

Deprescribing Antidepressiva: Tipps & Tricks für den Praktiker

Dr. med. Sebastian Fischer
Facharzt für Psychiatrie & Psychotherapie
Ltd. Arzt, Psychiatrische Dienste Luzern

Luzerner
Psychiatrie **lups.ch**

Luzern / Obwalden / Nidwalden

Vortrag: Klinik St. Urban,
Donnerstag, 03.09.2026



Absetzen von Antidepressiva– Pearls & Pitfalls in der Praxis

Pharmakotherapie

- erwünschte Hauptwirkung
- Nebenwirkungen
- unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)
- Intoxikationssymptome

Absetzen

- Entzugssymptome («Absetzsymptome» ↔ Sucht)
- Wiederkehr der Erkrankung
- Rebound



Eigentlich kein neues Thema! Bereits kurz nach Einführung der Antidepressiva beschrieben (Andersen & Kristiansen, 1959; Kramer et al., 1961), die erste Übersicht gab es Anfang der 80er (Dilsalver et al., 1984), aber erst in den letzten Jahren rückt die Problematik in den Fokus (Bschor & Kleemann, 2022).

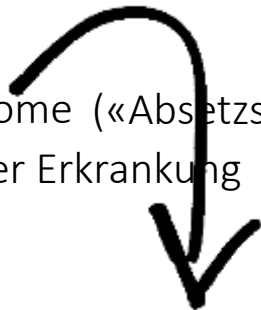
Absetzen von Antidepressiva– Pearls & Pitfalls in der Praxis

Pharmakotherapie

- erwünschte Hauptwirkung
- Nebenwirkungen
- unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW)
- Intoxikationssymptome

Absetzen

- Entzugssymptome («Absetzsymptome» ↔ Sucht)
- Wiederkehr der Erkrankung
- Rebound



Sie können einer Depression ähneln, was die Unterscheidung von der Wiederkehr der Erkrankung schwierig machen kann, komplizierend kann auch eine «neue» Depression provoziert werden: 3 Differentialdiagnosen!

Substanzübergreifende Abhängigkeitskriterien nach ICD-10

Überbegriffe	Diagnostische Kriterien
<u>3 von 6</u> der Kriterien müssen in <u>den letzten 12 Monaten gleichzeitig</u> vorhanden gewesen sein	
 1. Starkes Verlangen	Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren
 2. Kontrollverlust	Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
 3. Entzugssymptome	Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums
 4. Toleranzentwicklung	Nachweis einer Toleranz, d.h., um die ursprünglich durch niedrige Dosen erreichte Wirkung hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich
 5. Einengung	Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Alkoholkonsums oder erhöhter Zeitaufwand, um diese zu beschaffen oder sich von den Folgen zu erholen
 6. Fortgesetzter Konsum	Anhaltender Alkoholkonsum trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen
Quellenangaben: Weltgesundheitsorganisation (WHO): ICD-10. Hans Huber, 2010	

Bschor et al., 2022; Henssler et al., 2019



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Substanzübergreifende
Abhängigkeitskriterien nach ICD-10

Überbegriffe	Diagnostische Kriterien
3 von 6 der Kriterien müssen in <u>den letzten 12 Monaten gleichzeitig</u> vorhanden gewesen sein	
1. Starkes Verlangen	Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, Alkohol zu konsumieren
2. Kontrollverlust	Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums
3. Entzugssymptome	Ein körperliches Entzugssyndrom, d.h., ein bestimmter Konsumgang oder Reduktion des Konsums führt zu charakteristischen Symptomen
4. Toleranzentwicklung	Nachwachsen der Wirkung, d.h., um die ursprünglich durch niedrige Dosen hervorgerufenen Wirkungen hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich
5. Vernachlässigung	Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Alkoholkonsums oder erhöhter Zeitaufwand, um diese zu beschaffen oder sich von den Folgen zu erholen
6. Fortgesetzter Konsum	Anhaltender Alkoholkonsum trotz des Nachweises eindeutiger schädlicher Folgen

Abhängigkeit von Antidepressiva ≠ Sucht!

Quellenangaben: Weltgesundheitsorganisation (WHO): ICD-10. Hans Huber, 2010

Abhängigkeit von Antidepressiva ≠ Sucht!

Discontinuation-Emergent Signs and Symptoms (DESS) Scale

Since the last visit, have you experienced any changes in the following symptoms? (Please check only one response for each symptom)

SYMPTOM	(1) NEW SYMPTOM	(2) OLD SYMPTOM BUT WORSE	(3) OLD SYMPTOM BUT IMPROVED	(4) OLD SYMPTOM BUT UNCHANGED	(5) SYMPTOM NOT PRESENT
1. Nervousness or anxiety					
2. Elevated mood, feeling high					
3. Irritability					
4. Sudden worsening of mood					
5. Sudden outbursts of anger ("anger attacks")					
6. Sudden panic or anxiety attacks					
7. Bouts of crying or tearfulness					
8. Agitation					
9. Feeling unreal or detached					
10. Confusion or trouble concentrating					
11. Forgetfulness or problems with memory					
12. Mood swings					
13. Trouble sleeping, insomnia					
14. Increased dreaming or nightmares					
15. Sweating more than usual					
16. Shaking, trembling					
17. Muscle tension or stiffness					
18. Muscle aches or pains					
19. Restless feeling in legs					
20. Muscle cramps, spasms, or twitching					
21. Fatigue, tiredness					
22. Unsteady gait or incoordination					
23. Blurred vision					
24. Sore eyes					
25. Uncontrollable mouth/tongue movements					
26. Problems with speech or speaking clearly					
27. Headache					
28. Increased saliva in mouth					
29. Dizziness, lightheadedness, or sensation of spinning (vertigo)					
30. Nose running					
31. Shortness of breath, gasping for air					
32. Chills					
33. Fever					
34. Vomiting					
35. Nausea					
36. Diarrhea					
37. Stomach cramps					
38. Stomach bloating					
39. Unusual visual sensations (light, colors, geometric shapes)					
40. Burning, numbness, tingling sensations					
41. Unusual sensitivity to sound					
42. Ringing or noises in the ears					
43. Unusual tastes or smells					

Copyright © Massachusetts General Hospital.

Rosenbaum, J.F., Fava, M., Hoog, S.L. et. al. Selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation syndrome: a randomized clinical trial. *Biological Psychiatry*, 1988, 44, 77-87.

Viel zu
unübersichtlich!



Absetzsymptome bei SSRI (Fava et al., 2015)

Discontinuation-Emergent Signs and Symptoms (DESS) Scale

Since the last visit, have you experienced any changes in the following symptoms? (Please check only one response for each symptom)

SYMPTOM	(1) NEW SYMPTOM	(2) OLD SYMPTOM BUT WORSE	(3) OLD SYMPTOM BUT IMPROVED	(4) OLD SYMPTOM BUT UNCHANGED	(5) SYMPTOM NOT PRESENT
1. Nervousness or anxiety					
2. Elevated mood, feeling high					
3. Irritability					
4. Sudden worsening of mood					
5. Sudden outbursts of anger ("anger attacks")					
6. Sudden panic or anxiety attacks					
7. Bouts of crying or tearfulness					
8. Agitation					
9. Feeling unreal or detached					
10. Confusion or trouble concentrating					
11. Feeling of being "out of control"					

Viel zu
unübersichtlich!



Absetzsymptome bei SSRI (Fava et al., 2015)

Sensible Symptome so wie
Stromschläge, das ist
relativ charakteristisch!

Eine ganz Bandbreite
affektiver Symptome:
Rezidiv der Depression?

System involved	Symptoms
General	Flu-like symptoms, fatigue, weakness, tiredness, headache, tachycardia, dyspnea
Balance	Gait instability, ataxia, dizziness, light-headedness, vertigo
Sensory	Paresthesias, electric-shock sensations, myalgias, neuralgias, tinnitus, altered taste, pruritus
Visual	Visual changes, blurred vision
Neuromotor	Tremor, myoclonus, ataxia, muscle rigidity, jerkiness, muscle aches, facial numbness
Vasomotor	Sweating, flushing, chills
Sleep	Insomnia, vivid dreams, nightmares, hypersomnia, lethargy
Gastrointestinal	Nausea, vomiting, diarrhea, anorexia, abdominal pain
Affective	Anxiety, agitation, tension, panic, depression, intensification of suicidal ideation, irritability, impulsiveness, aggression, anger, bouts of crying, mood swings, derealization and depersonalization
Psychotic	Visual and auditory hallucinations
Cognitive	Confusion, decreased concentration, amnesia
Sexual	Genital hypersensitivity, premature ejaculation

30. Nose running					
31. Shortness of breath, gasping for air					
32. Chills					
33. Fever					
34. Vomiting					
35. Nausea					
36. Diarrhea					
37. Stomach cramps					
38. Stomach bloating					
39. Unusual visual sensations (light, colors, geometric shapes)					
40. Burning, numbness, tingling sensations					
41. Unusual sensitivity to sound					
42. Ringing or noises in the ears					
43. Unusual tastes or smells					

Copyright © Massachusetts General Hospital.

Rosenbaum, J.F., Fava, M., Hoog, S.L. et. al. Selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation syndrome: a randomized clinical trial. *Biological Psychiatry*, 1988, 44, 77-87.

Typische Absetzsymptome nach Beendigung von Antidepressiva

Absetzsymptome mit Ähnlichkeit zu depressiver Symptomatik	Absetzsymptome, die nicht mit depressiven Symptomen verwechselt werden können
▪ Aggression ▪ Angst ▪ Appetitlosigkeit ▪ Bauchschmerzen ▪ Benommenheit ▪ Erschöpfung ▪ gedrückte Stimmung ▪ innere Anspannung ▪ Kopfschmerzen ▪ Müdigkeit ▪ rasche Stimmungsschwankungen ▪ Schlafstörungen ▪ Schwäche ▪ Schwitzen ▪ Unruhe ▪ Weinanfälle ▪ Zunahme von Suizidgedanken	▪ Ataxie ▪ Gangunsicherheit und Gleichgewichtsstörungen ▪ Geschmacksveränderungen ▪ Juckreiz ▪ Muskelschmerzen ▪ Myoklonie ▪ optische oder akustische Halluzinationen ▪ Parästhesien, die sich beispielsweise wie elektrische Schläge anfühlen ▪ Tinnitus ▪ verschwommenes Sehen ▪ Verwirrung und Gedächtnisstörungen ▪ vorzeitige Ejakulation ▪ Zittern

sehr diskriminativ!

Bschor & Kleemann, 2022



**Absetzsymptome oder Rezidiv der Depression?
Diese Unterscheidung ist klinisch von enormer
Bedeutung.**



Vielleicht hilft das ja ein bisschen, damit wir uns die Absetzsymptome besser merken können.

Die Amerikaner lieben Akronyme, deshalb gibt es die Eselsbrücke „FINISH“ als Akronym für 6 Gruppen von Entzugssymptomen beim Absetzen von Antidepressiva:

- Flu-like symptoms
grippeähnliche Symptome
- Insomnia
Schlafstörungen, intensive (Alp-)Träume
- Nausea
Übelkeit, Erbrechen
- Imbalance
Gleichgewichtsstörungen, Schwindel
- Sensory disturbances
Parästhesien, Dysästhesien: Stromschläge
- Hyperarousal
Ängstlichkeit, Agitation, Reizbarkeit

Der Begriff **«brain zaps»** entstand in Chatforen im Internet, ist aber inzwischen fester Bestandteil der psychiatrischen Fachliteratur, z. B. Aronson, 2005; Cortes & Radhakrishnan, 2013; Hengartner et al., 2020; Papp et al., 2018; Papp et al., 2023; Shapiro et al., 2023; Stockmann et al., 2018.

- recht häufig, aber nicht Teil der DESS-Skala!
- **aktiv erfragen**, da vielen Patienten der Zusammenhang mit dem Absetzen von Antidepressiva nicht klar ist!



 **YouTube** © Trey Jones

«I felt this crazy buzzing sensation in my head as if someone had attached jumper cables to my ears sending electric shocks to my brain.»

Bottled lightning

Minerva recently drew the attention of readers of the *BMJ* to a report of a symptom that patients have described as “brain shivers”—attributed to venlafaxine and other antidepressants and also after venlafaxine withdrawal.¹ Other terms that have been used to describe this symptom are “electric brain thingies,” “brain zaps,” and “brain flips.”

The author of the report traced the earliest use of the term “brain shivers” to 1999, but the symptom is not perhaps as new as that. It may be the same as the symptoms of electric shocks and fizzing in the head that others have described since the early 1980s. When Medawar and Herxheimer surveyed 1370 transcripts of Yellow Card reports of adverse events after withdrawal of paroxetine submitted to the Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA) between 1990 and 2002 they discovered 56 cases of electric shock sensations in the head.² Similar cases were reported in 1998.³ But those who are familiar with the literature on monoamine oxidase inhibitors will recall that in 1980 the same symptom, in some cases relieved by pyridoxine,⁴ was described in patients taking phenelzine.⁵

Nevertheless, these symptoms are not well recognised by doctors. For example, if you search PubMed for the term “brain shivers” you won’t find it. And in some of the transcribed Yellow Card reports that Medawar and Herxheimer surveyed, the term “electric shock” was interpreted as if it meant paraesthesia or something to do with injury through exposure to mains electricity. When the Medicines Control Agency first surveyed 78 Yellow Card reports of symptoms that occurred after the withdrawal of paroxetine, they listed them as including dizziness, sweating, nausea, insomnia, tremor, and confusion.⁶ But among the earliest 78 Yellow Cards that they surveyed, Medawar and Herxheimer identified five reports of “electric shock” sensations—more than for insomnia (3 reports), tremor (3), or confusion (2).

If this symptom is to be recognised and recorded properly we need to give it a name that doctors will respect, and that means

one that is based on Latin or Greek. If the symptoms of electric shocks, fizzing, and brain shivers represent some kind of random discharge of nerve impulses in the brain, lightning would be an appropriate metaphor to use.

The words for lightning in different languages show an amazing range, even across those that are Indo-European in origin—for example, Blitz (German), lampo (Italian), lynglimt (Danish), and foudre (French). An alternative French word is éclair, like the cake, famously defined in *Chambers Dictionary* as being “long in shape and short in duration”; indeed, just like lightning. In Latin, lightning was fulgur or sometimes fulmen, from which we get effulgent and fulminant. And the classical Greek word was astrapē, a word that was used to describe both lightning in the sky and metaphorical lightning in the eyes and as an epithet for Zeus.

I therefore suggest *neurastrapy*, which simply means “nerve lightning” or perhaps *encephalastrapy*, brain lightning. We shall certainly need such a term when somebody does a placebo controlled trial of pyridoxine.

Jeff Aronson *clinical pharmacologist, Oxford*
(jeffrey.aronson@clinpharm.ox.ac.uk)

- 1 Christmas DMB. “Brain shivers”: from chat room to clinic. *Psychiatr Bull* 2005;29:219-21.
- 2 Medawar C, Herxheimer A. A comparison of adverse drug reaction reports from professionals and users, relating to risk of dependence and suicidal behaviour with paroxetine. *Int J Risk Saf Med* 2003;4:16:5-19.
- 3 Bryois C, Rubin C, Zbinden JD, Baumann P. Syndrome de sevrage aux inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine: à propos d'un cas. *Schweiz Rundsch Med Praxis* 1998;87:345-8.
- 4 Stewart JW, Harrison W, Quitkin F, Liebowitz MR. Phenelzine-induced pyridoxine deficiency. *J Clin Psychopharmacol* 1984;4:225-6.
- 5 Sheehan DV, Claycomb JB, Kouretas N. Monoamine oxidase inhibitors: prescription and patient management. *Int J Psychiatry Med* 1980-1;10:99-121.
- 6 Committee on Safety of Medicines & Medicines Control Agency. Dystonia and withdrawal symptoms with paroxetine (Seroxat). *Curr Probl Pharmacovig* 1993;19(Feb):1.

«Brain zaps»: Stromschlagähnliche Missempfindungen im Kopf oder Nacken, die oft in die Extremitäten oder den ganzen Körper ausstrahlen, und von den Patienten als sehr quälend erlebt werden (Degner et al., 2009). Sie können als zentralnervöses Pendant peripherer stromschlagartiger Parästhesien, die bevorzugt die Extremitäten betreffen, gedacht werden («body zaps») und sind genauso diskriminativ für Antidepressiva-bedingte Absetzsymptomatik.



“brain shivers” to 1999, but the symptom is not perhaps as new as that. It may be the same as the symptoms of electric shocks and fizzing in the head that others have described since the early 1980s. When Medawar and Herxheimer surveyed 1370 transcripts of Yellow Card reports of adverse events after withdrawal of paroxetine submitted to the Medicines and Healthcare products Regulatory Agency (MHRA) between 1990 and 2002 they discovered 56 cases of electric shock sensations in the head.² Similar cases were reported in 1998.³ But those who are familiar with the literature on monoamine oxidase inhibitors will recall that in 1980 the same symptom, in some cases relieved by pyridoxine,⁴ was described in patients taking phenelzine.⁵

Nevertheless, these symptoms are not well recognised by doctors. For example, if you search PubMed for the term “brain shivers” you won’t find it. And in some of the transcribed Yellow Card reports that Medawar and Herxheimer surveyed, the term “electric shock” was interpreted as if it meant paraesthesia or something to do with injury through exposure to mains electricity. When the Medicines Control Agency first surveyed 78 Yellow Card reports of symptoms that occurred after the withdrawal of paroxetine, they listed them as including dizziness, sweating, nausea, insomnia, tremor, and confusion.⁶ But among the earliest 78 Yellow Cards that they surveyed, Medawar and Herxheimer identified five reports of “electric shock” sensations—more than for insomnia (3 reports), tremor (3), or confusion (2).

If this symptom is to be recognised and recorded properly we need to give it a name that doctors will respect, and that means

(Danish), and foudre (French). An alternative French word is éclair, like the cake, famously defined in *Chambers Dictionary* as being “long in shape and short in duration”; indeed, just like lightning. In Latin, lightning was fulgur or sometimes fulmen, from which we get effulgent and fulminant. And the classical Greek word was astrapē, a word that was used to describe both lightning in the sky and metaphorical lightning in the eyes and as an epithet for Zeus.

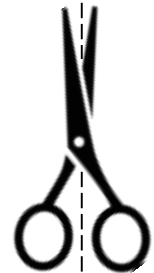
I therefore suggest *neurastrapy*, which simply means “nerve lightning” or perhaps *encephalastrapy*, brain lightning. We shall certainly need such a term when somebody does a placebo controlled trial of pyridoxine.

Jeff Aronson *clinical pharmacologist, Oxford*
(jeffrey.aronson@clinpharm.ox.ac.uk)

- 1 Christmas DMB. “Brain shivers”: from chat room to clinic. *Psychiatr Bull* 2005;29:219-21.
- 2 Medawar C, Herxheimer A. A comparison of adverse drug reaction reports from professionals and users, relating to risk of dependence and suicidal behaviour with paroxetine. *Int J Risk Saf Med* 2003;4:16:5-19.
- 3 Bryois C, Rubin C, Zbinden JD, Baumann P. Syndrome de sevrage aux inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine: à propos d'un cas. *Schweiz Rundsch Med Praxis* 1998;87:345-8.
- 4 Stewart JW, Harrison W, Quitkin F, Liebowitz MR. Phenelzine-induced pyridoxine deficiency. *J Clin Psychopharmacol* 1984;4:225-6.
- 5 Sheehan DV, Claycomb JB, Kouretas N. Monoamine oxidase inhibitors: prescription and patient management. *Int J Psychiatry Med* 1980;1;10:99-121.
- 6 Committee on Safety of Medicines & Medicines Control Agency. Dystonia and withdrawal symptoms with paroxetine (Seroxat). *Curr Probl Pharmacovig* 1993;19(Feb):1.

Charakteristika von Antidepressiva-Absetzsymptomen

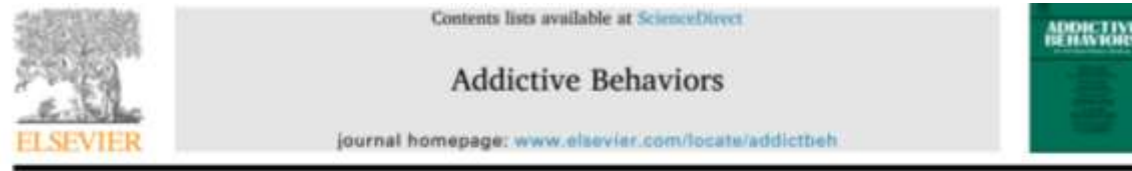
- Vorherrschen unspezifischer somatischer Symptome,
 - häufigste Symptome: Kopfschmerzen, Schwindel, Übelkeit, Schlafstörungen, Gereiztheit/Stimmungslabilität.
- Rasches Auftreten meist innerhalb der 1. Woche, typischerweise Höhepunkt nach 36 – 96 Stunden, d.h. nach ca. 3 – 5 HWZ.
 - Je kürzer die HWZ, desto eher und rascher treten Absetzsymptome auf.
- Typischer Crescendo-Decrescendo-Verlauf über 2 (–6)* Wochen.
*bei Antidepressiva mit langer HWZ: Fluoxetin, Vortioxetin, evtl. Doxepin (Andrade, 2022; Meyer-Barner et al., 2022)
- > 4 Wochen, wahrscheinlich sogar > 8 Wochen Einnahme erforderlich, dann ist die Einnahmelänge allenfalls einer leichten Risikoerhöhung verknüpft.
- Überwiegend milde, reversible Symptomatik.
- Rasche und in der Regel vollständige Rückbildung bei Wiederaufnahme der Medikation, typischerweise innerhalb von Stunden bis 2 Tagen.



Differentialdiagnose Depression

- Beginn: Absetzsymptome eher nach Tagen, Depression nach Wochen
→ Rückfallrisiko: > 1 Monat, v. a. 2./3. Monat
Cave: unremittierte Patienten!
- Verlauf: Crescendo-Decrescendo-Verlauf
- Symptomatik:
 - Somatische Symptome stehen im Vordergrund
 - Spezifische Symptome, die individuell oder allgemein für die Depression untypisch sind: Stromschläge, Übelkeit/Erbrechen, lebhaft (Alp-)Träume
 - Psychische Symptome eher schwankend, wechselhaft («Wellen», «Fenster»)
- Rückbildung innerhalb von Stunden bis 2 Tagen nach Wiedersetzen/Erhöhung des Antidepressivums

Wie häufig sind Antidepressiva-Absetzsymptome?



A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based?

James Davies^{a,b,c,d}, John Read^{c,d}

^a University of Rochester, London, United Kingdom

^b All-Party Parliamentary Group for Prescribed Drug Dependence, United Kingdom

^c University of East London, London, United Kingdom

^d International Institute for Psychiatric Drug Withdrawal, Sweden

Results

- Incidence rates from 14 studies: 27% to 86%, weighted average of 56%
- Four large studies: weighted average of 46% of the most extreme severity rating
- Seven of ten found a significant proportion of people who experience withdrawal for more than two weeks; not uncommon for several months
- Four studies calculating mean duration: 5 days, 10 days, 43 days and 79 weeks

→ Problem: basierend auf nicht-kontrollierten Studien

Absetzsymptome sind nicht nur häufig, sondern in vielen Fällen auch schwerwiegend und somit ein klinisch relevantes Problem!

Tom Bschor: State-of-the-Art-Symposium «Absetzen von Antidepressiva», DGPPN-Kongress, 30.11.2024.

Vorstellung unveröffentlichter Daten:

Henssler J, Schmidt Y, Schmidt U, Schwarzer G, Bschor T, Baethge C (2024): Incidence of Antidepressant Discontinuation Syndrome and Symptoms – A Systematic Review and Meta-Analysis, in preparation.

73 Studien (56 % RCT), 16 335 Patienten

≥ 1 Symptom nach Absetzen des Antidepressivums: **31 %**
des Placebos: **17 % (!)**

Schwere Verläufe nach Absetzen des Antidepressivums: **2,7 %**
des Placebos: **0,6 % (!)**



15 % «echte» pharmakologisch bedingte Absetzsymptome (1 von 6-7 Patienten), 2 % «echte» schwere Symptomatik (1 von 50 Patienten).



Kalfas et al. (2025): Incidence and Nature of Antidepressant Discontinuation Symptoms. A systematic Review and Meta-Analysis. JAMA Psychiatry 82(9): 896-904.



The mean number of discontinuation symptoms at week 1 after stopping antidepressants was below the threshold for clinically significant discontinuation syndrome.

Zur Erklärung: Durchschnittlich trat binnen 1 Woche nach Absetzen nur ein zusätzliches Symptom auf der DESS auf. Konventionell wird ein klinisch relevantes Absetzsyndrom anhand eines Cutoffs von ≥ 4 Symptomen definiert.

→ unterstützt den Befund der Studie von Henssler et al., dass das Absetzen von Antidepressiva i. d. R. gut verträglich ist!

Schwere Absetzeffekte

Schwere Absetzeffekte sind selten! Es handelt sich dabei vorwiegend um Schlafstörungen (Insomnie, lebhafte Träume/Alpträume) sowie Nervosität/Ängstlichkeit. Diese werden oft als derart unangenehm erlebt, dass die Patienten das Absetzen nicht schaffen.

Selten:

- Suizidalität ($\approx 2\%$)
- Extrapiramidalmotorische Symptome (EPMS)
- Paradoxe Aktivierung/Manie («Absetzmanie»)
- Brain zaps/Body zaps → besonders quälend!
- Delir
- Anhaltende Affektlabilität/Zyklothymie



Schwere Absetzeffekte

Schwere Absetzeffekte sind selten! Es handelt sich dabei vorwiegend um Schlafstörungen (Insomnie, lebhafte Träume/Alpträume) sowie Nervosität/Ängstlichkeit. Diese werden oft als derart unangenehm erlebt, dass die Patienten das Absetzen nicht schaffen.

Selten:

- Suizidalität ($\approx 2\%$)
- Extrapiramidalmotorische Symptome (EPMS)
- Paradoxe Aktivierung/Manie («Absetzmanie»)
- Brain zaps/Body zaps → besonders quälend!



Häufiger als ursprünglich gedacht. Früher mit $< 1\%$ geschätzt, aktuell bis $42,5\%$ (Papp & Onton, 2018)

- Delir Häufig bei irreversiblen MAO-Hemmern, beschrieben in 50% der Fallberichte zu Absetzeffekten bei diesen Substanzen (Gahr et al., 2013; Keks et al. 2016)

- Anhaltende Affektlabilität/Zyklothymie V. a. Paroxetin, nur kasuistische Berichte > 1 Jahr Dauer (Henssler et al., 2019), aber Dauer über einige Monate wahrscheinlich nicht selten (Davies & Read, 2019)

Risikopatienten

- Hohe Dosis (> Standarddosis)
- Absetzeffekte bei verzögerter Einnahme
- Absetzeffekte in der Vorgeschichte

Das sind die verlässlichsten Prädiktoren für das Auftreten von Absetzeffekten.

Zudem gibt es präparatabhängige Unterschiede:

Hohes Risiko

- Irreversible MAO-Hemmer
- Trizyklische Antidepressiva *
- Venlafaxin, Desvenlafaxin
- Paroxetin

Niedriges Risiko

- Fluoxetin
- Agomelatin
- Milnacipran

* Ausnahmen: Doxepin, Trimipramin



Das **höchste Risiko** haben **irreversible MAO-Hemmer**, das **niedrigste Risiko** hat **Agomelatin**.

Bschor et al., 2022; Henssler et al., 2019; Gastaldon et al., 2022 Horowitz et al., 2023

Why does milnacipran produce so few discontinuation syndromes following abrupt withdrawal?

LETTER

Fumihiko Okada

Sapporo Mental Clinic, Higashi-ku,
Sapporo, Japan

Several selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI), especially paroxetine, have been reported to produce a number of post-treatment emergent adverse events following abrupt withdrawal (Coupland et al 1996; Haddad 1997). More recently a SSRI-induced neonatal withdrawal syndrome has been described (Sanz et al 2005) in infants born of mothers treated with SSRI during pregnancy. In both of these situations, paroxetine has been associated with the greatest incidence (Warner et al 2006; Sanz et al 2005). Other SSRIs and the selective serotonin and noradrenaline reuptake inhibitor (SNRI) venlafaxine can, however also cause a withdrawal syndrome in patients (Trenque et al 2002). In contrast, milnacipran, another SNRI, has been reported to present a lower risk of withdrawal-induced adverse events (Vandel et al 2004). Furthermore the spectrum of the symptoms was different from that produced by paroxetine. {...}.

A unique property of milnacipran which may be relevant is the fact that it inhibits both noradrenaline and serotonin reuptake with similar potency (Moret and Briley 1997). A recent study of changes in long-term potentiation following repeated treatment with milnacipran (Tachibana et al 2006) has shown that interactions between noradrenergic and serotonergic mechanisms play an important role in the modula-

tion of synaptic plasticity. It is thus possible that the balance between serotonergic and noradrenergic neurotransmission may be essential in determining the nature and extent of withdrawal-related symptoms. Further preclinical and clinical studies are required to test this hypothesis.

... man weiß es nicht.

Empfehlung/Statement	Empfehlungsgrad
3-19 mod 2015 In den ersten 4 Behandlungswochen wird ein wöchentliches Monitoring, danach in Intervallen von 2-4 Wochen und nach 3 Monate in längeren Intervallen, empfohlen. • Spätestens nach 4 Wochen sollte eine genaue Wirkungsprüfung erfolgen und entschieden werden, ob ein Wechsel oder eine Ergänzung der Behandlungsstrategie indiziert ist oder nicht. • Ist keine Verbesserung erkennbar, sollten die Mitarbeit des Patienten und bei den dafür in Frage kommenden Medikamenten der Plasmaspiegel geprüft werden. • Grundsätzlich angeraten sind Plasmaspiegelkontrollen bei Behandlung mit der Maximaldosis, Verträglichkeitsproblemen, multimedizierten oder komorbiden Patienten, Symptomverschlechterung bei dosisstabiler antidepressiver Medikation und Non-Respondern bzw. Problemen in der Mitarbeit des Patienten. • Im Fall des ausbleibenden erwarteten Therapieeffekts ist das Monitoring der Konzentrationen von Antidepressiva im Serum inzwischen für die meisten Antidepressiva gut etabliert (Ausnahmen: nicht etabliert für Tranylcypromin und Agomelatin, eingeschränkt etabliert für Paroxetin, Mianserin und Bupropion). • Bei Beginn einer Medikation mit Antidepressiva sollten Blutbild und Transaminasen untersucht werden. • Bei Gabe von Lithium sind initial und im Verlauf der Kreatininwert, die Kreatinin-Clearance, die Elektrolyte (inkl. Calcium) und das Erfassen der Schilddrüsengröße sowie der TSH-Wert wichtig. • Gewichtskontrollen sind bei einigen Pharmaka wegen der möglichen Gewichtszunahme wichtig, vor allem unter Mirtazapin und den meisten Trizyklika (z. B. Trimipramin und Amitriptylin) sowie Lithium. • Wegen der chinidinartigen Effekte von TZA auf die Reizleitung mit der Gefahr von Blockbildungen und Arrhythmien sowie wegen des Risikos der QTc-Zeitverlängerung unter SSRI (insb. in höheren Dosierungen) sind vor Behandlungsbeginn, nach Aufdosierung und in Abhängigkeit von Dosierung und Risiko auch im Verlauf EKG-Kontrollen notwendig. • Jedem Patient, der mit Antidepressiva behandelt wird, sollte zu Beginn der Behandlung besondere Aufmerksamkeit gewidmet und auf mögliche Symptome, die auf eine Erhöhung des Suizidrisikos hindeuten, geachtet werden. • Beim Absetzen der Medikation sollten Antidepressiva in der Regel schrittweise über einen Zeitraum von 4 Wochen reduziert werden. Expertenkonsens basierend auf Referenzleitlinien [35; 42; 106-108]	KKP

3-19 mod 2015

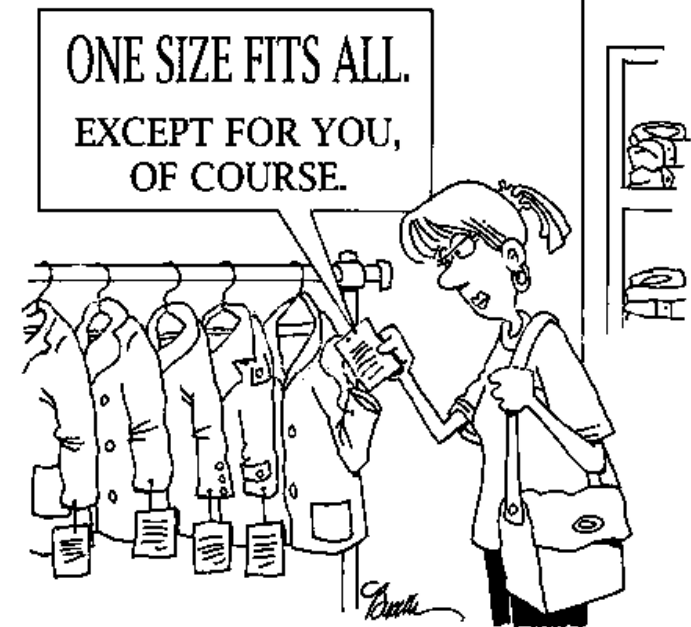
In den ersten 4 Behandlungswochen wird ein wöchentliches Monitoring, danach in Intervallen von 2-4 Wochen und nach 3 Monate in längeren Intervallen, empfohlen.

- Spätestens nach 4 Wochen sollte eine genaue Wirkungsprüfung erfolgen und entschieden werden, ob ein Wechsel oder eine Ergänzung der Behandlungsstrategie indiziert ist oder nicht.
- Ist keine Verbesserung erkennbar, sollten die Mitarbeit des Patienten und bei den dafür in Frage kommenden Medikamenten der Plasmaspiegel geprüft werden.
- Grundsätzlich angeraten sind Plasmaspiegelkontrollen bei Behandlung mit der Maximaldosis, Verträglichkeitsproblemen, multimedizierten oder komorbiden Patienten, Symptomverschlechterung bei dosisstabiler antidepressiver Medikation und Non-Respondern bzw. Problemen in der Mitarbeit des Patienten.
- Im Fall des ausbleibenden erwarteten Therapieeffekts ist das Monitoring der Konzentrationen von Antidepressiva im Serum inzwischen für die meisten Antidepressiva gut etabliert (Ausnahmen: nicht etabliert für Tranylcypromin und Agomelatin, eingeschränkt etabliert für Paroxetin, Mianserin und Bupropion).
- Bei Beginn einer Medikation mit Antidepressiva sollten Blutbild und Transaminasen untersucht werden.
- Bei Gabe von Lithium sind initial und im Verlauf der Kreatininwert, die Kreatinin-Clearance, die Elektrolyte (inkl. Calcium) und das Erfassen der Schilddrüsen-größe sowie der TSH-Wert wichtig.
- Gewichtskontrollen sind bei einigen Pharmaka wegen der möglichen Gewichtszunahme wichtig, vor allem unter Mirtazapin und den meisten Trizyklika (z. B. Trimipramin und Amitriptylin) sowie Lithium.
- Wegen der chinidinartigen Effekte von TZA auf die Reizleitung von Blockbildungen und Arrhythmien sowie wegen des Risikos einer Verlängerung unter SSRI (insb. in höheren Dosierungen) sind nach Behandlungsbeginn, nach Aufdosierung und in Abhängigkeit von Dosis auch im Verlauf EKG-Kontrollen notwendig.
- Jedem Patient, der mit Antidepressiva behandelt wird, sollte besondere Aufmerksamkeit gewidmet und auf mögliche Hinweise auf eine Erhöhung des Suizidrisikos hingewacht werden.

- Beim Absetzen der Medikation sollten Antidepressiva in der Regel schrittweise über einen Zeitraum von 4 Wochen reduziert werden.

Expertenkonsens basierend auf Referenzleitlinien [35; 42; 106-108]

KKP



Kommentar im Fließtext

Antidepressiva sollten in der Regel **schrittweise über einen Zeitraum von vier Wochen** reduziert werden. In einigen Fällen werden auch längere Zeiträume benötigt. *Fluoxetin* hingegen kann gewöhnlich wegen seiner sehr langen Halbwertszeit über einen kürzeren Zeitraum abgesetzt werden. Solange die Absetzerscheinungen mild ausgeprägt sind, sollten die Patienten beruhigt und die Symptome überwacht werden. Falls die Symptome schwer sind, sollte das Wiederansetzen des ursprünglichen Antidepressivums (oder eines mit längerer Halbwertszeit aus derselben Wirkstoffklasse) in wirksamer Dosierung erwogen und es unter Überwachung noch langsamer abgesetzt werden.

Empfehlungen der aktuellen S3-Leitlinie Unipolare Depression 2022:

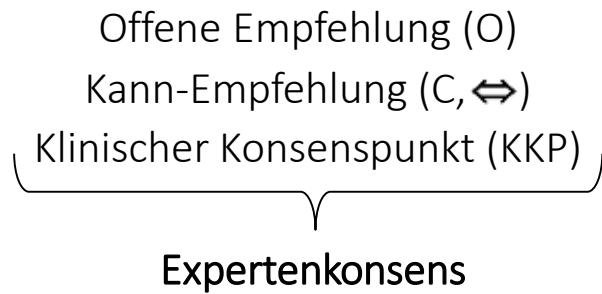
- Bereits vor Ansetzen eines Antidepressivums sollte aufgeklärt werden, dass nach **< 1 % der Patienten wird über Antidepressiva-bedingte Absetzeffekte aufgeklärt (Read, 2020).** rebound-Depressionen auftreten.
- Nach Erhaltungstherapie oder Rezidivprophylaxe soll ein Antidepressivum **schrittweise** abgesetzt werden (A). Der Zeitraum sollte **mindestens 8 – 12 Wochen** betragen (B).
- Bei gefährlichen oder stark belastenden Nebenwirkungen soll ein Antidepressivum **rasch oder abrupt** abgesetzt werden (A).
- Nach Augmentations- oder Kombinationstherapie sollen die antidepressiven Medikamente **nicht gleichzeitig, sondern nacheinander** abgesetzt werden (A).
- Bei Absetzsymptomen soll wieder auf die **vorherige Dosis** erhöht werden und dann **langsamer und wenn möglich in kleineren Dosisschritten** ausgeschlichen werden (A).

Empfehlungen der aktuellen S3-Leitlinie Unipolare Depression:

- Bereits vor Ansetzen eines Antidepressivums sollen Patienten darüber **aufgeklärt** werden, dass nach Beendigung der Medikation Absetzsypmtome oder Rebound-Depressionen auftreten können (A).
- Nach Erhaltungstherapie oder Rezidivprophylaxe soll ein Antidepressivum **schrittweise** abgesetzt werden (A). Der Zeitraum sollte **mindestens 8 – 12 Wochen** betragen (B).
- Bei gefährlichen oder stark belastenden Nebenwirkungen soll ein Antidepressivum **rasch oder abrupt** abgesetzt werden (A).
- Nach Augmentations- oder Kombinationstherapie sollen die antidepressiven Medikamente **nicht gleichzeitig, sondern nacheinander** abgesetzt werden (A).
- Bei Absetzsymptomen¹ soll wieder auf die **vorherige Dosis** erhöht² werden und dann **langsamer und wenn möglich in kleineren Dosisschritten** ausgeschlichen werden (A).

¹ falls diese für den Patienten belastend sind ² oder leicht darüber (+ 10 %),
(Anmerkungen nach Henssler, 2024) kupt Symptome oft schneller

- Die Patienten sollen während des Absetzens **engmaschig** auf Absetzsymptome oder die Verschlechterung bzw. das Neuauftreten einer Depression untersucht werden. Ein Kontakt soll ca. **1 Woche nach jeder Dosisreduktion, aber mindestens alle 2 Wochen** erfolgen. Dabei sollen Absetzsymptome **aktiv erfragt** werden (A). Nach der letzten Einnahme des Antidepressivums soll der **regelmäßige Kontakt für mindestens 6 Monate fortgeführt** werden, z. B. alle 4 Wochen (A).
- Falls sich das Absetzen aufgrund von Absetzsymptomen als schwierig oder unmöglich erweist, kann erwogen werden, **innerhalb der Antidepressiva-Gruppe auf Tropfenform** umzustellen und dann **besonders langsam und tropfenweise** auszuschleichen. Bei SSRI kann alternativ erwogen werden, zunächst auf Fluoxetin umzustellen (C).



- Die Patienten sollen während des Absetzens **engmaschig** auf Absetzsymptome oder die Verschlechterung bzw. das Neuauftreten einer Depression untersucht werden. Ein Kontakt soll ca. **1 Woche nach jeder Dosisreduktion, aber mindestens alle 2 Wochen** erfolgen. Dabei sollen Absetzsymptome **aktiv erfragt** werden (A). Nach der letzten Einnahme des Antidepressivums soll der **regelmäßige Kontakt für mindestens 6 Monate fortgeführt** werden, z. B. alle 4 Wochen (A).
- Falls sich das Absetzen aufgrund von Absetzsymptomen **erweist**, kann erwogen werden, **innerhalb der Antidepressiva** umzustellen und dann **besonders langsam und tropfenweise** auszusetzen. Dies kann alternativ erwogen werden, zunächst auf Fluoxetin umzustellen (C).

Fluoxetin = «Rescue-Substanz»
Bschor & Kleemann, 2022

Offene Empfehlung (O)
Kann-Empfehlung (C, ⇔)
Klinischer Konsenspunkt (KKP)

Expertenkonsens



- Die Patienten sollen während des Absetzens **engmaschig** auf Absetzsymptome oder die Verschlechterung bzw. das Neuauftreten einer Depression untersucht werden. Ein Kontakt soll ca. **1 Woche nach jeder Dosisreduktion, aber mindestens alle 2 Wochen** erfolgen. Dabei sollen Absetzsymptome **aktiv erfragt** werden (A). Nach der letzten Einnahme des Antidepressivums soll der **regelmäßige Kontakt für mindestens 6 Monate fortgeführt** werden, z. B. alle 4 Wochen (A).
- Falls sich das Absetzen aufgrund von Absetzsymptomen als schwierig oder unmöglich erweist, kann erwogen werden, **innerhalb der Antidepressiva-Gruppe auf Tropfenform** umzustellen und dann **besonders langsam und tropfenweise** auszuschleichen. Bei SSRI kann alternativ erwogen werden, zunächst auf Fluoxetin umzustellen (C).



SSRI:

Citalopram
Escitalopram
Sertralin
Paroxetin

TZA:

Amitriptylin
Doxepin
Trimipramin

Sonstige:

Vortioxetin

Venlafaxin 37,5 mg enthält in
der Kapsel 3 Minitabletten à
12,5 mg:

37,5 mg → 25 mg → 12,5 mg



Tipp: Feindosierung über Pellets
(nicht zerkauen!)



SSRI:

Citalopram
Escitalopram
Sertralin
Paroxetin

TZA:

Amitriptylin
Doxepin
Trimipramin

Sonstige:

Vortioxetin

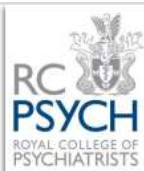


SNRI:

Venlafaxin
Duloxetin
Milnacipran

SSRI:

Fluoxetin



Stopping antidepressants

This information is for anyone who wants to know more about stopping antidepressants.

It describes:

- why someone might choose to stop taking their antidepressant
- how to do so safely
- symptoms that you may get when stopping an antidepressant
- some ways to reduce or avoid these symptoms.

This patient information accurately reflects recommendations in the NICE guidance on depression in adults: www.nice.org.uk/guidance/ng222

Disclaimer

This leaflet provides information, not advice.

The content in this leaflet is provided for general information only. It is not intended to, and does not, amount to advice which you should rely on. It is not in any way an alternative to specific advice.

You must therefore obtain the relevant professional or specialist advice before taking, or refraining from, any action based on the information in this leaflet.

If you have questions about any medical matter, you should consult your doctor or other professional healthcare provider without delay.

If you think you are experiencing any medical condition you should seek immediate medical attention from a doctor or other professional healthcare provider.

Although we make reasonable efforts to compile accurate information in our leaflets and to update the information in our leaflets, we make no representations, warranties or guarantees, whether express or implied, that the content in this leaflet is accurate, complete or up to date.



Counting or weighing beads

Some medications, such as venlafaxine and duloxetine, come as capsules containing small, 'slow release' beads. This means that the beads have a coating that allows the drug inside them to be released into the body slowly. Check with your pharmacist that the brand you are taking does contain these beads as this is not the case for all brands.

In this case, the capsules can be carefully opened, and the beads emptied into a container. These beads can be counted or weighed to make smaller doses. The beads are thought to be stable once removed from the capsules. This means that you can keep them in an airtight bottle protected from light (e.g. an amber medicine bottle) for a few days before taking them.

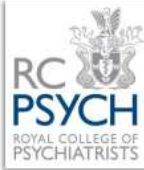
Example

You have a 75mg capsule of venlafaxine. You empty the beads out and count them.

The capsule contains 200 beads. This means that 160 beads will contain 60mg of venlafaxine.

Be aware that there is some variation in the size of these beads. Weighing beads can therefore be more precise than counting. Weighing tiny amounts requires special scales and a draught-free environment.

Before swallowing these beads you should put them back into a capsule. Venlafaxine beads can be sprinkled on a spoon of yoghurt to make them easier to swallow so that they don't irritate your throat. Duloxetine beads should not be mixed with food or liquid.



Stopping antidepressants

This information is for anyone who wants to know more about stopping antidepressants.

It describes:

- why someone might choose to stop taking their antidepressant
- how to do so safely
- symptoms that you may get when stopping an antidepressant
- some ways to reduce or avoid these symptoms.

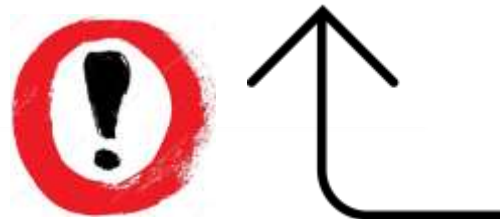
This patient information accurately reflects recommendations in the NICE guidance on depression in adults: www.nice.org.uk/guidance/ng222



Counting or weighing beads

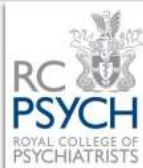
Some medications, such as venlafaxine and duloxetine, come as capsules containing small, 'slow release' beads. This means that the beads have a coating that allows the drug inside them to be released into the body slowly. Check with your pharmacist that the brand you are taking does contain these beads as this is not the case for all brands.

Before swallowing these beads you should put them back into a capsule.
Venlafaxine beads can be sprinkled on a spoon of yoghurt to make them easier to swallow so that they don't irritate your throat. ~~Duloxetine beads should not be mixed with food or liquid.~~



Am besten Apfelmus!

Before swallowing these beads you should put them back into a capsule.
Venlafaxine beads can be sprinkled on a spoon of yoghurt to make them easier to swallow so that they don't irritate your throat. Duloxetine beads should not be mixed with food or liquid.



Stopping antidepressants

This information is for anyone who wants to know more about stopping antidepressants.

It describes:

- why someone might choose to stop taking their antidepressant
- how to do so safely
- symptoms that you may get when stopping an antidepressant
- some ways to reduce or avoid these symptoms.

This patient information accurately reflects recommendations in the NICE guidance on depression in adults: www.nice.org.uk/guidance/ng222

Disclaimer

This leaflet provides information, not advice.

The content in this leaflet is provided for general information only. It is not intended to, and does not, amount to advice which you should rely on. It is not in any way an alternative to specific advice.

You must therefore obtain the relevant professional or specialist advice before taking, or refraining from, any action based on the information in this leaflet.

If you have questions about any medical matter, you should consult your doctor or other professional healthcare provider without delay.

If you think you are experiencing any medical condition you should seek immediate medical attention from a doctor or other professional healthcare provider.

Although we make reasonable efforts to compile accurate information in our leaflets and to update the information in our leaflets, we make no representations, warranties or guarantees, whether express or implied, that the content in this leaflet is accurate, complete or up to date.

«Wasserglasmethode»



Dispersing capsule powder in water

Some capsules contain powder. As outlined by the NHS Specialist Pharmacy Service, these capsules can be opened and the contents dispersed in water; www.sps.nhs.uk/articles/preparing-medicines-for-administration-to-adults-with-swallowing-difficulties/

Example

You have a 20mg capsule. You want to take 4mg of the antidepressant.

You mix the powder in the capsule with 100ml of water. This mixture now contains 1mg in every 5mls.

You use a syringe to take 20mls of the mixture, which contains 4mg.

Any mixture made should be shaken vigorously before being taken to make sure the medication is evenly distributed in the liquid. **Make sure you throw away any remaining liquid after you have taken what you need.**

Dispersing tablets in water

Many antidepressants in tablet form can be placed in water, and will break apart and mix in with the water. This is called disintegration. Often this will happen in a couple of minutes, but it can take a bit longer. Once disintegrated, the tablet contents will need to be dispersed in the liquid by mixing or shaking the tablet in the liquid.

The process can be sped up by crushing the tablet with the back of a spoon first.

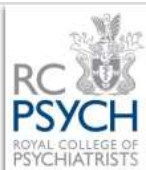
Example

You have a 20mg tablet but want to take 2mg.

You mix the tablet with 100mls of water. This mixture will contain 1mg of drug in every 5mls of mixture.

You can then use a syringe to take 10mls of this mixture, which will give you 2mg of the drug.

This mixture should be shaken vigorously before being taken to make sure the drug is evenly distributed in the liquid. **Make sure you throw away any remaining liquid after you have taken what you need.**



Stopping

This information
antidepressant

It describes:

- why some
- how to
- symptoms
- some w

This patient in
guidance on d

Disclaimer

This leaflet pro

The content in
intended to, as
any way an alt

You must ther
taking, or refra

If you have qu
or other profes

If you think yo
immediate me
provider.

Although we r
leaflets and to
representation
content in this



«Wasserglasmethode»



Dispersing capsule powder in water

Some capsules contain powder. As outlined in the NHS Specialist Pharmacy Service, these capsules can be opened and the contents dispersed in water; www.sps.nhs.uk/articles/preparing-medicines-for-administration-to-adults-with-swallowing-difficulties/

Pulverkapseln

the medication is evenly distributed in the liquid. **Make sure you throw away any remaining liquid after you have taken what you need.**

Dispersing tablets in water

Many antidepressants in tablet form can be placed in water, and will break apart and mix in with the water. This is called disintegration. Often this will happen in a couple of minutes, but it can take a bit longer. Once disintegrated, the tablet contents will need to be dispersed in the liquid by mixing or shaking the tablet in the liquid.

The process can be sped up by crushing the tablet with the back of a spoon first.

Example

You have a 20mg tablet but want to take 2mg.

You mix the tablet with 100mls of water. This mixture will contain 1mg of drug in every 5mls of mixture.

You can then use a syringe to take 10mls of this mixture, which will give you 2mg of the drug.

This mixture should be shaken vigorously before being taken to make sure the drug is evenly distributed in the liquid. **Make sure you throw away any remaining liquid after you have taken what you need.**

30. Dezember 2019 - 5. Januar 2020

1. KW

Kalenderpedia
Informationen zum Kalender

Montag 30 Dezember	✓
Dienstag 31 Dezember	✗
Mittwoch 1 Januar	✓
Donnerstag 2 Januar	✗
Freitag 3 Januar	✓
Samstag 4 Januar	✗

Keine alternierende Einnahme!

Die rasch schwankenden Blutspiegel scheinen das Risiko gerade für anhaltende Absetzeffekte zu erhöhen!

Wenn überhaupt, kann dieser Taper-Ansatz bei Fluoxetin ausprobiert werden, das eine extrem lange HWZ hat.

Henssler, 2023

30. Dezember 2019 - 5. Januar 2020

1. KW

Kalenderpedia
Informationen zum Kalender



Keine alternierende Einnahme!

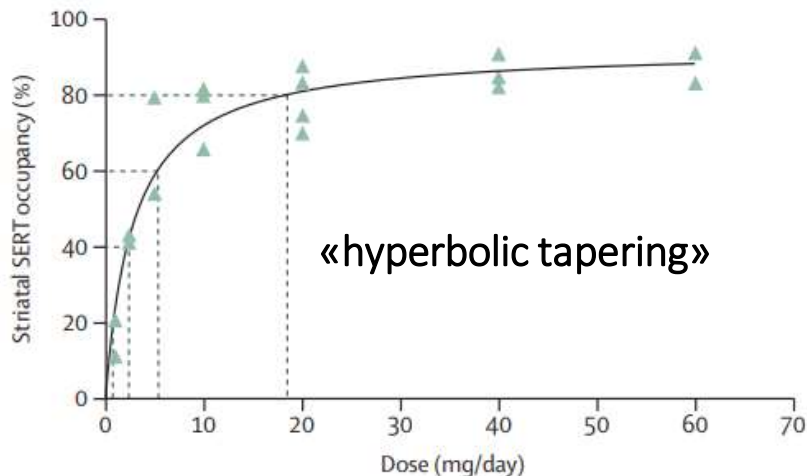
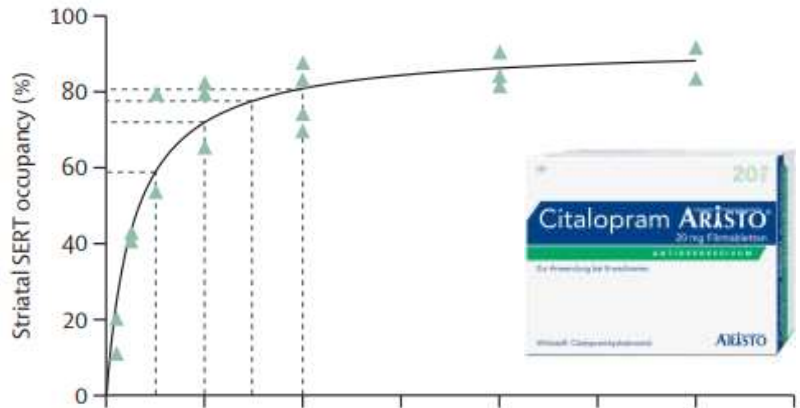


Die rasch schwankenden Blutspiegel scheinen das Risiko gerade für anhaltende Absetzeffekte zu erhöhen!

Wenn überhaupt, kann dieser Taper-Ansatz bei Fluoxetin ausprobiert werden, das eine extrem lange HWZ hat.

Henssler, 2023

Es soll «schrittweise» abgesetzt werden. Was heißt das konkret?



Citalopram dose (mg)	SERT occupancy (%)
60-0	87.8%
40-0	85.9%
20-0	80.5%
19-0	80.0%
9-1	
5-4	
3-4	
2-3	40.0%
1-5	30.0%
0-8	20.0%
0-37	10.0%

FACHINFORMATION

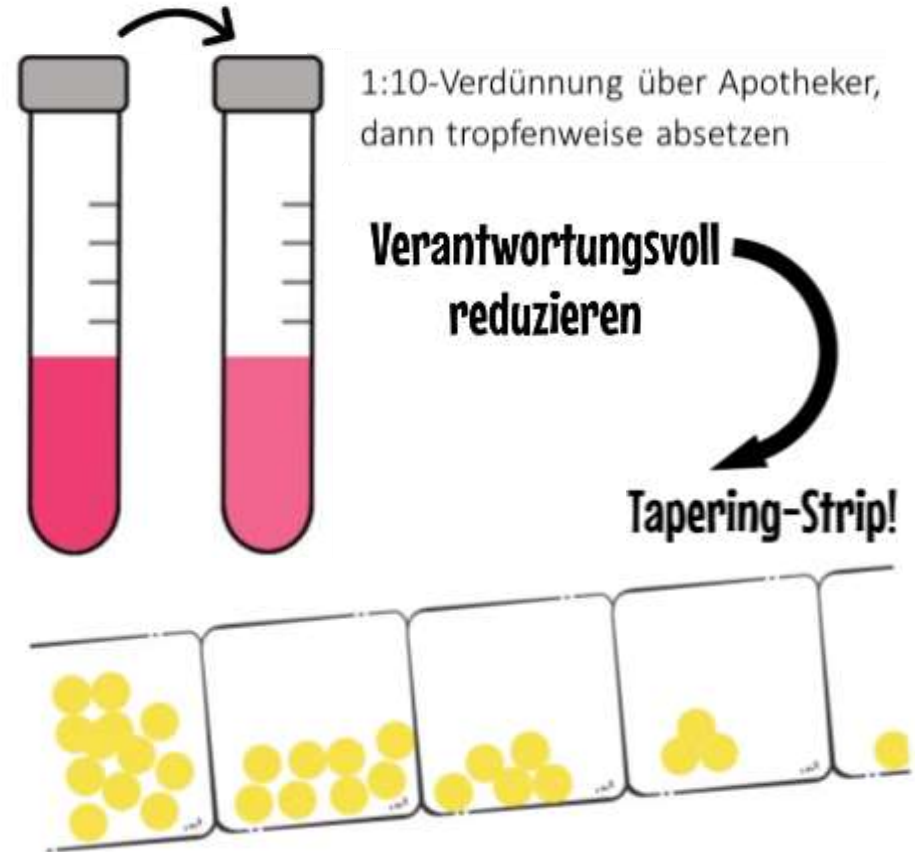
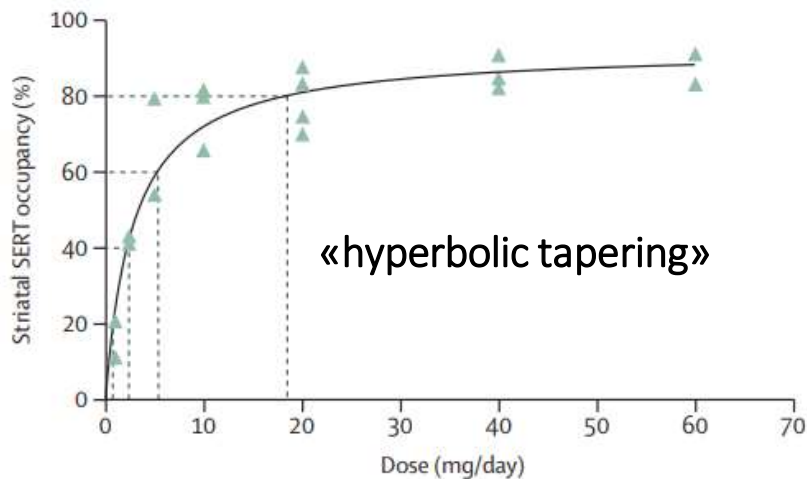
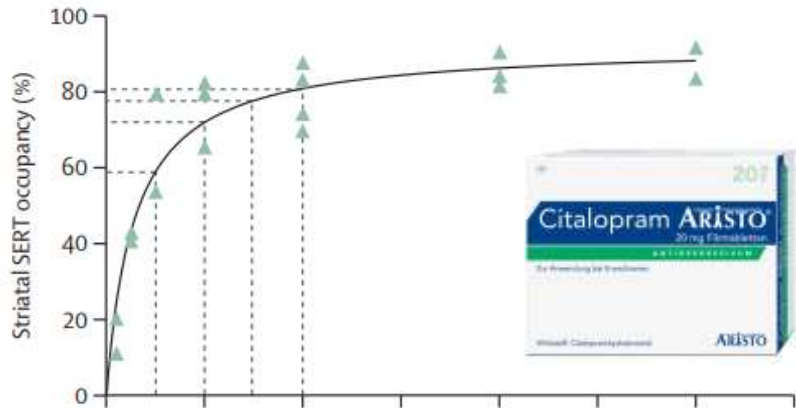
**Citalopram-Hormosan 20 mg/ml
Tropfen zum Einnehmen, Lösung**
1 Tropfen Lösung enthält 1 mg Citalopram.

→ 10%ige Dosisdekremente

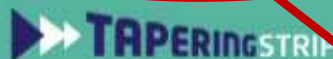
Dieser Zusammenhang konnte insbesondere für SSRI und SNRI belegt werden (Sørensen et al., 2021).

Horowitz & Taylor, 2019

Es soll «schrittweise» abgesetzt werden. Was heißt das konkret?



https://www.taperingstrip.de



Tapering-Strips

Verschreibung und Bestellung

Formen v

Für Profis

Tapering-Strips werden weltweit geliefert

www.taperingstrips.de

Online-Bestellung über
UMC Utrecht.

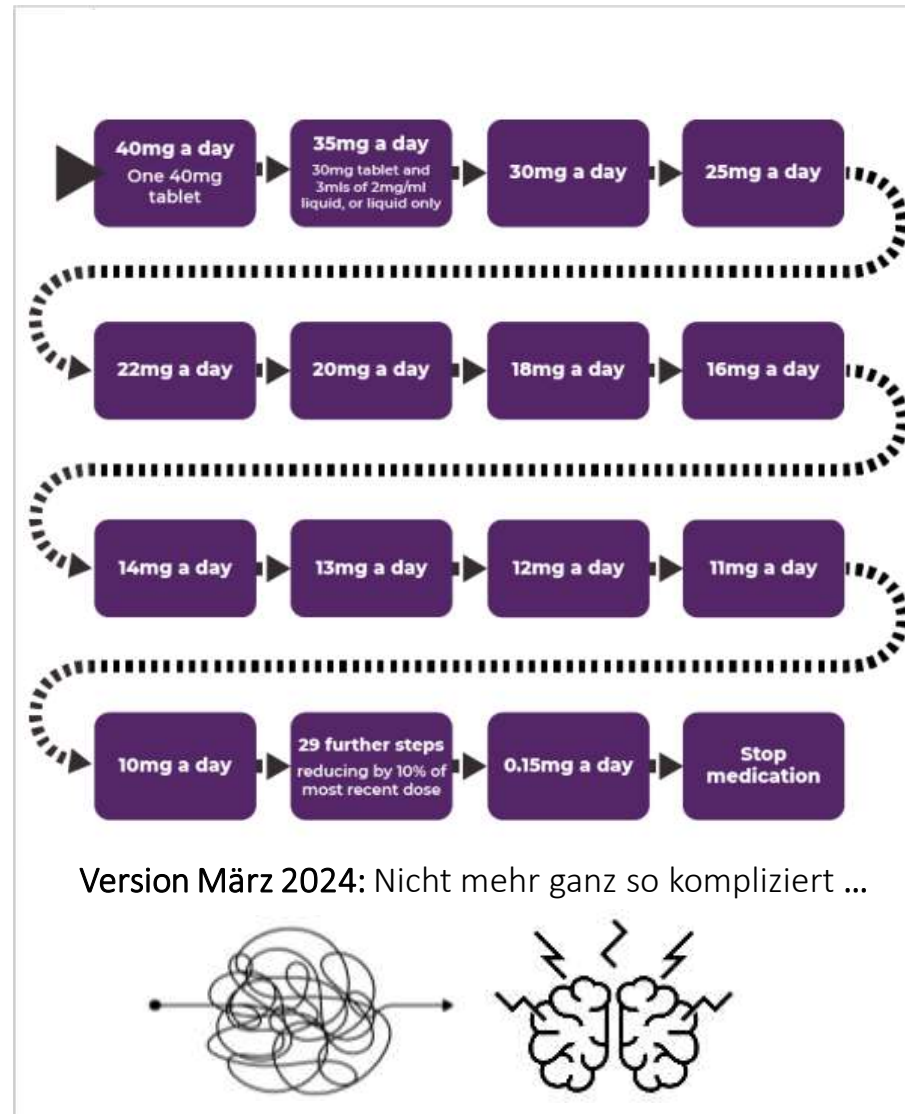
Instructies



1. Neem deze medicatie iedere dag op een vast en voor u gebruikelijk tijdstip in.
2. Teken de gewenste inname af in de tabel.
3. Als u tijdens het afbouwen veel last krijgt van onttrekkingsverschijnselen, neem dan contact op met uw behandelaar of stuur een email naar pharder@regenboogapotheek.nl. Vermeld achternaam, geboortedatum, telefoonnummer en uw probleem. Ga niet door met afbouwen want u zult steeds meer last krijgen van onttrekkingsverschijnselen.
4. Een Taperingstrip begint op zondag. Daarna telt het af.

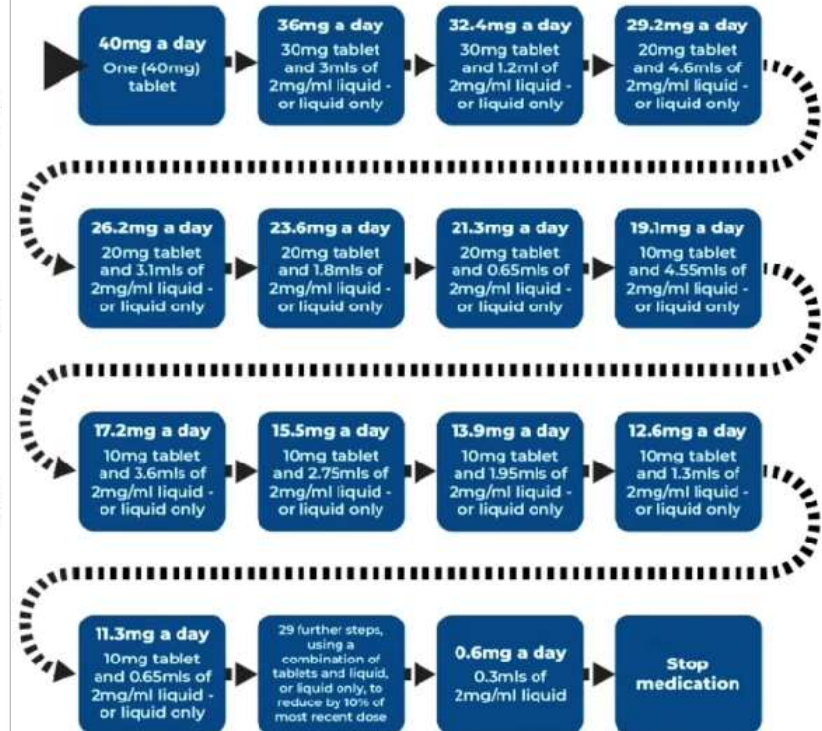
5. Een

6. U



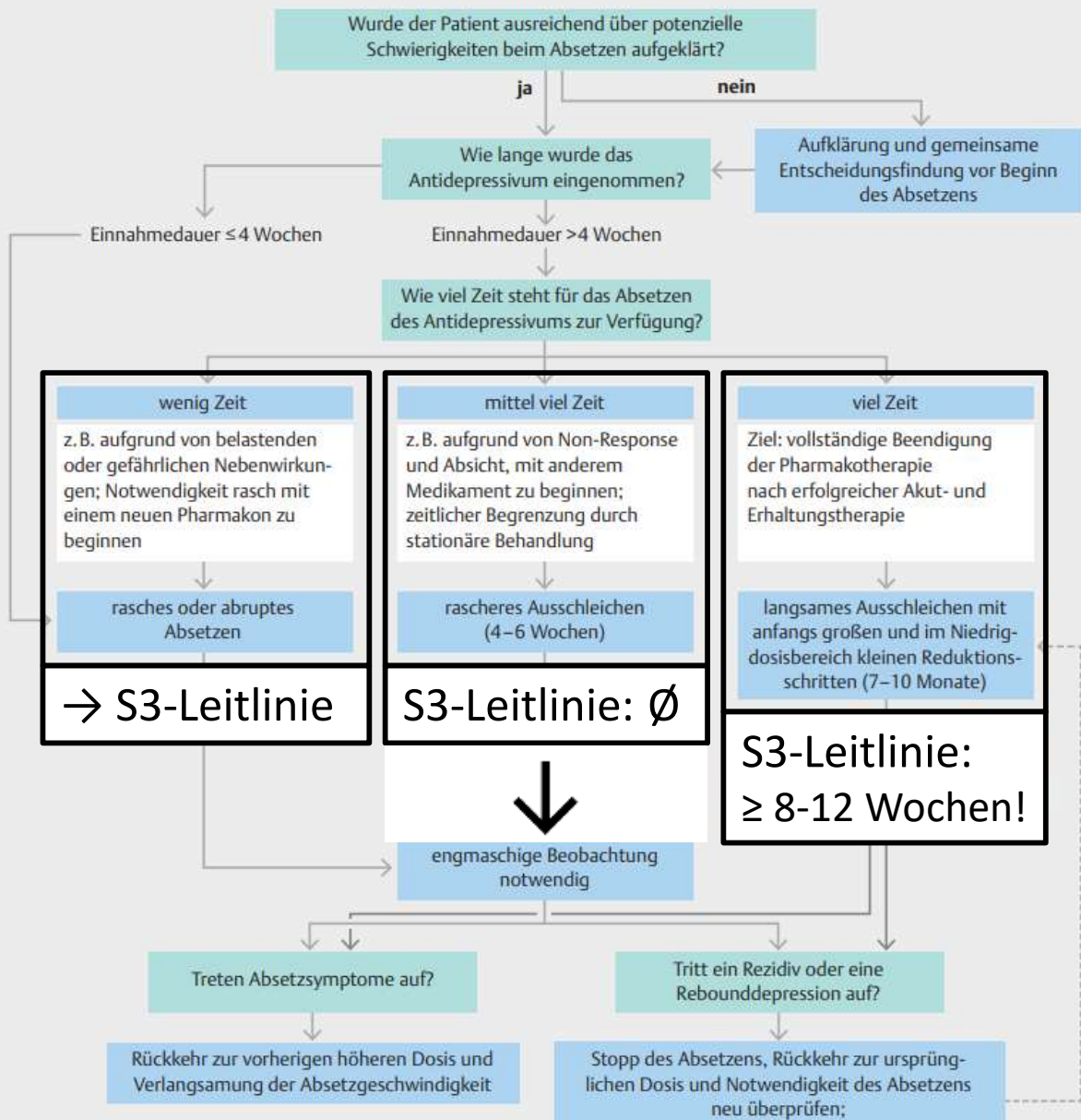
Paroxetine

Reduction by 10% of the last dose **every 2-4 weeks** using tablets and liquid. Some people may need to reduce more slowly. (Updated October 2020)

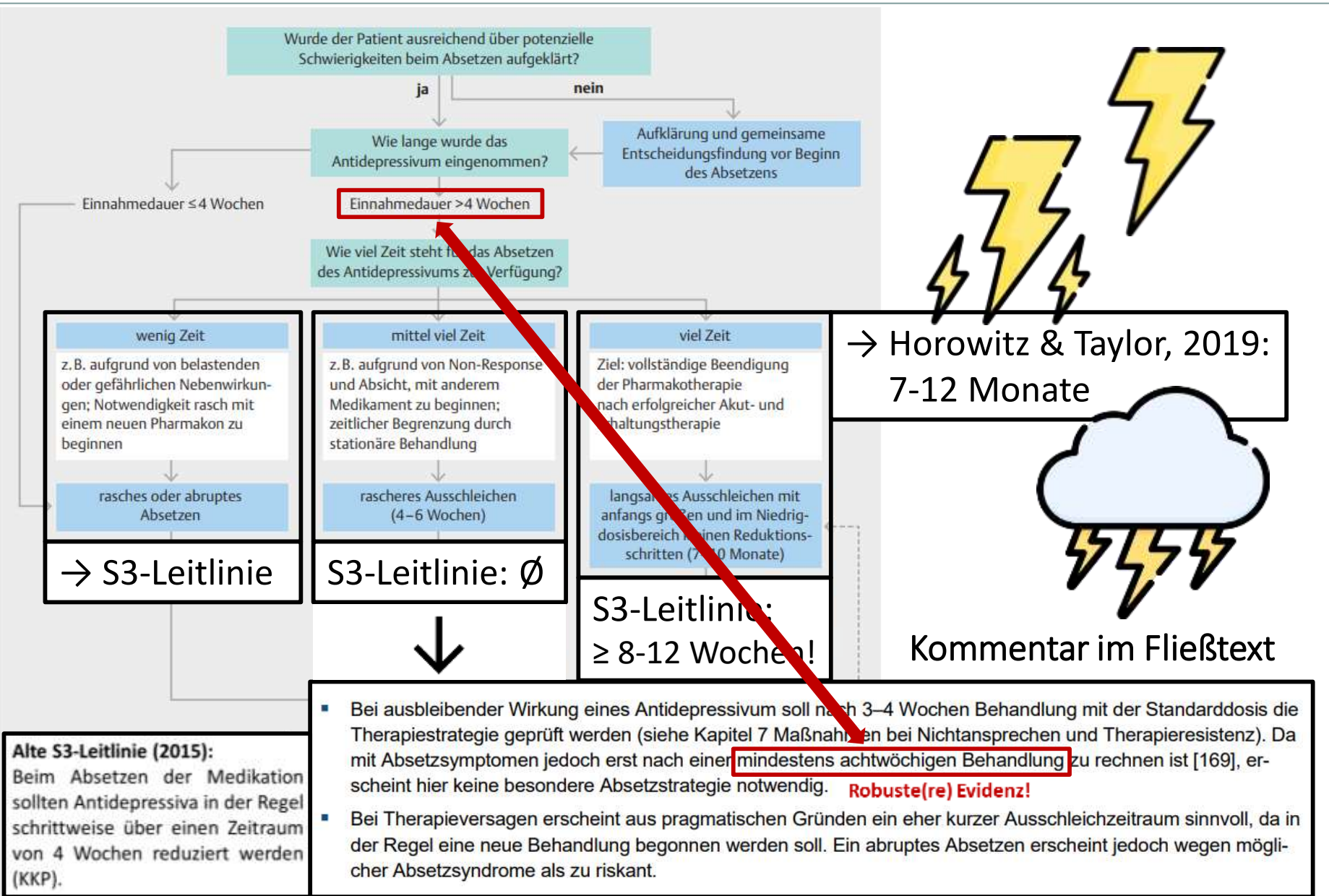


Horowitz & Taylor empfehlen Abstände von 2 – 4 Wochen zwischen den Dosisinkrementen – bei Fluoxetin 3 Monate.

→ Absetzdauer von mehreren Monaten
(≈ 7-12 Monate)



Bschor & Kleemann, 2023



- «**Some** people may need to reduce more slowly»: Proportional Tapering → Hyperbolic Tapering
RCPsych, 2024, *Stopping antidepressants*
- «Sie können nicht bei jedem Patienten ein extrem kleinschrittes Vorgehen über Monate fahren. Das ist auch nicht gerechtfertigt, da nur ein kleiner Teil der Patienten von Absetzsymptomen betroffen ist. Machen Sie deshalb **pragmatische Halbierungsschritte in Abständen von 1-4 Wochen**. Nur bei Risikopatienten oder Absetzproblemen fahren Sie ein hyperbolisches Reduktionsschema: Je niedriger die Dosierungen, desto kleinschritter muss man vorgehen».
Henssler, 2023, DGPPN-Kongress
- **Persönliches Fazit:** Wöchentliche Halbierungsschritte sind das Vorgehen der Wahl, weil sie in der Regel gut verträglich und praktisch leicht umsetzbar sind. Im unteren Dosisbereich ($< \frac{1}{2}$ SD) kann die Dosis geviertelt oder, falls das nicht möglich ist, nur jede zweite Woche halbiert werden.

Rebound-Depression: Die Gegenregulation des Organismus kann dazu führen, dass nach Absetzen des Antidepressivums das Rezidivrisiko erhöht ist und die Depression sogar schneller, schwerer und mit zusätzlichen psychopathologischen Symptomen zurückkehren kann, als wenn zuvor nicht medikamentös behandelt worden wäre.

Wiederkehr der Erkrankung	Rebound
	
Ein unter Wasser gedrücktes Blatt Papier trudelt nach Loslassen mit einiger Verzögerung an die Oberfläche zurück: Die phasenhaft verlaufende Depression rezidiert je nach eigengesetzlichem Verlauf früher oder später	Ein unter Wasser gedrückter Ball springt nach Loslassen sofort und höher als zuvor nach oben: Die Depression kehrt schneller, heftiger oder mit höherer Wahrscheinlichkeit zurück, als wenn kein Antidepressivum gegeben worden wäre

Bschor, 2018; zitiert nach Bschor et al, 2022

Was wissen wir bisher über Rebound-Depressionen?

- Die differentialdiagnostische Unterscheidung zwischen dem Auftreten eines Rebounds und einem natürlichen Rezidiv ist schwierig.
- Klinische Erfahrungswerte, Fallserien und indirekte Hinweise aus Studien stützen die Einschätzung, dass es sich bei Rebound-Depressionen um eine Problematik mit hoher Relevanz handelt. Dennoch fehlen bislang hochwertige Studien, die Aufschluss über die Häufigkeit von Rebound-Phänomenen geben.
- Antidepressiva mit hohem Risiko für Absetzeffekte scheinen auch in besonderer Weise zu Rebound-Depressionen zu prädisponieren. Für längerandauernde Krankheitsverläufe scheint gehäuft Paroxetin verantwortlich zu sein.
- Es gibt Hinweise, dass das Risiko für Rebound-Depressionen stärker mit Länge der Einnahme von Antidepressiva korreliert als das Risiko für Absetzsymptome. Besonders gefährdet sind womöglich Patienten, die bereits in jungem Alter mit der Einnahme begonnen haben.

- Die klinische Bild eines Rebounds scheint oft volatiler und polymorpher ausgestaltet zu sein als jenes eines normalen Rezidivs. Beschrieben werden neben den klassischen affektiven Symptomen auch zusätzliche Angst- und Panikstörungen sowie maniforme Phänomene, die einem affektlabilen Zustandsbild leicht den Charakter einer Zylothymie verleihen können, bisweilen entsteht sogar der Eindruck einer bipolaren Störung.
- Es besteht der Verdacht, dass Rebound-Phänomene wesentlich zur Chronifizierung von Depressionen beitragen und somit auch einen Grund für Antidepressiva-Dauermedikationen darstellen. Somit könnten Rebound-Phänomene auch eine Erklärung sein für den starken Anstieg von Frühberentungen und Krankschreibungen aufgrund von Depressionen trotz der starken Zunahmen von Antidepressiva-Verordnungen.



Fazit: Antidepressiva würden demnach Depressionen kurzfristig behandeln, aber langfristig das Problem vergrößern. Die Besserung der aktuellen Depression würde um den Preis erkauft, dass später, wenn das Antidepressivum abgesetzt wird, ein höheres Rezidivrisiko besteht, noch dazu für schwerer verlaufende Episoden.

Literatur

Aichholzer M, Reif A, Reif-Leonhard C (2021): Depressive Erkrankungen: Diagnostik und Therapie. Hess Ärztebl 82(6): 347-351.

Andersen H, Kristiansen ES (1959): Tofranil-treatment of endogenous depressions. Acta Psychiatr Scand 34(4): 387-397.

Andrade C (2022): Psychotropic drugs with long half-lives. Implications for drug discontinuation, occasional missed doses, dosing interval, and pregnancy planning. J Clin Psychiatry 83(4): 22f14593.

Aronson J (2005): When I use a word: bottled lightning. BMJ 331(7520): 824.

Bschor T (2018): Antidepressiva. Wie man sie richtig anwendet und wer sie nicht nehmen sollte. Südwest, 1. Aufl.: 117-122.

Bschor T (2023): Absetzen von Antidepressiva, DGPPN-Kongress, 30.11.2023.

Bschor T, Bonnet U, Pitzer M, Baethge C, Lieb K, Gertz HJ, Müller-Oerlinghausen B (2022): Absetzen von Antidepressiva – Absetzsymptome und Rebound-Effekte. Nervenarzt 93(1): 93-101.

Bschor T, Kleemann AM (2022): SOP Absetzen von Antidepressiva. PSYCH up2date 16(3): 190-195.

Cortes JA, Radhakrishnan R (2013): A case of amelioration of venlafaxine-discontinuation "brain shivers" with atomoxetine. Prim Care Companion CNS Disord 15(2): PCC.12l01427.

Davies J, Read J (2019): A systematic review into the incidence, severity and duration of antidepressant withdrawal effects: Are guidelines evidence-based? Addict Behav 97: 111-121.

Degner D, Rütger E, Grohmann R (2009): Parästhesien mit stromschlagähnlicher Symptomatik als Absetzeffekt von Venlafaxin. Psychopharmakotherapie 16(4): 170-173.

Dilsaver SC, Greden JF (1984): Antidepressant withdrawal phenomena. Biol Psychiatry 19(2): 237-256.

Fava GA, Gatti A, Belaise C, Guidi J, Offidani E (2015): Withdrawal symptoms after selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation: a systematic review. Psychother Psychosom 84(2): 72-81.

Framer A (2021): What I have learnt from helping thousands of people taper off antidepressants and other psychotropic medications. *Ther Adv Psychopharmacol* 11: 2045125321991274.

Gastaldon C, Schoretsanis G, Arzanton E, Raschi E, Papola D, Ostuzzi G, Moretti U, Seifritz E, Kane JM, Trifirò G, Barbui C (2022): Withdrawal syndrome following discontinuation of 28 antidepressants: pharmacovigilance analysis of 31,688 reports from the WHO spontaneous reporting database. *Drug Saf* 45(12): 1539-1549.

Hengartner MP, Schulthess L, Sorensen A, Framer A (2020): Protracted withdrawal syndrome after stopping antidepressants: a descriptive quantitative analysis of consumer narratives from a large internet forum. *Ther Adv Psychopharmacol* 10: 2045125320980573.

Henssler J (2023): Absetzsymptome von Antidepressiva. DGPPN-Kongress, Berlin, 01.12.2023.

Henssler J, Heinz A, Brandt L, Bschor T (2019): Absetz- und Rebound-Phänomene bei Antidepressiva. *Dtsch Ärzteblatt* 116(20): 355-361.

Horowitz MA, Framer A, Hengartner MP, Sørensen A, Taylor D (2023): Estimating risk of antidepressant withdrawal from a review of published data. *CNS Drugs* 37(2): 143-157.

Horowitz MA, Taylor D (2019): Tapering of SSRI treatment to mitigate withdrawal symptoms. *Lancet Psychiatry* 6 (6): 538-546.

Horowitz MA, Jauhar S, Natesan S, Murray RM, Taylor D (2021): A method for tapering antipsychotic treatment that may minimize the risk of relapse. *Schizophr Bull* 47 (4): 1116-1129.

Keks N, Hope J, Keogh S (2016): Switching and stopping antidepressants. *Aust Prescr* 39(3): 76-83.

Kramer JC, Klein DF, Fink M (1961): Withdrawal symptoms following discontinuation of imipramine therapy. *Am J Psychiatry* 118: 549-550.

Meyer-Barner M, Meineke I, Schreeb KH, Gleiter CH (2002): Pharmacokinetics of doxepin and desmethyldoxepin: an evaluation with the population approach. *Eur J Clin Pharmacol* 58(4): 253-257.

Papp A, Onton JA (2018): Brain zaps: an underappreciated symptom of antidepressant discontinuation. *Prim Care Companion CNS Disord* 20(6): 18m02311.

Papp A, Onton JA (2022): Triggers and characteristics of brain zaps according to the findings of an internet questionnaire. Prim Care Companion CNS Disord 24(1): 21m02972.

Petri H (2013): Analyse von CYP450-Wechselwirkungen: kleiner Aufwand, größere Wirkung. Das Interaktionspotenzial der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI). Psychopharmakotherapie 20(6): 273-277.

Read J (2020): How common and severe are six withdrawal effects from, and addiction to, antidepressants? The experiences of a large international sample of patients. Addict Behav 102: 106157.

Shapiro B, Kramer E, Khoury D, Preda A (2023): Establishing core symptoms of acute serotonin reuptake inhibitor withdrawal: results from an international survey of online peer-support communities. Pharmacopsychiatry 56(4): 133-140.

Sørensen A, Ruhé HG, Munkholm K (2021): The relationship between dose and serotonin transporter occupancy of antidepressants – a systematic review. Mol Psychiatry 27(1): 192-201.

Stockmann T, Odegbaro D, Timimi S, Moncrieff J (2018): SSRI and SNRI withdrawal symptoms reported on an internet forum. Int J Risk Saf Med 29(3-4): 175-180.

Voderholzer U (2023): Persönliche Mitteilung an den Referenten im Rahmen eines Buchprojekts für den Südwest-Verlag. Schön Klinik Rosen-eck, Prien am Chiemsee, 02.03.2023.

Zwiebel SJ, Viguera AC (2022): Discontinuing antidepressants: Pearls and pitfalls. Cleve Clin J Med 89(1): 18-26.

Vielen Dank!

