbH

Nielsen, Margrethe / Gøtzsche, Peter C.: »An analysis of psychotropic drug sales. Increasing sales of selective serotonin reuptake inhibitors are closely related to number of products«, in: International Journal of Risk & Safety in Medicine, Vol. 23 (2011), S. 125-132

Nielsen, Margrethe / Holme Hansen, Ebba / Gøtzsche, Peter C.: »What is the difference between dependence and withdrawal reactions? A comparison of benzodiazepines and selective serotonin re-uptake inhibitors«, in: Addiction, Vol. 107 (2012), S. 900-908

Poser, Wolfgang / Roscher, Dietrich / Poser, Sigrid: »Ratgeber für Medikamentenabhängige und ihre Angehörigen«, 6. Auflage, Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag 1985

ratiopharm GmbH: »Sertralin-ratiopharm® 50 mg / 100 mg Filmtabletten«, Ulm: Fachinformation vom Februar 2016; in: »Rote Liste Online«, Frankfurt am Main: Rote Liste Service GmbH; Internet-Ressource http://online.rote-liste.de (Zugriff am 21.1.2017)

ratiopharm GmbH: »Venlafaxin-ratiopharm® 37,5 mg / 75 mg / 150 mg / 225 mg Retardtabletten«, Ulm: Fachinformation vom März 2015; in: »Rote Liste Online«, Frankfurt am Main: Rote Liste Service GmbH; Internet-Ressource http://online.rote-liste.de (Zugriff am 21.1.2017)

Read, John / Bentall, Richard: »The effectiveness of electroconvulsive therapy: A literature review«, in: Epidemiologia e Psichiatria Sociale, Vol. 19 (2010), S. 333-347; Online-Ressource http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21322506 (Abstract; Zugriff am 27. Mai 2016)

Robertson, Harold / Pryor, Robin: »Memory and cognitive effects of ECT: informing and assessing patients«, in: Advances in Psychiatric Treatment, Vol. 12 (2006), S. 228-238; Online-Ressource http://apt.rcpsych.org/content/12/3/228 (Zugriff am 27. Mai 2016)

Rose, Diana / Wykes, Til / Leese, Morven et al.: »Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review«, in: British Medical Journal, Vol. 326 (2003), S. 1363-1368; Online-Ressource http:((www.bmj.com/content/326/7403/1363 (Zugriff am 27. Mai 2016)

Rufer, Marc: »Glückspillen: Ecstasy, Prozac und das Comeback der Psychopharmaka«, München: Knaur Verlag 1995

Schädle-Deininger, Hilde: »Basiswissen: Psychiatrische Pflege«, 2., unveränderte Auflage, Köln: Psychiatrieverlag 2013

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

Stoukides, John A. / Stoukides, Cheryl A.: »Extrapyramidal symptoms upon discontinuation of fluoxetine«, in: American Journal of Psychiatry, Vol. 148 (1991), S. 1263

Voderholzer, Ulrich: »Machen Antidepressiva abhängig? – Pro / Do Antidepressants Cause Dependency? – Pro«, in: Psychiatrische Praxis, 45. Jg. (2018), S. 344-345; Online-Ressource http://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/a-0723-4241.pdf (Zugriff am 18.12.2018)

Zehentbauer, Josef: »Chemie für die Seele – Psyche, Psychopharmaka und alternative Heilmethoden«, 14. Auflage, Berlin & Lancaster: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag 2026(a) (PDF E-Book 2026)

Zehentbauer, Josef: »Melancholie – Die traurige Leichtigkeit des Seins«, 5. Auflage, Berlin & Lancaster: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag 2026(b) (E-Book 2026)

© 2016 by Peter Lehmann, Berlin. Alle Rechte vorbehalten