



Rehazentrum Bad Dürkheim – Klinik Hüttenbühl der Deutschen Rentenversicherung Bund

Vortrag zum Thema: Psychopharmaka

Allgemeines zu Thema Psychopharmaka

- Antidepressiva (AD) machen nicht abhängig
- AD machen nur selten Gewichtsprobleme, die durch vorherige Aufklärung minimiert werden können
- AD verkürzen nachweislich die depressiven Phasen und verringern damit die persönlichen und sozialen Folgen
- AD verringern bei wiederkehrenden Depressionen sehr deutlich das Wiederauftreten einer Depression

Voraussetzungen

- Regelmäßige Einnahme in ausreichender Dosis
- Abwarten des Wirkungseintritts (i.d.R. frühestens nach 3 Wochen)
- Alkoholkarenz
- Sorgfältige Aufstellung der bisherigen Medikamentenversuche und deren Effekte
- Gemeinsame Entscheidung mit dem Facharzt und Aufbau der inneren Bereitschaft zur Einnahme

Therapieprinzipien

- Zuerst immer Monotherapie
- Jede Therapie vor Wechsel mindestens 6 Wochen, davon mindestens 4 Wochen in therapeutischer Dosis
- Bei der Auswahl oder Wechsel des Medikaments werden die individuellen Faktoren (Gewicht, med. Erkrankungen, alter, Vorerfahrungen etc.) berücksichtigt

Trizyklische Antidepressiva - TZA

- Serotonerg-Noradrenerg: z.B. Amitriptylin (Saroten), Imipramin (Tofranil), Doxepin (Aponal), Clomipramin (z.B. Anafranil)
- Eher noradrenerg: Desipramin (Pertrofan), Nortriptylin (Nortriptylin), Maprotilin (Ludiomil, tetrazyklisch)
- Atypisch: Trimipramin (z. B. Stangyl)
- Dosis: 150-225 mg/Tag, bei fehlender Wirkung Steigerung auf 300 mg möglich, beginnend mit 25-75 mg/Tag, Spiegelkontrolle möglich
- TZA Nebenwirkungen:
 - Trockener Mund (>lutschen, trinken)
 - Obstipation (>trinken, Bewegung)
 - Harnverhalt (>absetzen)
 - Müdigkeit (> ansprechen)
 - Sehstörungen (> ansprechen)
 - Schwindel (> ansprechen)

Serotoninwiederaufnahmehemmer - SSRI

- z. B. Sertralin (Zoloft), Citalopram (Cipramil), Escitalopram (Cipralext), Fluoxetin (Fluctin), Paroxetin (Seroxat, Tagonis)
- Häufige Nebenwirkungen (um 10%): vorübergehende mäßige Übelkeit (keine Übersäuerung!), 2-3 Tage; vermehrtes Schwitzen 2-3 Wochen, Veränderung der Sexualität (verzögerter Samenerguss, bei Frauen manchmal verringerte Libido)

Selektive Serotonin-, Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer - SNRI

- Venlafaxin (Trevilor)
- Duloxetin (Cymbalta), Standarddosierung 60 mg/Tag, gleichzeitige Wirkung auf Noradrenalin und Serotonin
- Nebenwirkungen wie bei SSRI, zusätzlich manchmal Blutdruckerhöhung möglich

Noradrenerge und spezifisch serotonerge Antidepressiva

- Mirtazapin (Remergil)
- Nebenwirkungen: häufig zu Beginn Dämpfung und Müdigkeit, die auch über den Tag hinaus andauert, bis zum Eintritt der antidepressiven Wirkung; Aufschub des Sättigungsgefühls

Monoaminoxidasehemmer - MAO-Hemmer

- Moclobemid (Aurorix), Beginn mit 300 mg/Tag, mindestens 600 mg/Tag Erhaltungsdosis. Oft sehr hilfreiches, gut verträgliches Antidepressivum, insbesondere keine sexuellen Funktionsstörungen
- Bei Wechsel von anderen AD sind in der Regel Karenzzeiten von 2-5 Wochen notwendig, keine Migränemittel kombinieren

Sonstige Antidepressiva

- Agomelatin (Valdoxan):
 - Melatoninrezeptoragonist: schlafanstoßend, keine sexuelle Funktionsstörungen
 - Nebenwirkungen: vorübergehend leichte Übelkeit, Unruhe
- Bupropion (Zyban, Elontril):
 - Selektiver NA- und Kopraminwiederaufnahmehemmer
 - Eher antriebssteigernd
 - Nebenwirkungen: Blutdruckerhöhung, Mundtrockenheit, Appetitlosigkeit, etc.

Johanniskraut

- Widersprüchliche Studienlage
- Keine eindeutigen Wirksamkeitsnachweise
- Komplexe Chemie führt zu komplexen Nebenwirkungen und Wechselwirkungen
- Erhöhte Sonnenbrandgefahr

Gründe für Therapieresistenz

- Zu niedrige Dosis oder zu niedrige Plasmaspiegel -> Regelmäßige Einnahme?
Wenn ja, Dosiserhöhung
- Einnahme mind. 4 Wochen notwendig, bei bereits sichtbaren Effekten
Dosissteigerungsversuch
- Falls überhaupt kein Effekt nach 4 Wochen: Präparatewechsel
- Alkoholkonsum?
- Unerkannte organische psychische Störungen?
- Unerkannte andere psychische Erkrankungen?

Therapie-Strategien bei Therapieresistenz

- 1-2 Schlafentzüge pro Woche, Schlafphasen vorverlegen
- Augmentation mit Schilddrüsenhormon T3 50-100 µg/Tag über 2-4 Wochen, evtl. auch mehr
- Augmentation mit Lithium
- Kombination mit Neuroleptika, Antiparkinsonmedikamenten, Infusionstherapie
- Kombination verschiedener Antidepressiva
- Elektrokonvulsionstherapie

Saisonale affektive Störung

- Lichttherapie 2-4 Std./Tag und
- (bei stärkerer Ausprägung) Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (z. B. Sertralin oder Citalopram)

Rezidivierende kurze affektive Störung

- Episoden sind meist so kurz, dass Antidepressiva nicht schnell genug wirken
- Behandlungsschwerpunkt auf Prophylaxe legen
- In der Episode Selbstgefährdung verhindern durch kurze stationäre Behandlung, evtl. leichte Sedierung mit TZA, wiederholte Schlafentzüge
- Bei emotionaler Instabilität i.R. eines ADHS Methylphenidat erwägen

Klinische Hinweise und Empfehlungen

- Bei rezidivierenden Depressionen ist es am sichersten, die Dosis, mit der die Vollremission erreicht wurde, als Erhaltungsdosis beizubehalten
- Beibehalten der Erhaltungsdosis für mindestens 6-12 Monate nach Beginn der Symptommfreiheit

Empfehlungen

- Dosisreduktion sollte nicht mit depressiven Symptomen erkaufte werden, da hierdurch eine Chronifizierung gefördert wird
- Vorsicht: Depressive Episoden rezidivieren häufig. Mit jeder Episode steigt das Risiko einer weiteren Episode
- Das Absetzen der Medikation erhöht das Risiko!
- Besprechen Sie all Ihre Ängste bezüglich der Medikamente mit Ihrem Facharzt