

Und wenn es doch Evidenz für das Abhängigkeitspotential von Antidepressiva gäbe? Mehr Transparenz bringt mehr Vertrauen

Entgegnung auf Thomas Meyers Leserbrief

Der Leserbrief von Thomas Meyer, dem Direktor der Foreklinik, unterstellt, dass wir im Artikel «Zahlen und Fakten zum Gebrauch und Missbrauch von Medikamenten in der Schweiz» (Abhängigkeiten 2/05, S.5 bis 20) den Antidepressiva den gleichen Stellenwert in Bezug auf Missbrauchrisiken wie etwa den Schlaf- oder Beruhigungsmitteln beimessen. Der Einleitung und den weiteren Ausführungen dieser Publikation ist jedoch unmissverständlich zu entnehmen, dass Antidepressiva ausdrücklich als eine Medikamentenkategorie betrachtet werden, für welche «kein ausgewiesenes oder ausgeprägtes Abhängigkeitspotential» bestehe (S.6). Sie werden dementsprechend auch nicht zu den aufgeführten Hauptproblemgruppen gezählt.

Wenn Antidepressiva im Artikel jedoch kurz erwähnt werden, um darauf hinzuweisen, dass angesichts der auffälligen Zunahme ihres Umsatzes in einem Kontext von merkwürdigen Kampagnen um die Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRIs) «ein Missbrauch dieser Substanzen nicht auszuschliessen» sei (S.9), so betrachten wir diese Bedenken sowie die relativierende Aussage, dass diese Substanzen «nicht als besonders abhängig machend gelten» (S.8), als eine gleichsam vorsichtige und angemessene Einschätzung der Lage. Panikmache war sicher nicht unsere Absicht.

In der Tat besteht eine lebhaft internationale Debatte über das Abhängigkeitspotential bestimmter Typen von Antidepressiva. Aus verschiedenen Studien und Einzelfallberichten geht klar hervor, dass das Absetzen dieser Medikamente (insbesondere von SSRIs mit kurzer Wirkungsdauer) zu mehr oder weniger starken Entwöhnungssymptomen führen kann (Zajacka, Tracy & Mitchell 1997; Black, Shea et al. 2000; Judge, Parry et al. 2002). Dies ist seit einigen Jahren eine mehrfach belegte Evidenz, die auch zu Revidierungen offizieller Arzneimittelinformationen zu dieser Medikamentengruppe in verschiedenen Ländern geführt hat. Auch in der Schweiz findet man seitdem einen allgemeinen Hinweis zur körperlichen und psychischen Abhängigkeit in der offiziellen Arzneimittelinformation dieser Präparate (Arzneimittel-Kompendium der Schweiz[®], 2005). Aufgrund dieser Erkenntnisse wird denn auch empfohlen, die Patienten und Patientinnen diesbezüglich zu informieren und die Beendigung der Behandlung nicht abrupt, sondern ausschleichend vorzunehmen (Haddad 2001; Sher 2002; van Geffe, Hugtenburg et al. 2005). Uns scheint, dass mit einer solchen Transparenz (auch gegenüber anderen unerwünschten Wirkungen) gegebenenfalls mögliche Ängste und Widerstände der

Patientinnen und Patienten diskutiert und besser abgewogen werden können und so die vorgeschlagene Therapie mit einem besseren Vertrauen eingeleitet (und auch beendet) werden kann.

Während deutliche Hinweise für eine mögliche körperliche Gewöhnung bestehen, scheinen laut gegenwärtigem Wissenstand die Risiken einer Abhängigkeit im Sinne eines zwanghaften Konsums bzw. eines Kontrollverlustes in Zusammenhang mit der Einnahme von Antidepressiva sehr gering (aber nicht ausgeschlossen) zu sein: In der Fachliteratur finden sich bisher jedoch einige Fallberichte von diagnostizierter Antidepressiva-Abhängigkeit gemäss DSM-IV oder ICD-10-Kriterien (Haddad 1999; Guillem & Lépine 2003; Taieb, Laroche et al. 2004). Dass entsprechende Probleme offenbar auch in der Schweiz schon vorgekommen sind, lässt sich durch folgenden Hinweis bestätigen: Im Monitoringsystem SAMBAD (Statistik der Ein- und Austritte im Bereich der ambulanten psychosozialen Suchthilfe in der Schweiz) werden Antidepressiva manchmal als Haupt- oder Nebenproblemsubstanz der Ratsuchenden angegeben (Quelle: SFA, unveröffentlichte Sonderanalyse, Auswertungsperiode 1995-2003). Weiter finden sich auf verschiedenen Webseiten zahlreiche Patientenberichte, die auf mögliche Abhängigkeitsprobleme mit Antidepressiva hindeuten (z.B. http://www.socialaudit.org.uk/_disc//messages/board-topics.html). Unsere vorsichtigen Hinweise auf ein wie auch immer geringes Abhängigkeitspotential bestimmter Antidepressiva sind also nicht völlig aus der Luft gegriffen und verdienen genauer beobachtet zu werden.

Nach der endlosen Debatte über das Abhängigkeitspotential von Benzodiazepinen wissen wir auch, dass die Pharmaindustrie ihre Interessen sehr zielstrebig verteidigt und dass dabei zahlreiche Einflussmöglichkeiten benutzt werden, um beobachtete unerwünschte Wirkungen zu verharmlosen. Auch im Bereich der «neuen» Antidepressiva erheben sich kritische Stimmen in Bezug auf diesbezügliche Manöver der Arzneimittelproduzenten und äussern Zweifel an der Unabhängigkeit der klinischen Forschung (Medawar & Hardon 2004). Doch auch in dieser Hinsicht ist uns jede Form des «Alarmismus» fremd.

Die Erklärungen von Thomas Meyer in seinem Leserbrief zum Verkaufsboom der Antidepressiva mögen zum Teil stimmen. Es bleibt jedoch zu überprüfen, inwieweit die Medikamenteneinnahme aufgrund der verbreiteten unangenehmen Entzugssymptome nicht häufig auf unbestimmte Zeit fortgesetzt wird und so zu einem gewissen Kumulierungseffekt der Verschreibungen beitragen könnte.

Eine letzte Anmerkung gilt der angeprangerten Auffassung des Begriffs Medikamentenmissbrauch, den wir als «medizinisch nicht sinnvolle Einnahme von Präparaten mit Abhängigkeitspotential» (S.5) verstehen: Im Gegensatz zum Abhängigkeitssyndrom, das in den Klassifikationssystemen DSM-IV und ICD-10 sehr ähnlich definiert wird, gehen dort sowohl Terminologie als auch Definition explizit auseinander, wenn es um die Charakterisierung von «Missbrauch» geht (American Psychiatric Association 1996, Weltgesundheitsorganisation 1993). Die vorgeschlagene Definition des Medikamentenmissbrauchs berücksichtigt die Sonderstellung von Arzneimitteln als mögliche Problemsubstanzen und lehnt sich an operationalisierte Definitionen an, die in der epidemiologischen Forschung Verwendung finden («non medical use»).

Literaturverzeichnis

American Psychiatric Organisation (1996). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe-Verlag.

Arzneimittel – Kompendium der Schweiz® 2006, (2005). Basel: Documed.

Black, K., Shea, C., Dursun, S., Kutcher, S. (2000). Selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation syndrome: proposed diagnostic criteria. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 25, 255-261.

Guillem, E., Lépine, J.P. (2003). La toxicomanie aux antidépresseurs existe-t-elle? A propos d'un cas de dépendance à la tianeptine [Does addiction to antidepressants exist? About a case of one addiction to tianeptine]. *L'Encéphale*, 29, 456-459.

Haddad, P. (1999). Do antidepressants have any potential to cause addiction? *Journal of Psychopharmacology*, 13, 300-307.

Haddad, P.M. (2001). Antidepressant discontinuation syndrome. *Drug Safety*, 24, 183-197.

Judge, R., Parry, M.G., Quail, D., Jacobson, J.G. (2002). Discontinuation symptoms: comparison of brief interruption in fluoxetine and paroxetine treatment. *International Clinical Psychopharmacology*, 17, 217-225.

Medawar, C., Hardon, A. (2004). Medicines out of Control? Antidepressants and the Conspiracy of Goodwill. *Aksant: Amsterdam*.

Sher, L. (2002). Prevention of the serotonin reuptake inhibitor discontinuation syndrome. *Medical Hypotheses*, 59, 92-94.

Taieb, O., Larroche, C., Dutray, B., Baubet, T., Moro, M.R. (2004). Fluoxetine dependence in a former amineptine abuser. *American Journal on Addictions*, 13, 498-500.

van Geffen, E.C., Hugtenburg, J.G., Heerdink, E.R., van Hulten, R.P., Egberts, A.C. (2005). Discontinuation symptoms in users of selective serotonin reuptake inhibitors in clinical practice: tapering versus abrupt discontinuation. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 61, 303-307.

Weltgesundheitsorganisation / Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (Hrsg.) (1993). Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10, Kapitel V (F), klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Verlag Hans Huber.

Zajacka, J., Tracy, K.A., Mitchell, S. (1997). Discontinuation symptoms after treatment with serotonin reuptake inhibitors: a literature review. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 291-297.

Etienne Maffli, SFA, Lausanne