

Mehr Wissen: Wie wirksam sind Antidepressiva?

Antidepressiva sind wie die Psychotherapie ein wichtiger Baustein bei der Behandlung von Depressionen. Sie sollen die Beschwerden lindern und Rückfällen vorbeugen.

Es gibt unterschiedliche Ansichten dazu, wie hilfreich Antidepressiva sind, um die Symptome einer Depression zu lindern. Manche zweifeln an ihrer Wirksamkeit, andere halten sie für unverzichtbar. Dabei ist es bei diesen Medikamenten wie mit vielen anderen Behandlungen auch: Sie können in bestimmten Situationen helfen, in anderen nicht. Wirksam sind sie bei mittelschweren, schweren und chronischen Depressionen, bei leichten vermutlich nicht. Außerdem können sie Nebenwirkungen haben. Wichtig ist, die Vor- und Nachteile einer Behandlung mit Antidepressiva gemeinsam mit der Ärztin oder dem Arzt abzuwägen.

Ziel einer Behandlung mit Antidepressiva ist es vor allem, die depressiven Beschwerden wie starke Niedergeschlagenheit und Erschöpfung zu beseitigen und ein erneutes Auftreten zu vermeiden. Die Medikamente sollen helfen, das seelische Gleichgewicht wieder zu erreichen und einen normalen Alltag gestalten zu können. Sie sollen aber auch innere Unruhe, Angst, Schlafstörungen oder Gedanken an Selbsttötung (Suizid) lindern.

Dieser Text beschäftigt sich mit der medikamentösen Behandlung der häufigsten depressiven Erkrankung, der sogenannten unipolaren Depression. Die Therapie einer manisch-depressiven Erkrankung (bipolare Störung) wird hier nicht beschrieben.

Welche Antidepressiva gibt es?

Zur Behandlung von Depressionen stehen viele verschiedene Wirkstoffe zur Verfügung, die sich zu unterschiedlichen Gruppen zusammenfassen lassen. Dieser Text informiert vor allem über die folgenden, am häufigsten verwendeten Antidepressiva:

- trizyklische Antidepressiva (TZA)
- selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)
- selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI)

Trizyklische Antidepressiva sind am längsten auf dem Markt. Sie werden als Antidepressiva der ersten Generation bezeichnet. SSRI und SSNRI gehören zu den Antidepressiva der zweiten Generation.

Weniger häufig verschrieben werden:

- Alpha-2-Rezeptor-Antagonisten
- Monoaminoxidase(MAO)-Hemmer
- selektive-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer
- selektive Noradrenalin-/Dopamin-Wiederaufnahmehemmer
- Melatonin-Rezeptor-Agonist und Serotonin-5-HT_{2C}-Rezeptor-Antagonist

Darüber hinaus gibt es Medikamente wie Trazodon und Lithium, die keiner Gruppe zugeordnet werden; außerdem pflanzliche Arzneimittel wie das Johanniskraut.

Wie wirken Antidepressiva?

Nervenzellen des Gehirns verwenden verschiedene Botenstoffe, um Reize weiterzuleiten. Auch wenn noch nicht alle Details geklärt sind, gehen Fachleute davon aus, dass bei einer Depression das Gleichgewicht von bestimmten Botenstoffen wie zum Beispiel Serotonin verändert ist und manche Nervenverbindungen deshalb gehemmt sind. Antidepressiva sollen die Verfügbarkeit dieser Botenstoffe im Gehirn wieder verbessern. Die verschiedenen Wirkstoffe erreichen dies auf unterschiedliche Weise.

Wie verläuft die Behandlung?

Antidepressiva werden normalerweise täglich eingenommen. In den ersten Wochen und Monaten geht es darum, die Beschwerden zu lindern und die Depression möglichst zum Verschwinden zu bringen. Wenn dieses Ziel erreicht ist, wird die Behandlung noch mindestens vier bis neun Monate fortgesetzt. Diese sogenannte Erhaltungstherapie ist wichtig, um erneuten Beschwerden vorzubeugen. Manchmal werden die Medikamente auch noch länger eingenommen, um Rückfälle zu vermeiden (Rückfallprophylaxe). Die Dauer der Einnahme hängt unter anderem davon ab, wie sich die Beschwerden entwickeln und ob ein erhöhtes Rückfallrisiko besteht. Manche Menschen nehmen über mehrere Jahre Antidepressiva.

Während der Behandlung sind regelmäßige Arztbesuche wichtig. Dabei wird besprochen, ob sich die Beschwerden gebessert haben und ob Nebenwirkungen aufgetreten sind. Wenn nötig, wird die Medikamentendosis angepasst. Keinesfalls sollte man die Dosierung der Tabletten selbstständig erhöhen oder verringern: Das kann dazu führen, dass die Tabletten nicht ausreichend wirken oder mehr Nebenwirkungen auslösen.

Zum Ende der Behandlung wird die Dosis über Wochen allmählich verringert. Es kann beim Absetzen vorübergehend zu Schlafstörungen, Übelkeit oder Unruhe kommen. Solche Beschwerden treten vor allem dann auf, wenn Antidepressiva abrupt abgesetzt werden. Ein eigenständiges Absetzen der Medikamente, sobald es einem besser geht, erhöht außerdem das Risiko für ein erneutes Auftreten der Depression. Anders als viele Schlaf- und Beruhigungsmittel machen Antidepressiva aber nicht körperlich abhängig oder süchtig.

Wie gut lindern Antidepressiva die Beschwerden?

Es gibt zwar viele verschiedene Wirkstoffe gegen Depressionen. Wie gut ein bestimmtes Medikament aber einem einzelnen Menschen hilft, ist schwer vorhersehbar. Ärztinnen und Ärzte schlagen deshalb zu Beginn einer Behandlung oft einen Wirkstoff vor, den sie als wirksam und relativ verträglich einschätzen. Hilft das Medikament nicht wie erwartet, besteht die Möglichkeit, auf ein anderes zu wechseln. Manchmal müssen erst verschiedene Mittel ausprobiert werden, um ein wirksames zu finden.

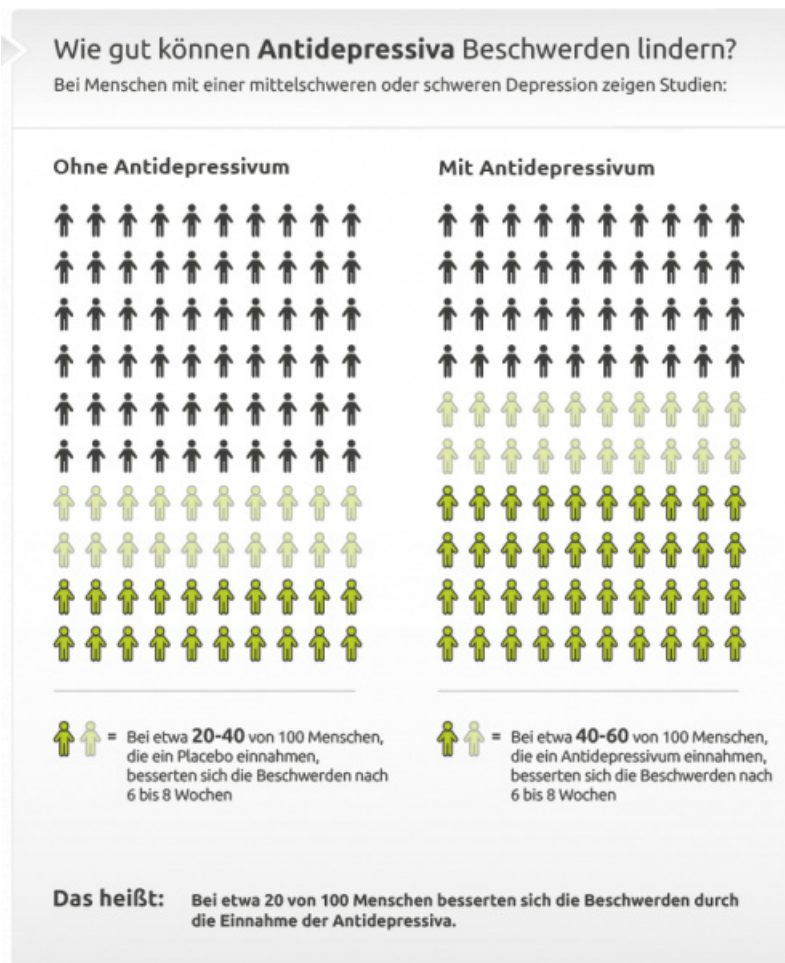
Studien zeigen, dass der Nutzen vom Schweregrad der Depression abhängt: Je schwerer eine Depression, desto eher überwiegen die Vorteile. Das heißt, bei chronischen, mittelschweren und schweren Depressionen sind Antidepressiva wirksam. Bei leichten Depressionen ist ihr Nutzen zweifelhaft.

Die verschiedenen Antidepressiva wurden bereits in vielen Studien miteinander verglichen. Insgesamt schnitten die häufig eingesetzten trizyklischen Antidepressiva, SSRI und SSNRI dabei ähnlich ab. Für Erwachsene mit einer mittelschweren oder schweren Depression zeigen Studien:

Ohne Antidepressiva: Bei etwa 20 bis 40 von 100 Menschen, die Tabletten ohne Wirkstoff (Placebos) einnahmen, besserten sich die Beschwerden innerhalb von sechs bis acht Wochen.

Mit Antidepressiva: Bei etwa 40 bis 60 von 100 Menschen, die ein Antidepressivum einnahmen, besserten sich die Beschwerden innerhalb von sechs bis acht Wochen.

Das bedeutet: Bei zusätzlich etwa 20 Menschen besserten sich die Beschwerden durch die Einnahme der Antidepressiva.



Antidepressiva können auch lange anhaltende depressive Beschwerden (chronisch depressive Verstimmung (Dysthymie) oder chronische Depression) lindern und zu ihrem Verschwinden beitragen.

Die Wirkung eines Antidepressivums kann schon innerhalb von ein bis zwei Wochen einsetzen. Es kann aber auch länger dauern, bis sich die depressiven Beschwerden bessern.

Die Behandlung kann außerdem um ein zusätzliches Medikament erweitert werden. Vielleicht gelingt es damit, die Beschwerden zu lindern – eine Garantie dafür gibt jedoch kein Antidepressivum. Bei manchen Menschen dauert es längere Zeit, bis ihnen ein Mittel hilft. Bei anderen bleiben die Beschwerden auch nach mehreren Versuchen mit unterschiedlichen Medikamenten bestehen. Gemeinsam mit der Ärztin oder dem Arzt kann dann besprochen werden, welche Behandlungsalternativen infrage kommen.

Wie gut beugen Antidepressiva Rückfällen vor?

Um Rückfällen vorzubeugen, werden Antidepressiva meist über etwa ein bis zwei Jahre, manchmal auch länger, eingenommen. Eine Rückfallprophylaxe kann für Menschen sinnvoll sein, die

- schon mehrere Rückfälle erlebt haben,
- einen Rückfall unbedingt vermeiden wollen oder
- eine chronische Depression haben.

Studien mit Erwachsenen zeigen, dass die Einnahme von häufig eingesetzten Antidepressiva wie TZA, SSRI und SSNRI das Risiko für Rückfälle senkt, sie aber nicht ganz verhindern kann:

Ohne Prophylaxe: Etwa 50 von 100 Menschen, die ein Placebo einnahmen, hatten innerhalb von ein bis zwei Jahren einen Rückfall.

Mit Prophylaxe: Etwa 23 von 100 Menschen, die ein Antidepressivum einnahmen, hatten in dieser Zeit einen Rückfall.

Durchschnittlich 27 von 100 Menschen konnten also durch eine längere Einnahme einem Rückfall vorbeugen.



Welche Nebenwirkungen haben Antidepressiva?

Wie alle Medikamente können auch Antidepressiva Nebenwirkungen haben. Über die Hälfte der Menschen berichtet bei der Behandlung mit Antidepressiva davon. Sie treten meist in den ersten Wochen der Einnahme auf, später zeigen sie sich dann seltener.

Einige Nebenwirkungen hängen vermutlich direkt von der Wirkung der Mittel auf das Gehirn ab und sind bei verschiedenen Wirkstoffen einer Gruppe relativ ähnlich. Während der Einnahme von Antidepressiva berichten Patientinnen und Patienten zum Beispiel über Mundtrockenheit, Kopfschmerzen, Kreislaufprobleme, innere Unruhe und Störungen der Sexualität. Solche Beschwerden werden oft als Nebenwirkungen der Medikamente wahrgenommen. Manche dieser Symptome könnten aber auch Folgen der Depression sein.

Ob, wie häufig und welche Nebenwirkungen auftreten, hängt außer vom Zeitpunkt der Behandlung auch vom Wirkstoff und der jeweiligen Dosierung ab. Außerdem reagiert jeder Mensch etwas anders. Das Risiko für Nebenwirkungen steigt, wenn zusätzlich noch andere Medikamente eingenommen werden. Dann kann ein Mittel die Nebenwirkungen des anderen verstärken. Solche Wechselwirkungen kommen häufig bei älteren Menschen oder Menschen mit anderen chronischen Erkrankungen vor, die mehrere Medikamente einnehmen.

Es ist deshalb wichtig, die Vor- und Nachteile der einzelnen Präparate mit der Ärztin oder dem Arzt genau zu besprechen.

Manche Nebenwirkungen sind bei bestimmten Wirkstoffen häufiger:

SSRI führen häufiger als trizyklische Antidepressiva zu Durchfall, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und Übelkeit.

Trizyklische Antidepressiva führen häufiger als SSRI zu Sehstörungen, Verstopfung, Schwindel, trockenem Mund, Zittern und Problemen beim Wasserlassen.

Die Nebenwirkungen der trizyklischen Antidepressiva sind oft belastender als die der SSRI oder SNRI. Deshalb wird die Einnahme trizyklischer Antidepressiva eher wieder abgebrochen: In Studien taten dies etwa 15 von 100 Menschen – im Vergleich zu ungefähr 10 von 100 Menschen, die SSRI einnahmen. Zudem besteht bei trizyklischen Antidepressiva eher die Gefahr, dass es infolge einer Überdosierung zu schweren Nebenwirkungen kommt.

Schwere Nebenwirkungen

Antidepressiva können Schwindel und Gangunsicherheit auslösen und damit vor allem bei älteren Menschen das Risiko für Stürze und Knochenbrüche erhöhen. Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten können dieses Risiko noch verstärken.

Bei sehr wenigen Menschen ist es während der Einnahme von Antidepressiva zu Herzproblemen, epileptischen Anfällen oder Leberschäden gekommen. Man vermutet, dass es sich dabei um seltene Nebenwirkungen von Antidepressiva gehandelt hat. Verschiedene Studien deuten darauf hin, dass Jugendliche häufiger an Selbsttötung (Suizid) denken, wenn sie SSRI oder SSNRI einnehmen und auch häufiger tatsächlich versuchen, sich das Leben zu nehmen. Jugendliche sollten deshalb in der ersten Zeit der Behandlung vorsichtshalber öfter zu ihrer Ärztin, ihrem Arzt oder Therapeuten gehen, damit Anzeichen für eine Suizidgefährdung frühzeitig erkannt werden können.

Was ist bei der Entscheidung für ein Antidepressivum wichtig?

Ob Antidepressiva zur Behandlung infrage kommen, hängt unter anderem von der Stärke der Beschwerden ab. Weitere Aspekte können eine Rolle spielen:

Wird gleichzeitig eine Psychotherapie gemacht oder ist eine geplant?

Wurden früher schon Antidepressiva genommen und haben diese geholfen?

Wie schwer wiegen die Nebenwirkungen im Verhältnis zum möglichen Nutzen?

Bei der Entscheidung für ein bestimmtes Mittel kann auch die Frage nach den Nebenwirkungen ausschlaggebend sein: Die einen stören vielleicht eher mögliche Verdauungsbeschwerden. Andere möchten vielleicht eher Schwindel, sexuelle Unlust oder Erektionsstörungen vermeiden.

Die entscheidende Voraussetzung für den sinnvollen Einsatz von Antidepressiva ist eine sorgfältig gestellte Diagnose. Fachleute gehen davon aus, dass manchen Menschen die Mittel unnötigerweise verschrieben werden. Ein Hinweis dafür ist unter anderem, dass heute deutlich mehr Menschen Antidepressiva einnehmen als früher. So werden die Medikamente manchmal schon bei leichteren Beschwerden eingesetzt, obwohl Vorteile dann zweifelhaft sind.

Auf der anderen Seite ist es wichtig, dass eine schwere Depression erkannt und ausreichend behandelt wird. Hier können Antidepressiva hilfreich sein und manche Menschen zum Beispiel erst in die Lage versetzen, ihren Alltag zu gestalten oder eine Psychotherapie zu beginnen.

Quellen

Arroll B, Elley CR, Fishman T, Goodyear-Smith FA, Kenealy T, Blashki G et al. Antidepressants versus placebo for depression in primary care. Cochrane Database Syst Rev 2009; (3): CD007954.

Barbui C, Cipriani A, Patel V, Ayuso-Mateos JL, van Ommeren M. Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: systematic review and meta-analysis. Br J Psychiatry 2011; 198(1): 11-16.

Barbui C, Esposito E, Cipriani A. Selective serotonin reuptake inhibitors and risk of suicide: a systematic review of observational studies. CMAJ 2009; 180(3): 291-297.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) u.a. Unipolare Depression. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie. Version 4. Oktober 2016.

Dowrick C, Frances A. Medicalising unhappiness: new classification of depression risks more patients being put on drug treatment from which they will not benefit. BMJ 2013; 347: f7140.

Fergusson D, Doucette S, Glass KC, Shapiro S, Healy D, Hebert P et al. Association between suicide attempts and selective serotonin reuptake inhibitors: systematic review of randomised controlled trials. BMJ 2005; 330(7488): 396.

Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. JAMA 2010; 303(1): 47-53.

Furukawa T, McGuire H, Barbui C. Low dosage tricyclic antidepressants for depression. Cochrane Database Syst Rev 2003; (3): CD003197.

Gartlehner G, Gaynes BN, Amick HR, Asher G, Morgan LC, Coker-Schwimmer E et al. Nonpharmacological versus pharmacological treatments for adult patients with major depressive disorder. AHRO 2015. Comparative Effectiveness Review (161).

Gartlehner G, Hansen RA, Morgan LC, Thaler K, Lux LJ, Noord M et al. Second-generation antidepressants in the pharmacologic treatment of adult depression: an update of the 2007 comparative effectiveness review. AHRO 2011. Comparative Effectiveness Review (46).

Geddes JR, Carney SM, Davies C, Furukawa TA, Kupfer DJ, Frank E et al. Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. Lancet 2003; 361(9358): 653-661.

Hansen R, Gaynes B, Thieda P, Gartlehner G, Deveaugh-Geiss A, Krebs E et al. Meta-analysis of major depressive disorder relapse and recurrence with second-generation antidepressants. Psychiatr Serv 2008; 59(10): 1121-1130.

Hetrick SE, McKenzie JE, Cox GR, Simmons MB, Merry SN. Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents. Cochrane Database Syst Rev 2012; (11): CD004851.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Bupropion, Mirtazapin und Reboxetin bei der Behandlung der Depression: Abschlussbericht; Auftrag A05-20C. 09.11.2009. (IQWiG-Berichte; Band 68).

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) bei Patienten mit Depressionen: Abschlussbericht; Auftrag A05-20A. 17.06.2009. (IQWiG-Berichte; Band 55).

Linde K, Kriston L, Rücker G, Jamil S, Schumann I, Meissner K et al. Efficacy and acceptability of pharmacological treatments for depressive disorders in primary care: systematic review and network meta-analysis. Ann Fam Med 2015; 13(1): 69-79.

Rayner L, Price A, Evans A, Valsraj K, Higginson IJ, Hotopf M. Antidepressants for depression in physically ill people. Cochrane Database Syst Rev 2010; (3): CD007503.

Stolk P, Ten Berg MJ, Hemels ME, Einarson TR. Meta-analysis of placebo rates in major depressive disorder trials. Ann Pharmacother 2003; 37(12): 1891-1899.

Turner EH, Matthews AM, Linardatos E, Tell RA, Rosenthal R. Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. N Engl J Med 2008; 358(3): 252-260.

von Wolff A, Hölzel LP, Westphal A, Härter M, Kriston L. Selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants in the acute treatment of chronic depression and dysthymia: a systematic review and meta-analysis. J Affect Disord 2013; 144(1-2): 7-15.

Walsh BT, Seidman SN, Sysko R, Gould M. Placebo response in studies of major depression: variable, substantial, and growing. JAMA 2002; 287(14): 1840-1847.

Williams JW, Mulrow CD, Chiquette E, Noël PH, Aquilar C, Cornell J. A systematic review of newer pharmacotherapies for depression in adults: evidence report summary. Ann Intern Med 2000; 132(9): 743-756.

IQWiG-Gesundheitsinformationen sollen helfen, Vor- und Nachteile wichtiger Behandlungsmöglichkeiten und Angebote der Gesundheitsversorgung zu verstehen.

Ob eine der von uns beschriebenen Möglichkeiten im Einzelfall tatsächlich sinnvoll ist, kann im Gespräch mit einer Ärztin oder einem Arzt geklärt werden. Wir bieten keine individuelle Beratung.

Unsere Informationen beruhen auf den Ergebnissen hochwertiger Studien. Sie sind von einem Team aus Medizin, Wissenschaft und Redaktion erstellt und von Expertinnen und Experten außerhalb des IQWiG begutachtet. Wie wir unsere Texte erarbeiten und aktuell halten, beschreiben wir ausführlich in unseren Methoden.

BIG direkt gesund 2020 - 0800 54565456 Kostenloser 24h-Direktservice