

Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) zur ARD-Reportage „Gefährliche Glückspillen“ vom 18. Februar 2013

Am 18. Februar 2013 sendete die ARD die Reportage „Gefährliche Glückspillen – Milliardenprofite mit Antidepressiva“. In der Sendung wird die Behauptung vertreten, dass Antidepressiva, insbesondere selektive Serotonin-Rücknahmehemmer (SSRI) wie Fluoxetin oder Paroxetin, zu Suizidversuchen, Aggressivität und Gewaltbereitschaft führen können. Diese Risiken würden von den Herstellern seit vielen Jahren heruntergespielt, und sie machten die Verordnung dieser Substanzen unvermeidbar. Die Sendung hat in Deutschland ein großes Medienecho ausgelöst und viele Patientinnen und Patienten, die mit Antidepressiva behandelt werden, erheblich verunsichert. Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) nimmt dies zum Anlass, um über die Chancen und Risiken der Behandlung von Depressionen mit SSRI aufzuklären.

1. Suizidales Denken und Handeln ist ein Symptom der Depression

Depressionen gehen mit einem erhöhten Suizidrisiko einher. Schätzungen gehen davon aus, dass bei 30 – 70% der vollzogenen Suizide eine Depression vorlag (Bertolote, Fleischmann, De Leo, & Wasserman, 2004; Henriksson et al., 1993; Rich, Young, & Fowler, 1986). Folglich ist eine Depression der größte Risikofaktor für suizidales Denken, Suizidversuch und den vollendeten Suizid (im Folgenden als „Suizidalität“ zusammengefasst).

Wirksame antidepressive Therapien haben dementsprechend auch das Ziel Suizidalität zu bekämpfen.

PRÄSIDENT

Prof. Dr. med. Wolfgang Maier, Bonn
TEL 0228.287-15722 | FAX 0228.287-16097
wolfgang.maier@ukb.uni-bonn.de

PRESIDENT ELECT

Dr. med. Iris Hauth, Berlin-Weißensee
TEL 030.92790-234 | FAX 030.92790-702
i.hauth@alexius.de

PAST PRESIDENT

Prof. Dr. med. Peter Falkai, München
TEL 089.5160-5501 | FAX 089.5160-5530
peter.falkai@med.uni-muenchen.de

KASSENFÜHRER

Dr. med. Andreas Küthmann, Memmingen
TEL 08331.702 66-3 | FAX 08331.702 66-2
andreas.kuehmann@bkh-memmingen.de

BEISITZER FÖRSCHUNG UND BIOLOGISCHE THERAPIE

Prof. Dr. med. Andreas Meyer-Lindenberg, Mannheim
TEL 0621.1703 200-1 | FAX 0621.1703 200-5
a.meyer-lindenberg@zi-mannheim.de

BEISITZER AUS-, FORT- UND WEITERBILDUNG

Prof. Dr. med. Fritz Hohagen, Lübeck
TEL 0451.500 2440 | FAX 0451.500 2603
fritz.hohagen@psychiatrie.uk-sh.de

BEISITZER LEITLINIEN UND KLASSIFIKATION

Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel, Düsseldorf
TEL 0211.92 220-00 | FAX 0211.92 220-20
wolfgang.gaebel@uni-duesseldorf.de

BEISITZER PSYCHOSOMATIK

Prof. Dr. med. Martin Bohus, Mannheim
TEL 0621.1703 4001 | FAX 0621.1703 4005
martin.bohus@zi-mannheim.de

BEISITZERIN PSYCHOTHERAPIE

Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz, Heidelberg
TEL 06221.568 751 | FAX 06221.565 998
sabine.herpertz@uni-heidelberg.de

BEISITZER FÖRENSISCHE PSYCHIATRIE

Prof. Dr. med. Jürgen L. Müller, Göttingen
TEL 0551.402 2102 | FAX 0 551.402 2110
ju.mueller@asklepios.com

**BEISITZERIN PUBLIC HEALTH,
VERSÖRGENGSFORSCHUNG**

Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller, Leipzig
TEL 0341.971 540-8 | FAX 0341.971 540-9
steffi.riedel-heller@medizin.uni-leipzig.de

BEISITZER PUBLIKATIONEN UND E-LEARNING

Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Frank Schneider, Aachen
TEL 0241.808 9633 | FAX 0241.808 2401
fschneider@ukaachen.de

**BEISITZER TRANSKULTURELLE PSYCHIATRIE
UND PSYCHOTHERAPIE, SUCHTMEDIZIN**

Prof. Dr. med. Andreas Heinz, Berlin
TEL 030.450 517 001 | FAX 030.450 517 921
andreas.heinz@charite.de

**VERTRETER FACHKLINIKEN PSYCHIATRIE,
PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHOSOMATIK**

Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer, Ingolstadt
TEL 0841.880 2200 | FAX 0841.880 2209
thomas.pollmaecher@klinikum-ingolstadt.de

**VERTRETER PSYCHIATRISCHE KLINIKEN
AN ALLGEMEINKRANKENHÄUSERN**

Prof. Dr. med. Arno Deister, Itzehoe
TEL 04821.772 2800 | FAX 04821.772 2809
a.deister@kh-itzehoe.de

VERTRETER BVDP

Dr. med. Frank Bergmann, Aachen
TEL 0241.36 330 | FAX 0241.404 972
bergmann@bvdp-nordrhein.de

VERTRETER BVDP

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim, Andernach
TEL 0160.9779 6487
dgppn@dr-roth-sackenheim.de

VERTRETER JUNGE PSYCHIATER

Dr. med. Berend Malchow, München
TEL 089.5160 5511 | FAX 089.5160 4749
berend.malchow@med.uni-muenchen.de

GESCHÄFTSFÜHRERIN

Dipl.-Biol. Juliane Amlacher, Berlin
TEL 030.240 4772-16 | FAX 030.240 4772-29
j.amlacher@dgppn.de

HYPOVEREINSBANK MÜNCHEN

BLZ 700 202 70 | KONTO 509 511
VR 26854B, Amtsgericht | Berlin-Charlottenburg

2. Kann eine Therapie Suizidalität verhindern?

Jede erfolgreiche Therapie, ob Pharmako- oder Psychotherapie, kann Suizidalität verhindern; das gilt insbesondere für eine Behandlung mit SSRI. So zeigten Gibbons et al. (2012) in einer groß angelegten Meta-Analyse aus 51 randomisierten Placebo-Studien mit insgesamt über 9000 Patienten aller Altersgruppen, die entweder mit Fluoxetin oder mit Venlafaxin behandelt worden waren, dass bei erwachsenen und geriatrischen Patienten mit der Behandlung die Suizidalität signifikant stärker als unter Placebo abnahm, wobei dies mit der Besserung der Depression einherging. Grundlage für diese Analyse waren alle registrierten, von der Industrie beauftragten placebo-kontrollierten Studien. Bei Erwachsenen erfordert eine Behandlung mit SSRI vom Arzt trotzdem eine engmaschige Kontrolle von Suizidendenzen, denn gerade zu Beginn einer Behandlung kann sich eine Antriebssteigerung vor der Besserung der Stimmung einstellen. Eine ärztliche psychotherapeutische Begleitung hilft dabei, das Risiko eines Suizidversuchs zu verringern.

Bei Jugendlichen ist die Datenlage dagegen uneinheitlich. Ein Cochrane-Review kommt zu dem Schluss, dass bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (bis 25 Jahren) die Häufigkeit von suizid-assoziierten Ereignissen bei Behandlung mit Antidepressiva um 58% zunimmt (Hetrick, McKenzie, Cox, Simmons, & Merry, 2012). Bridge et al. (2007) dagegen kommen in einer weiteren Meta-Analyse, die sowohl industrieabhängige wie auch industrieunabhängige Studien einbezog, zu dem Ergebnis, dass auch bei Patienten im Alter von unter 19 Jahren „der Nutzen von Antidepressiva weit größer als die Risiken durch Suizidgedanken und Suizidversuche“ ist. Eine Meta-Analyse von Stone und Kollegen (2009), die 372 Studien und fast 100 000 Patienten einschloss, fand ein gesteigertes Suizidrisiko durch SSRI bei Patienten unter 25 Jahren und bestätigt damit die Altersabhängigkeit des Suizidrisikos. Die Behandlung mit SSRI sollte bei Kindern und Jugendlichen daher in der Hand von Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie bleiben.

Suizidopfer werden zudem in viel geringerem Maße mit Antidepressiva behandelt als andere depressiv erkrankte Menschen. Das belegen Daten aus den USA: Insgesamt wurden lediglich 20% der erwachsenen Suizidopfer mit einer Diagnose „Depression“ zum Zeitpunkt des Suizids mit einem Antidepressivum behandelt, bei den Jugendlichen waren es nur 2% (Isacson, Holmgren, & Ahlner, 2005; Leon, Marzuk, Tardiff, & Teres, 2004). Diese Raten belegen sehr deutlich die unzureichenden Behandlungsraten bei Suizidopfern. In Deutschland dürfte ähnliches gelten.

Pharmakotherapie stellt zusammen mit Psychotherapie die Grundlage einer evidenzbasierten Depressionsbehandlung dar und damit auch der Suizidprävention. Gefährlich ist für die Betroffenen dabei nicht die fachkompetente Behandlung, sondern deren Verzögerung, Mangelhaftigkeit oder Ausbleiben.

3. Können SSRI Aggression fördern?

Für einen kausalen Zusammenhang zwischen der Gabe von Antidepressiva und Gewalthandlungen gibt es keinerlei Belege. Psychische Störungen sind generell mit einem erhöhten Risiko auch für (fremd-)aggressive Handlungen assoziiert. Alle verfügbaren Daten weisen darauf hin, dass insbesondere SSRI eher einen aggressionsmindernden Effekt haben. Zahlen für die Niederlande

zeigen beispielsweise, dass im Zeitraum zwischen 1994 und 2008 die Zahl der Suizide und Tötungsdelikte abgenommen hat, während die Verordnungen von Antidepressiva im gleichen Zeitraum zunahm (Bouvy & Liem, 2012). Tardiff et al. (2002) untersuchten alle 129 zwischen 1990 und 1998 untersuchten Fälle von Tötungsdelikten, in denen sich der Täter anschließend selbst das Leben nahm. Sie fanden, dass 2,4% von ihnen zum Tatzeitpunkt ein Antidepressivum eingenommen hatten. Das ist eine deutlich geringere Häufigkeit als man sie nach den Zahlen für die Allgemeinbevölkerung erwartet hätte.

4. Wie sind Suizid oder gesteigerte Aggressivität unter antidepressiver Behandlung zu beurteilen?

In Einzelfällen ist nicht auszuschließen, dass eine Behandlung mit SSRI nicht den gewünschten Erfolg erzielt bzw. diesen nicht schnell genug erwirkt. Dabei kann es auch zu Suizidversuchen, zu aggressiven Impulsen oder zum Suizid kommen; denn suizidales und aggressives Verhalten stellen Symptome der Krankheit „Depression“ dar. Deshalb ist es essentiell, eine solche Therapie bei jedem einzelnen Patienten immer – wie jede andere Arzneimittel- oder Psychotherapie auch – sorgfältig nach Nutzen und Risiken abzuwiegen und zu überwachen. Gerade während der Einstellung auf das Medikament ist ein regelmäßiger Kontakt zwischen behandelndem Arzt und Patient wichtig und kann mögliche Risiken minimieren – insbesondere bei Patienten unter 25 Jahren. Dabei sollte möglichst eine zusätzliche psychotherapeutische Behandlung durch den Arzt erfolgen. Die Möglichkeiten zur Voraussage von suizidalen Handlungen sind dabei aber stets begrenzt.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass manche Patienten trotz und nicht aufgrund der Behandlung mit SSRI suizidal oder aggressiv werden können, während die Behandlung bei den allermeisten Patienten die gewünschte Wirkung zeigt.

5. Die undifferenzierte Warnung vor der Behandlung mit SSRI kann zur Unterversorgung von Menschen mit depressiven Erkrankungen führen

Obwohl die Mehrzahl der Studienergebnisse gegen die These von der Verstärkung von Suizidalität durch die Behandlung mit SSRI sprechen, warnte das britische Gesundheitsministerium im Sommer 2003 vor einer Verordnung von SSRI (mit der Ausnahme von Fluoxetin) an Jugendliche unter 18 Jahren, dem sich wenig später auch die amerikanische Arzneimittelzulassungsbehörde FDA (Food and Drug Administration) mit einer Warnung für Paroxetin bei dieser Patientengruppe anschloss. Im Jahr 2004 ordnete die FDA dann eine sogenannte „Black Box“-Warnung für Antidepressiva an, in der darauf hingewiesen wird, dass die Einnahme bei Patienten unter 25 Jahren vor allem zu Beginn der Behandlung zu Suizidgedanken und suizidalem Verhalten führen könnten. Die FDA dehnte ihre Warnung von Anfang an auf alle Antidepressiva aus, auch auf jene, deren Daten man nicht explizit analysiert hatte. Zuletzt wurde die Warnung 2007 aktualisiert (<http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/InformationbyDrugClass/UCM096273>). Wie Libby et al. (2009) berichteten, wurde die Diagnose einer Depression nach der „Black Box“-Warnung der FDA in den USA seltener gestellt und die Häufigkeit der Verordnung von SSRI nahm ab, obwohl die Warnung gar nicht für Erwachsene galt. Dieses „Spillover“ („Nebenwirkung“) der Warnung bei Kindern und Jugendlichen führte laut Gibbons et al. (Gibbons et al., 2007) dazu, dass in direkter

Folge der offiziellen Warnungen die Zahl der Verschreibungen in den USA und den Niederlanden zwischen 2003 und 2005 um jeweils 22% zurückgingen und im selben Zeitraum die Suizidraten um 49% (Niederlande) und 14% (USA) in die Höhe schnellten.

6. Antidepressiva als „Glückspillen“ zu bezeichnen, ist irreführend und stigmatisierend

Bei den Präparaten aus der Gruppe der Antidepressiva handelt es sich um verschreibungspflichtige Medikamente welche zum Zweck der Heilbehandlung einer manifesten Erkrankung eingesetzt werden. Der tendenziös verwendete Terminus „Glückspille“ ist sachlich unzutreffend. Antidepressiva können kein „Glück“ bewirken, auch nicht bei Menschen ohne psychische Erkrankungen. Stattdessen beseitigen oder mildern Antidepressiva die Krankheit „Depression“. Diese Arzneimittel ermöglichen es im Krankheitsfall, aus negativen Gefühlen und aus Hoffnungslosigkeit zu befreien und damit die Empfänglichkeit für positive Gefühle wieder herzustellen. Antidepressiva lapidar als „Glückspillen“ zu bezeichnen, verharmlost das Leiden der Betroffenen und suggeriert den fehlenden Willen, das eigene Glück auch ohne „Pillen“ selbst in die Hand zu nehmen.

Der Begriff „Glückspille“ suggeriert darüber hinaus die Nähe zu Freizeitdrogen wie Ecstasy oder Speed, die als illegale Rauschmittel mit dem Ziel des Vergnügens eingenommen werden. Diesen Missbrauch mit der kontrollierten Einnahme zur Behandlung einer Erkrankung gleichzusetzen ist gegenüber Menschen mit psychischen Erkrankungen zynisch und inakzeptabel.

Fazit

Suizidalität und Aggression können bei allen psychischen Erkrankungen und vor allem bei Depressionen auftreten. Eine Therapie zur vollständigen Beseitigung von Suizidendenzen gibt es nicht, aber der überwiegende Teil der verfügbaren Daten legt nahe, dass der Nutzen die Risiken der Therapie mit Antidepressiva deutlich überwiegt. Eine Erhöhung der Rate an Suizid und Suizidversuchen bei Erwachsenen durch Antidepressiva, insbesondere SSRI, ist nicht bewiesen. Man muss eher vom Gegenteil ausgehen.

Zur Verminderung des Suizidrisikos ist gerade zu Beginn einer Behandlung sorgfältige Abwägung und Überwachung notwendig. Dazu ist der regelmäßige Kontakt zwischen behandelndem Arzt und Patient unabdingbar, insbesondere bei Patienten unter 25 Jahren. Darüber hinaus ist es selbstverständlich richtig und wichtig, Medikamente vor ihrer Markteinführung zu prüfen, Nebenwirkungen und Risiken von SSRI weiter zu reduzieren und auch verstärkt in Kombinationsbehandlungen aus Pharmako- und Psychotherapie zu investieren.

Die Leidtragenden einer pauschalen und in der Wortwahl tendenziösen Warnung vor Antidepressiva bzw. SSRI sind am Ende die gefährdeten Patienten. Sie profitieren von einer sachlichen und verantwortungsbewussten Aufklärung am meisten.

G. Gründer

A. Meyer-Lindenberg

W. Maier

Literatur

- Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., & Wasserman, D. (2004). Psychiatric diagnoses and suicide: revisiting the evidence. *Crisis, 25*(4), 147-155.
- Bouvy, P. F., & Liem, M. (2012). Antidepressants and lethal violence in the Netherlands 1994-2008. *Psychopharmacology (Berl), 222*(3), 499-506.
- Bridge, J. A., Iyengar, S., Salary, C. B., Barbe, R. P., Birmaher, B., Pincus, H. A., Brent, D. A. (2007). Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA, 297*(15), 1683-1696.
- Gibbons, R. D., Brown, C. H., Hur, K., Marcus, S. M., Bhaumik, D. K., Erkens, J. A., Mann, J. J. (2007). Early evidence on the effects of regulators' suicidality warnings on SSRI prescriptions and suicide in children and adolescents. *Am J Psychiatry, 164*(9), 1356-1363.
- Gibbons, R. D., Hur, K., Brown, C. H., Davis, J. M., & Mann, J. J. (2012). Benefits from antidepressants: synthesis of 6-week patient-level outcomes from double-blind placebo-controlled randomized trials of fluoxetine and venlafaxine. *Arch Gen Psychiatry, 69*(6), 572-579.
- Henriksson, M. M., Aro, H. M., Marttunen, M. J., Heikkinen, M. E., Isometsa, E. T., Kuoppasalmi, K. I., & Lonnqvist, J. K. (1993). Mental disorders and comorbidity in suicide. *Am J Psychiatry, 150*(6), 935-940.
- Hetrick, S. E., McKenzie, J. E., Cox, G. R., Simmons, M. B., & Merry, S. N. (2012). Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev, 11*, CD004851.
- Isacsson, G., Holmgren, P., & Ahlner, J. (2005). Selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants and the risk of suicide: a controlled forensic database study of 14,857 suicides. *Acta Psychiatr Scand, 111*(4), 286-290.
- Leon, A. C., Marzuk, P. M., Tardiff, K., & Teres, J. J. (2004). Paroxetine, other antidepressants, and youth suicide in New York City: 1993 through 1998. *J Clin Psychiatry, 65*(7), 915-918.
- Libby, A. M., Orton, H. D., & Valuck, R. J. (2009). Persisting decline in depression treatment after FDA warnings. *Arch Gen Psychiatry, 66*(6), 633-639.
- Rich, C. L., Young, D., & Fowler, R. C. (1986). San Diego suicide study. I. Young vs old subjects. *Arch Gen Psychiatry, 43*(6), 577-582.
- Stone, M., Laughren, T., Jones, M. L., Levenson, M., Holland, P. C., Hughes, A., Rochester, G. (2009). Risk of suicidality in clinical trials of antidepressants in adults: analysis of proprietary data submitted to US Food and Drug Administration. *BMJ, 339*, b2880.
- Tardiff, K., Marzuk, P. M., & Leon, A. C. (2002). Role of antidepressants in murder and suicide. *Am J Psychiatry, 159*(7), 1248-1249.