

6.TERMIN

PSYCHOPHARMAKA

Allgemeines

Die Aufklärung von Patienten

I. NEUROLEPTIKA

Typische Neuroleptika („klassische“)

Atypische Neuroleptika

II. TRANQUILIZER / ANXIOLYTIKA

III. ANTIDEPRESSIVA

Tri- und tetrazyklische Antidepressiva („klassische“)

Monoaminoxidasehemmer (MAO-Hemmer)

Selektive Serotonin- Wiederaufnahme- Hemmer (SSRI)

Phytopharmaka

IV. PHASENPROPHYLAKTIKA

Lithium

Carbamazepin

Valproinsäure

Lamotrigin

V. PSYCHOSTIMULANTIEN

Methylphenidat



PSYCHOPHARMAKA

Definition: Jede Substanz, die in die Regulation zentralnervöser Funktionen eingreift und seelische Abläufe modifiziert ("psychotroper Effekt"), ist ein Psychopharmakon.

Allgemeines

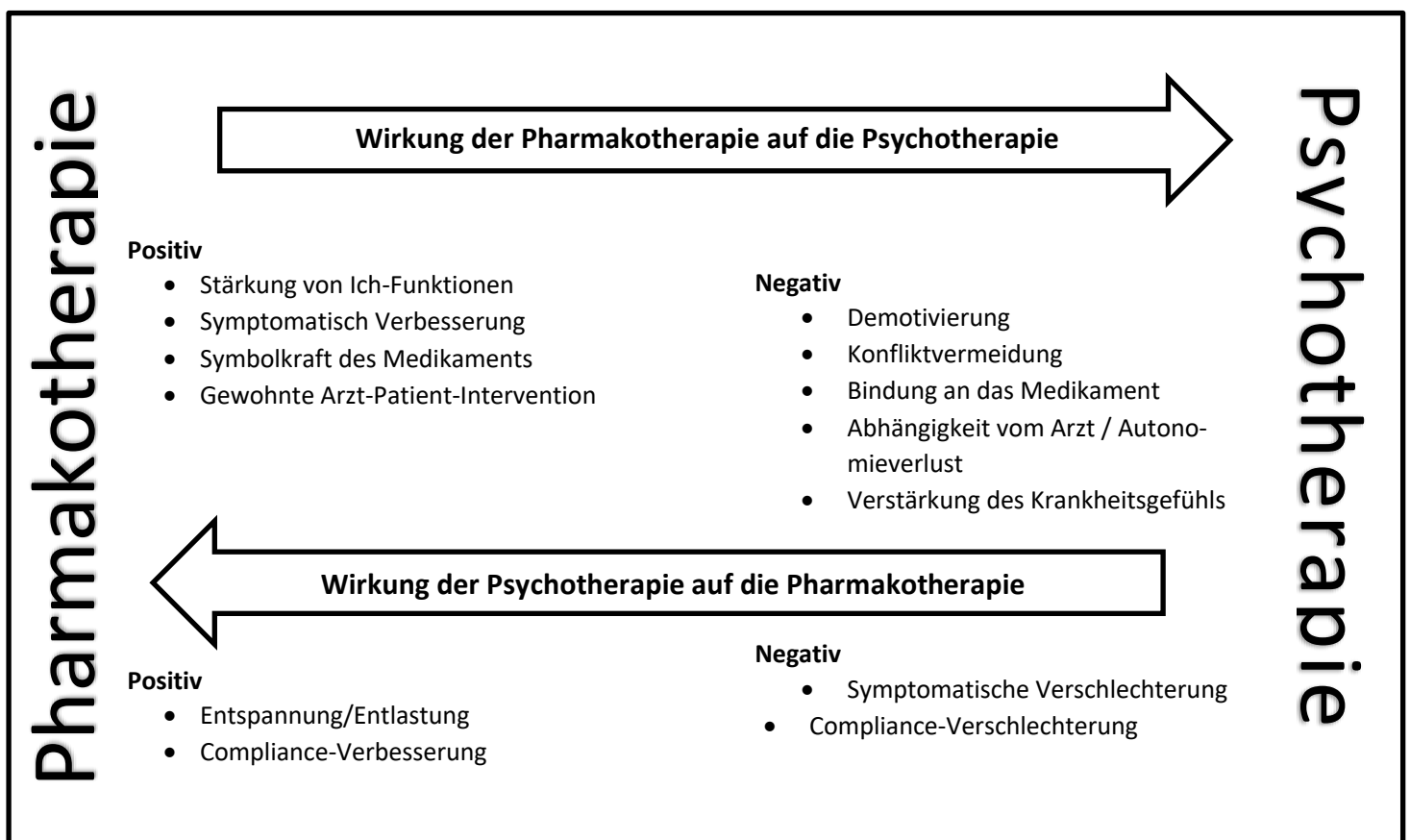
Zur allgemeinen Ausbreitung der Psychopharmaka in der Psychiatrie kam es in den 50er Jahren und sie hat in der Behandlung seelischer Krankheiten immense therapeutische Möglichkeiten eröffnet. Zum einen konnten Psychose- Patienten durch Medikamente beruflich und sozial wieder rehabilitiert werden (durch gezielte Behandlung akuter Psychosen und die Langzeitprophylaxe), zum anderen wurde es auch Nicht- Psychiatern möglich, psychische Störungen, auch ambulant, zu behandeln.

So schuf die Psychopharmakotherapie zusammen mit der Psychotherapie die Voraussetzung für die Psychiatrie- Reform in den letzten Jahrzehnten.

Der Umgang mit Psychopharmaka erfordert fundiertes Wissen und Verantwortung, da die richtige Dosierung entscheidend ist, um die Symptome zu lindern und gleichzeitig die Nebenwirkungen gering zu halten.

Alle folgenden Medikamente sind verschreibungspflichtig!

Sehr vielen Patienten psychischer Krankheiten werden Psychopharmaka verordnet, weil sie bei bestimmten Krankheitsbildern *langfristig* für eine bessere Prognose wichtig sind und *kurzfristig* oft die einzige Möglichkeit darstellen, quälende oder gar selbstzerstörerische psychische Symptome zu lindern. Behandlungsziel darf hier weder die "Ruhigstellung" unbequemer Patienten noch der Ersatz "aufwendiger" Therapien durch "arbeitssparende" Pillen sein. Vielmehr ermöglicht Psychopharmaka dem Patienten durch die Symptomlinderung oft erst andere Therapien (z.B. Psychotherapie).



Die Aufklärung von Patienten

Da die Psychotherapeutin meist diejenige ist, die den Patienten regelmäßig sieht, übernimmt sie eine wichtige Aufklärungs- und Kontrollfunktion.

Die Aufklärung sollte folgende Punkte beinhalten:

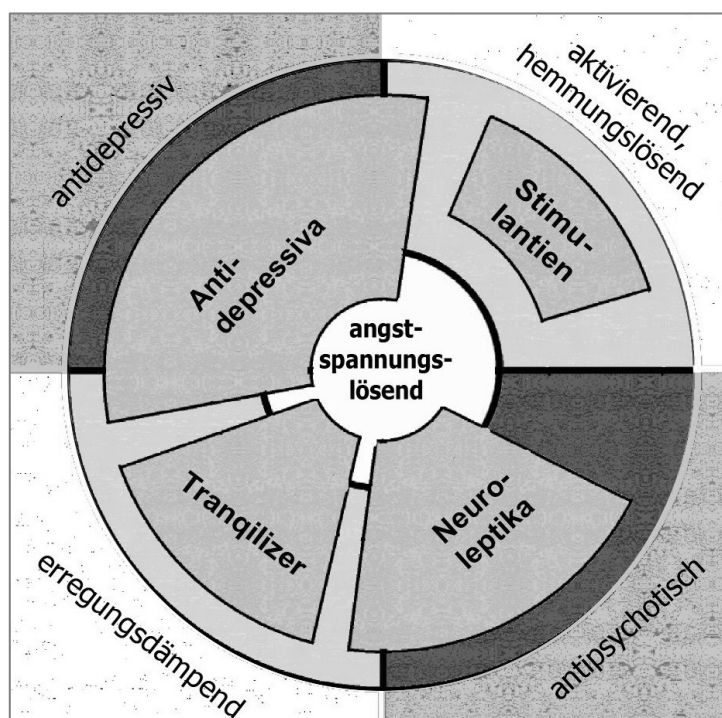
- Bestehe, wenn nicht sowieso erfolgt, auf eine ärztliche (möglichst nervenärztliche bzw. psychiatrische) Untersuchung und Abklärung.
- Frage, ob der Arzt informiert wurde über andere Medikamente, die der Patient einnimmt, und ob Probleme (auch frühere) mit Alkohol, Drogen, Schmerz- und Beruhigungsmitteln bestehen.
- Kläre über die Risiken einer eigenmächtigen Dosisänderung / abruptes Absetzen der Medikamente / eigenmächtige Kombination mit anderen Medikamenten / Konsum von Alkohol auf.
- Kläre über die Risiken der möglichen negativen Wirkung von Psychopharmaka auf die Fahrtauglichkeit und entsprechend auch sonstige Unfallgefährdung, z.B. bei Arbeiten auf Leitern oder Gerüsten, auf.
- Vergewissere Dich, dass der Patient bei Langzeittherapie mit Lithium, Antiepileptika, Clozapin, usw. einen Behandlungsausweis mit sich führt.

Kontrolliere während der gesamten Behandlungsdauer den Patienten auf Symptome, die auf Nebenwirkungen, Überdosierung usw. hinweisen könnten. Auch eine Verbesserung/ Verschlechterung des Allgemeinzustandes kann auf eine fällige Veränderung in der Medikation hinweisen.

Pflichten des Heilpraktikers in Bezug auf Patienten mit Medikamenteneinnahme

- Sorgfaltspflicht: Cave Suizidalität (Abklärung), unerwünschte Arzneimittelwirkungen, Wechselwirkungen
 - Pharmakotherapie ist Sache des Facharztes
 - Dosis wird ausschließlich vom Facharzt reguliert
 - Zusammenarbeit mit den Fachärzten (wenn möglich)
- Aufklärungspflicht: Nur aufklären wenn ausreichend Sachkenntnis vorhanden (Fortbildungspflicht)
 - Aufklärung über Zuständigkeitsbereich des HP-Psych.
- Dokumentationspflicht (Aufbewahrungspflicht 10 Jahre)

Wirkungen:



I. NEUROLEPTIKA / ANTIPSYCHOTIKA

Mit der Entwicklung erster Neuroleptika in den 50er Jahren konnte die antipsychotische Therapie - die bis dahin v.a. in einer Art "künstlicher Winterschlaf" mit Barbituraten oder Opium bestand - revolutioniert werden. Mit ihnen konnte die **Dopamintransmission** beeinflusst werden. Dopamin hat eine direkte Wirkung auf Denken, Emotionen, Verhalten und das extrapyramidale System (s. Parkinson = Dopamin- Mangel). Ihre Wirkung ist v.a. antipsychotisch; sie wirken „ordnend“ und sedierend. Sie zeichnen sich durch gute Wirksamkeit auf die *Positivsymptomatik* (produktive Symptome) aus und führen zu einer deutlichen Verbesserung der Lebensqualität der Patienten.

...diese Nebenwirkungen, die neurologischen Krankheiten ähneln, gaben den Neuroleptika auch ihren Namen!

Bald zeigte sich jedoch, dass eine (postsynaptische) Dopaminblockade über einen bestimmten Schwellenwert hinaus zu extrapyramidal-motorischen Störungen wie Akathisien (Sitzunruhe), Dyskinesien (Bewegungsstörungen) und parkinson-ähnlichen Symptomen führt.

Vor allem die massiven extrapyramidal-motorischen Störungen, aber auch die schlechte Wirksamkeit auf die *Negativsymptomatik* bei der Behandlung mit typischen (klassischen) Neuroleptika sind eine Ursache verminderter Compliance der Patienten - etwa 50% brechen die Langzeit-Therapie nach einem Jahr und bis zu 75% nach zwei Jahren wieder ab.

Typische (klassische) Neuroleptika

Klinisch unterteilt man die klassischen Neuroleptika nach der antipsychotischen Wirkpotenz:

- *schwachpotente Neuroleptika: stark sedierend (ruhigstellend) und anxiolytisch (angstlösend); geringe antipsychotische Wirkung; mehr vegetative als extrapyramidal- motorische Nebenwirkungen. Höhere Dosierungen sind notwendig.*
Bsp.: Prometazin ATOSIL®
- *mittelpotente Neuroleptika: Mittelstellung zwischen schwach- und hochpotent;*
Bsp.: Perazin TAXILAN®
- *hochpotente Neuroleptika: stark antipsychotische Wirkung auf paranoid-halluzinatorische Syndrome; geringe sedierende Wirkung; häufig extrapyramidal- motorische Nebenwirkungen, aber kaum vegetative. (Hier tritt die sedierende Wirkung (psychomotorisch hemmende) sofort ein, die antipsychotische allerdings erst nach einem Zeitraum von ein bis drei Wochen. H A L - D O L ° ist für die Notfallmedizin immer noch das Mittel erster Wahl, da es schnell wirkt und kurzzeitig eingesetzt gut verträglich ist.)*

Bsp.: Haloperidol HALDOL®

Wegen der ausgeprägten Nebenwirkungen werden klassische Neuroleptika – vor allem solche mit hoher Potenz – in der Regel nur kurzzeitig in den Akutphasen schwerer psychischer Erkrankungen wie der Schizophrenie oder der Manie gegeben.

Atypische Neuroleptika

Bsp.: Clozapin LEPONEX®, Olanzapin ZYPREXA®, Risperidon RISPERDAL®, Quetiapin SEROQUEL®

1972 wurde mit CLOZAPIN das erste **atypische Neuroleptikum** entwickelt, bei dem eine antipsychotische Wirkung ohne die typischen motorischen Nebenwirkungen und eine bessere Wirkung bei der sogenannten Negativsymptomatik der Schizophrenie eingesetzt werden, bei der Antriebsarmut und eine Verarmung von Sprache und Gefühlsleben im Vordergrund stehen. Allerdings besteht hier die Gefahr der lebensbedrohlichen Agranulozytose (Abfall der weißen Blutkörperchen), so dass regelmäßige Blutbildkontrollen nötig sind und heute CLOZAPIN nur nach erfolglosen Versuchen mit mehreren anderen Neuroleptika verabreicht wird.

Seit den 90er Jahren wurden weitere atypische Neuroleptika mit unterschiedlichen Profilen entwickelt, die alle eine bessere Wirkung auf die Negativsymptomatik haben, aber auch unterschiedliche Nebenwirkungen und Risiken aufweisen (z.B. OLANZAPIN = starke Gewichtszunahme).

Atypische Neuroleptika werden auch bei bipolaren Erkrankungen und zum Teil bei Depressionen zur Verhinderung erneuter Krankheitsphasen eingesetzt.

Atypische Neuroleptika machen ca. 60% der verschriebenen Neuroleptika aus.

Indikationen für Neuroleptika

- **akute psychotische Zustände** (Schizophrenie und schizo-afektive Schübe, Manien)
- **chronische Psychosen** und Residuen (Schizophrenie, organische Psychosen)
- **akute Erregungszustände** jeglicher Genese (auch Delirien)
- **Rezidivprophylaxe**
- Zwangssymptome, Verhaltensstörungen im Kindesalter
- teilweise Schmerzsymptome, hyperkinetische Symptome, Schlafstörungen, Erbrechen

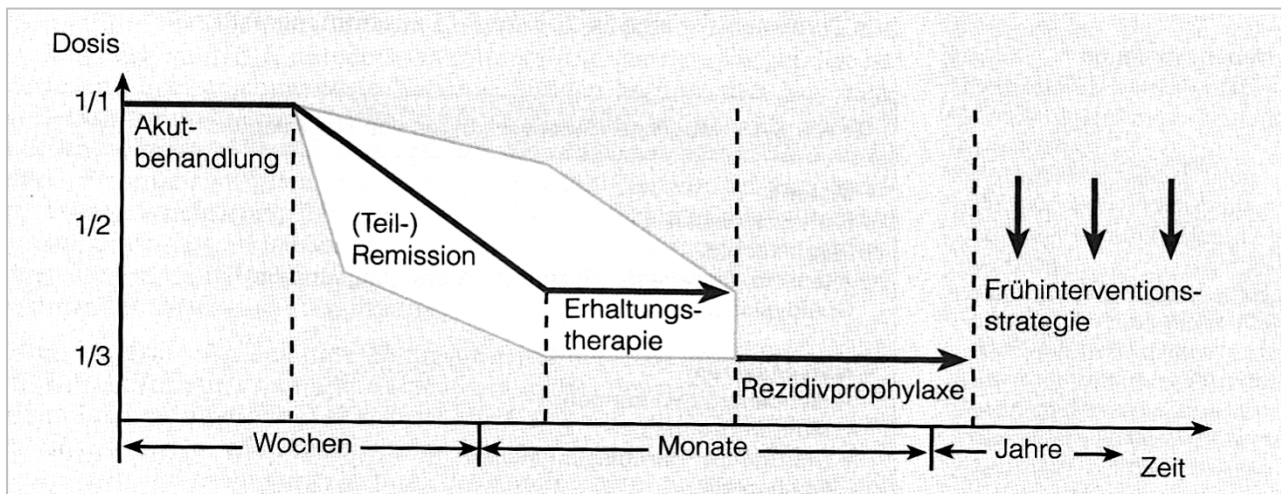
Zielsymptome für Neuroleptika (*positive Symptome/Plus-Symptome*)

- Erregung
- Katatone Symptome
- Affektivitätsstörung
- Wahn
- Halluzination
- Denkstörungen

Medikation von Neuroleptika

In der Regel werden Patienten, die auf Neuroleptika ansprechen, auf einer sog. Erhaltungsdosis oder Rezidivprophylaxe weiterbehandelt, d.h. sie nehmen gerade noch so viel Medikamente ein, dass die therapeutische Wirkung erhalten bleibt. Da hier jedoch die Compliance der Patienten v. a. bei den typischen Neuroleptika gering ist, wird häufig Depot- Neuroleptika, das 2-4 Wochen wirkt, verabreicht. (geht bei den meisten atypischen Neuroleptika nicht, da hauptsächlich orale Einnahme geht.)

Neuroleptika sollte stets ausschleichend abgesetzt werden.



Der Faktor Zeit spielt beim Reduzieren von Neuroleptika eine wichtige Rolle. Je höher die Dosierung ist und je länger Neuroleptika eingenommen wurden, desto mehr Zeit muss in der Regel für die Reduktion eingerechnet werden. Da alle Psychopharmaka auf Dauer Veränderungen im Gehirn verursachen, sollte dem Gehirn Zeit gegeben werden, mit einer geringeren Dosis bzw. ohne Medikamente auszukommen.

Wichtige Nebenwirkungen von Neuroleptika*

Klassische Neuroleptika (1. Generation)

**„wichtig“ betont die unterschiedliche Gewichtung! Prinzipiell können alle NW bei beiden Gruppen auftreten.*

- **Motorische Begleiteffekte** (extrapyramidal- motorische Symptome) sind die häufigsten:
 - Frühdyskinesien: bei ca. 10%, aber reversibel. Blickkrämpfe, Zungen- und Schlundkrämpfe, Torticollis (Schiefhals), Halbseitenkrämpfe, Sprechstörungen;
Behandlung: Anti-Parkinson-Mittel wie Biperiden (Akineton®) beheben die Störungen prompt! Neuroleptikum muss nicht abgesetzt werden, eventuell Dosisreduzierung.
 - Hypokinetisches Syndrom/Parkinsonoid: meist 2-3 Wochen nach Behandlungsbeginn bei ca. 15%, aber reversibel. Hypokinese, Rigor, kleinschlägiger Tremor, typische Haltung mit kleinschrittigem Gang, Salbengesicht (abnorme Talgproduktion), Speichelfluss;
Behandlung: Dosisreduzierung oder -wechsel zu einem weniger extrapyramidal- motorisch wirksamen, atypischen Neuroleptikum; außerdem auch Anti-Parkinson-Mittel wie Biperiden
 - Akathisie (Sitzunruhe): bei ca. 20%. ständiges Bewegungsbedürfnis, vor allem in den Beinen, Trippeln.
Behandlung: Dosisreduzierung oder -wechsel zu einem weniger extrapyramidal- motorisch wirksamen, atypischen Neuroleptikum; sonst Betarezeptorenblocker wie Propanolol (Dociton®)
 - Spätdyskinesien: nach längerer Behandlung bei 10-20%; können lange Zeit bestehen, tlw. Irreversibel. Hyperkinetische Dauersymptome wie „Mümmeln“ (unwillkürliche Bewegungen des Mundes), der Augenmuskeln, der Extremitäten (Finger und Zehen). schwerste Verläufe ähnlich Chorea Huntington.
Behandlung: schwierig! Neuroleptikum reduzieren oder langsam ausschleichen; Wechsel zu einem weniger extrapyramidal- motorisch wirksamen, atypischen Neuroleptikum
- **vegetative Symptome:** (stärker ausgeprägt besonders bei niederpotenten)
 - Anticholinerge Effekte wie Speichelfluss, Mundtrockenheit, Schwitzen, Harnverhalt, , Amenorrhoe, Libidoverlust.
 - Orthostatische Hypotonie (starker Blutdruckabfall beim Aufstehen), Herzrhythmusstörungen
 - Sedierung/Müdigkeit

Atypische Neuroleptika (2. Generation)

- **vegetative Symptome:**
 - Gewichtszunahme, diabetische Stoffwechselentgleisung, Fettstoffwechselstörungen
 - Agranulozytose, v.a. Clozapin (Blutbildkontrolle!)
 - Sedierung/Müdigkeit
 - Anticholinerge Effekte eher moderat, je nach Substanz.

seltener: malignes neuroleptisches Syndrom: Hyperthermie (Fieber), Akinesie, Verwirrtheit, Tachykardie
Cave: Das MNS ist lebensbedrohlich und verlangt das sofortige Absetzen des Neuroleptikums und weitere Vitalüberwachung!

Außerdem Therapeutisches Dilemma: Die Symptombilder der perniziösen Katatonie (Notfall der katatonen Schizophrenie) und des MNS sind fast identisch, aber in der Behandlung gegensätzlich. Bei erstem hochdosiert Neuroleptika; im 2. Fall sofortiges Absetzen des Neuroleptikums!

II. TRANQUILIZER / ANXIOLYTIKA / HYPNOTIKA

Bsp.: Diazepam VALIUM®, Lorazepam TAVOR®, Bromazepam LEXOTANIL®

Tranquilizer wirken **entspannend** (relaxierend), **angstlösend** (anxiolytisch), sedierend bis schlafanstoßend (hypnotisch), antikonvulsiv (krampflösend) und muskelentspannend. Sie sind die bevorzugten „Beruhigungsmittel“ und gehören zu den meistverschriebenen Medikamenten überhaupt. Im Vergleich zu anderen Psychopharmaka sind sie gut verträglich, haben aber ein **Abhängigkeitsrisiko**. Sie sollten daher nur ca. 2-3 Wochen, jedoch maximal 6 Wochen eingenommen werden, da starke Suchtgefahr besteht.

Die Hauptgruppe bilden die **Benzodiazepine**, bei denen man zwischen kurz-, mittel- und langwirksamen Mitteln (*Wirkdauer bis 6 Std., 6-24 Std., über 24 Std.*) unterscheidet.

Manche Mittel wirken eher beruhigend/angstlösend, andere eher entspannend/muskelentspannend. Pharmakologisch wirken Benzodiazepine auf das GABA-System (Neurotransmitter Gamma-Aminobuttersäure) ein, indem sie die Rezeptorempfindlichkeit erhöhen, womit eine Dämpfung von Erregung und Angst einhergeht. Benzodiazepine bieten eine breite Einsatzmöglichkeit; sie werden in Comedikation zu Antidepressiva und Neuroleptikum gegeben, z.B. bei Manien und Schizophrenien zur Beruhigung.

In psychiatrischen Notfällen werden sie häufig eingesetzt und sind heute das bevorzugte Schlafmittel.

Indikationen von Benzodiazepinen

- Angst- und Spannungszustände
- Funktionelle Störungen
- muskuläre Verspannung
- Erregung
- Entzugssyndrome
- Epilepsie

Nebenwirkungen von Benzodiazepinen

In der Regel sind Benzodiazepine gut verträglich. Die wichtigste akute Nebenwirkung ist **Müdigkeit** (Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit). Bei langfristiger Medikation: Appetitverlust, Verstimmungen, Verwirrtheit.

Bei Überdosierung (Intoxikation) wie sie bei Selbstmordabsichten vorkommen, können delirante Psychosen auftreten; spezifisches Gegengift zur Behandlung ist Flumazenil (Anexate®).

In hohen Dosen sind Benzodiazepine nicht lebensbedrohlich.

Psychische und physische **Abhängigkeit** können auch bei langfristiger Niedrigdosis (regulären Verschreibungsmengen) auftreten,
deshalb sollten Benzodiazepine nur kurzfristig als Schlaf- und Beruhigungsmittel eingesetzt werden!

Bei plötzlichem Absetzen kommt es zu **Entzugerscheinungen** mit Schlaflosigkeit, Unruhe, Zittern, Angstzustände und Alpträume (Reboundphänomenen). Bei zuvor hoher Dosierung kann es gelegentlich sogar zu Krampfanfällen und Delirien kommen.

Bei älteren Patienten und hoher Dosierung können **Paradoxphänomene** vorkommen mit Agitiertheit, Erregungszustände, und Schlafstörungen.

Kontraindikationen sind alle Intoxikationen, Schwangerschaft und Stillzeit.

III. ANTIDEPRESSIVA (THYMOLEPTIKA)

Antidepressiva wirken stimmungsaufhellend und angstlösend und beeinflussen die depressive Symptomatik insgesamt (Stimmung, Antrieb, Leistung). Manche wirken eher beruhigend, andere antriebssteigernd. Bei Antidepressiva besteht **keine Abhängigkeitsgefahr**, sie wirken außerdem nur bei Depressiven stimmungsaufhellend, nicht bei Gesunden.

Wirksamkeit von Antidepressiva liegt in der Regel bei 70%.

Indikationen für Antidepressiva

- Jede Form depressiver Verstimmung
- Rezidivprophylaxe von Episoden einer Major-Depression
- Panikattacken, Zwangsstörungen
- Entzugssyndrome
- chronischen Schmerzen, Schlafstörungen
- sozialer Angststörung
- posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS)

Unterteilung von Antidepressiva

klassische Antidepressiva:

Bsp.: Amitriptylin-Typ SAROTEN®, Imipramin-Typ TOFRANIL®, Desipramin-Typ NORTRILEN®

Die klassischen Antidepressiva hemmen die Aufnahme von Serotonin/Noradrenalin an den Synapsen. Nebenwirkungen: eine Reihe unerwünschter Nebenwirkungen, die sich aus der *anticholinergen Wirkung* der Medikamente ergeben (hemmen die Wirkung des Acetylcholins und damit den Parasympathikus), aber oft nach einigen Tagen wieder nachlassen:

- anticholinerge Wirkung: Tachykardie, Hypertonie, Miktionsstörungen bis Harnverhalt
- Kreislaufstörungen mit Blutdrucksenkung, Schwindel
- Mundtrockenheit, Obstipationsstörungen, Übelkeit, Erbrechen
- Schwitzen, Zittern, Koordinationsstörungen
- Gewichtszunahme
- Libidostörungen
- Akkomodationsstörungen der Augen
- selten: Herzrhythmusstörungen, zerebrale Krampfanfälle und Delir, Glaukom(=grüner Star; Augenüberdruck mit Gefahr der Erblindung)
- selten: umkippen in Manie, Suizid, Gewaltausbrüche

Selektive Serotonin- Wiederaufnahme- Hemmer (SSRI):

Bsp.: Sertralin ZOLOFT®, SERTRALIN®, Escitalopram CIPRALEX®, Citalopram CIPRAMIL®

Serotonin - Noradrenalin - Wiederaufnahme - Hemmer (SNRI):

Bsp.: Venlafaxin TREVILOR®/ EFEXOR®, Duloxetin CYMBALTA®, ARICLAIM®

SSRI und SNRI sind neuere Antidepressiva, die bei ungefähr gleicher Wirksamkeit insgesamt besser verträglich sind als die trizyklischen und mittlerweile am häufigsten eingesetzt werden (ca. 60 % aller Antidepressiva). Alle neueren AD wirken nicht sedierend, sondern eher antriebssteigernd.

Nebenwirkungen:

- Schlaflosigkeit
- Schwindelgefühl, Kopfschmerzen, Somnolenz
- Übelkeit, Diarrhoe, Mundtrockenheit
- Sexuelle Funktionsstörung (können auch nach Absetzen bestehen bleiben)

Weiterhin zu beachten:

- Suizid / Suizidgedanken (bei unter 25-Jährigen)
- Herzrhythmusstörungen (bei Herzpatienten)
- Psychosen (bei psychotischen Patienten)
- Krampfanfälle (bei Patienten mit Epilepsie)
- Manie (bei bipolaren Patienten)

Monoaminoxidasehemmer (MAO-Hemmer)

Ältere, nur noch selten eingesetzte Medikamente. MAO-Hemmer werden in selektiv oder nichtselektiv sowie reversibel oder irreversibel unterteilt, wobei irreversibel bedeutet, dass die betroffenen Enzyme vom Körper erst wieder neu gebildet werden müssen, was Wochen dauern kann. Sie haben eine stark antriebssteigernde und stimulierende Wirkung und kommen oft nur noch bei Therapieresistenz auf andere AD, bei gehemmten Depressionen und atypischer Symptomatik zum Einsatz. Die Wirkung erfolgt oft schon nach einigen Tagen. Nebenwirkungen: Blutdruckprobleme, Schlafstörungen, Gewichtszunahme, sexuelle Probleme, innere Unruhe.

Bei der Medikation muss eine Diät mit folgenden Verzichtn eingehalten werden:

- Nachtschattengewächse (Tomaten)
- Beruhigungsmittel (z.B. Benzodiazepine)
- tyrosinhaltige Lebensmittel (z.B. Fisch, Geflügel, weiße Bohnen, Chianti - Weine)
- tyraminreiche Lebensmittel (z.B. Schokolade, Bananen, Ananas, Birnen, Alkohol, Käse, usw.)
- Antidepressiva, vor allem Serotonin-Wiederaufnahmehemmer

Phytopharmaka - Johanniskraut

Johanniskraut kann bei leichten bis mittelschweren Depressionen eingesetzt werden, wobei die Wirksamkeit kontrovers diskutiert wird. Auch bei Johanniskraut ist -wie bei anderen Antidepressiva- mit der üblichen verzögerten Wirksamkeit von ca. 10 - 14 Tagen zu rechnen.

Nebenwirkungen

- -gesteigerte Lichtempfindlichkeit (sog. Photosensibilität) der Haut.
- Müdigkeit oder Benommenheit
- Unruhe, Nervosität (paradox, v. a. zu Beginn)
- Magen-Darm-Beschwerden (Übelkeit, Bauchschmerzen, Durchfall)

Wechselwirkungen

- Antibabypille (verminderter Schutz → ungeplante Schwangerschaft möglich)
- Antidepressiva (Serotonin-Syndrom mit: Zittern, Schwitzen, Fieber, Durchfall, Verwirrtheit)
- Allgemein werden Medikamente schneller abgebaut oder schlechter aufgenommen und könnten evtl. nicht mehr zuverlässig wirken – dies muss ärztlich abgeklärt werden.

Medikation von Antidepressiva

Die Nebenwirkungen zeigen sich meist noch vor der stimmungsaufhellenden Wirkung, die frühestens erst nach 10-20 Tagen einsetzt, dies ist insofern für die erforderliche *Compliance* wichtig.

Dadurch kann es in der ersten Zeit der Einnahme zu **einer erhöhten Suizidgefährdung** kommen, da die antriebssteigernde Wirkung (daher ggf. Unruhe, Tatkraft, auch Ängste) schon nach einigen Tagen einsetzt, die aufhellende aber noch auf sich warten lässt.

In dieser Phase ist besondere Unterstützung nötig!!

Hier müssen unbedingt auch Angehörige usw. mit einbezogen werden!!

Selten entsteht bei Dosisänderung, Medikamentenwechsel oder Kombination das Serotonin-Syndrom - eine akute, potenziell gefährliche Überstimulation des serotonergen Systems; es entsteht meist innerhalb von Stunden bis 1–2 Tagen. Typische Symptome sind: *starke Unruhe, Angst, Verwirrtheit, Zittern, Muskelstörungen, Fieber, starkes Schwitzen, Durchfall, Übelkeit*. Die Symptome können mild bis schwer (Notfall) sein.

Ketamin

Ketamin (häufig in Form von Esketamin, Handelsname: Spravato®) ist in Deutschland mit kurzfristiger Zulassung als Nasenspray zugelassen. Es kann bei Patienten mit therapieresistenter* Depression eingesetzt werden. Es hat einen anderen Wirkmechanismus, da es den Neurotransmitter Glutamat moduliert, nicht Serotonin/Noradrenalin.

Interessant ist hier die schnelle Wirkung: anders als klassische Antidepressiva kann Ketamin oft innerhalb von Stunden bis wenigen Tagen eine deutliche Besserung bringen. (auch bei Suizidgedanken relevant). Es ist gut kombinierbar mit anderen Antidepressiva.

Nebenwirkungen: Blutdruckanstieg, Schwindel, Dissoziation, Übelkeit.

Ketamin / Esketamin ist in Deutschland eine Reserveoption für schwer therapieresistente Depressionen und ergänzt das therapeutische Arsenal bei schwierigen Fällen.

**therapieresistent bedeutet, dass mindestens 2 Standardantidepressiva nicht geholfen haben.*

IV. PHASENPROPHYLAKTIKA

Zur Phasenprophylaxe bei rezidivierenden affektiven und schizo-affektiven Psychosen können bestimmte Medikamente eingesetzt werden (auch „Stimmungsstabilisierer“) und damit das Rückfallrisiko in einer erneuten Krankheitsphase zu verringern bzw. möglichst ganz zu verhindern.

Lithium

Lithium gehört zu den Spurenelementen und ist ein normaler Bestandteil unserer Nahrung, die normale Lithiumeinnahme liegt bei 0,1-2,0mg täglich. In der Psychiatrie wird Lithium in hohen Dosen zwischen 170-280 mg täglich verabreicht. Der pharmakologische Wirkmechanismus von Lithium ist bis heute ungeklärt, aber Lithium hilft bei 75% der Patienten (hat nur aber eine geringe therapeutische Breite).

Indikationen für Lithium

- Prophylaxe der bipolaren affektiven Störung (auch im Rahmen schizoaffektiver Psychosen)
- Behandlung der manischen Episode, gegebenenfalls in Kombination mit Neuroleptika
- Depressionen, z. B. bei Therapieresistenz oder Unverträglichkeit von Antidepressiva, gegebenenfalls in Kombination mit Antidepressiva
- Cluster-Kopfschmerz (Bing-Horton-Syndrom)
- Impulsivität & Aggression (noch off-label)

Nebenwirkung von Lithium

bei richtiger Dosierung gut verträglich, relativ häufig sind:

- Tremor (Fingerzittern) und leichte Koordinationsstörungen
- verstärkter Durst und Polyurie (vermehrtes Wasserlassen)
- Schwindel, Erbrechen, Durchfälle
- Gewichtszunahme bei 20%, zum Teil erheblich
- Struma (Schilddrüsenvergrößerung)
- Mattigkeit
- *selten*: gastrointestinale Störungen, Haarausfall, Gesichts- und Knöchelödeme

Intoxikation von Lithium

- Händezittern (Tremor), Muskelzuckungen
- Koordinationsstörungen, Gangstörungen (Ataxie), Schwindel, Sprachstörungen (Dysarthrie)
- Appetitminderung
- Erbrechen, Durchfall
- Krampfanfälle, Bewusstseinsstörungen bis hin zum Koma
- Vermehrter Durst (Polydipsie)
- Gesteigerte Urinausscheidung (Polyurie)

Sofortmaßnahmen bei Lithium-Vergiftung:

- absetzen
- viel trinken
- zum Arzt gehen

Die verschiedenen Nebenwirkungen machen regelmäßige **Kontrollen** erforderlich (Urin, Blutbild, Elektrolyte, Schilddrüsenwerte, Blutzucker, EKG) und der Serumlithiumspiegel wird regelmäßig gemessen (erst wöchentlich, dann monatlich bis vierteljährlich).

Medikation für Lithium

Der Patient sollte seinen **Lithiumausweis** bei sich tragen, da eine *Lithiumintoxikation* gefährlich ist. Sie wird durch *Überdosierung, kochsalzarme Diät und Verlust von Natrium und Flüssigkeit begünstigt*.

Eine Intoxikation zeigt sich zuerst durch grobschlägigem Tremor, Diarrhö, Somnolenz, Dysarthrie, Dyskinesien und Schwindel. In schweren Fällen kann es zu zerebralen Krampfanfällen, Koma, Nierenversagen und Herzrhythmusstörungen führen. Setzt man Lithium plötzlich ab, ist die Gefahr von Rückfällen besonders hoch. Besteht kein Grund dazu, das Medikament plötzlich abzusetzen, sollte eine Lithium-Behandlung nur ausschleichend beendet werden.

Kontraindikationen sind Herz- und Nierenleiden, Nebennieren- und Schilddrüsenunterfunktion. Lithium wird nicht beim rapid cycling gegeben; (besser Valproat oder Carbamazepin).

Carbamazepin

Carbamazepin ist ein Antiepileptikum, das vorwiegend gegen Epilepsien eingesetzt wird. Weiterhin zur Phasenprophylaxe bei affektiven Störungen wie Depressionen oder Manie.

Die praktische Durchführung der Behandlung mit Carbamazepin folgt den gleichen Grundsätzen wie bei Lithium. Es wirkt deutlich antimanisch und phasenprophylaktisch, wobei auch hier der Wirkmechanismus ebenfalls ungeklärt ist. Die therapeutische Breite ist gering. Es sollte anfangs langsam in der Dosis gesteigert werden und auch nach der Therapie nur langsam abgesetzt werden.

Nebenwirkungen bei Carbamazepin

ähnlich wie bei trizyklischen Antidepressiva und Neuroleptika

- Müdigkeit, Schwindel, Ataxie
- gastrointestinale Störungen mit Übelkeit
- Leberschädigung
- Herzrhythmusstörungen
- seltener: Lyell-Syndrom mit großflächigem Ablösen der Haut und Fieber

Valproinsäure

Valproinsäure ist ebenfalls ein Mittel gegen Epilepsie. Bei *häufigen Phasenwechseln* in der Vorgesichte ist es einer Prophylaxe durch Lithium oft überlegen. Wegen der Gefahr schwerer Nebenwirkungen kann Valproinsäure nicht bei bestimmten Erkrankungen (z.B. Leber und Bauchspeicheldrüsen Gerinnungsstörungen) verordnet werden.

Nebenwirkung von Valproinsäure

- Gewichtszunahme oder -abnahme
- Müdigkeit und Bewusstseinsstörungen / Verwirrtheit
- Enzephalopathie / Koordinationsstörungen / Ataxie
- Sensibilitätsstörungen
- Halluzinationen
- Übelkeit, Erbrechen
- Leberschäden, Bauchspeicheldrüsenentzündungen
- Blutbildveränderungen, Gerinnungsstörungen / Blutungen
- Hauterkrankungen / Haarausfall
- Veränderungen der Eierstöcke / Polyzystische Ovarien

Lamotrigin

Ein seit 1993 zugelassenes Antiepileptikum, mit einem recht neuen Wirkstoff, der durch eine Blockierung die Freisetzung von Glutamat verhindert (wichtigster Transmitter für erregende Impulse). Es dient ebenfalls als gutes Phasenprophylaktikum bei Depressionen und Manien und scheint sehr gut verträglich zu sein (gilt auch als Mittel der Wahl bei Schwangeren).

Nebenwirkung von Lamotrigin

- Haut- und Schleimhautreaktionen (tlw. heftige Ausschläge)
- Kopfschmerzen, Schwindel
- Übelkeit, Schlafstörungen
- *seltener*: Störungen im Bewegungsablauf (Ataxie), Tremor

In schwierigen Fällen kombiniert man zwei oder drei dieser Phasenprophylaktika miteinander.

V. PSYCHOSTIMULANZIEN

Unter Psychostimulanzien versteht man Substanzen, die eine anregende Wirkung auf den Organismus haben. Sie erhöhen die Aktivität oder die Geschwindigkeit der Nervenzellen und wirken dadurch antriebssteigernd und kurzfristig leistungs- und konzentrationssteigernd.

Viele Psychostimulanzien gehören zur Gruppe der Amphetamine, die die Wiederaufnahme von Dopamin und Noradrenalin aus dem synaptischen Spalt hemmen und gleichzeitig die Freisetzung von Dopamin steigern. Auf diese Weise sorgen sie dafür, dass diese Botenstoffe verstärkt zur Verfügung stehen.

Durch die starke „Belohnungswirkung“ des Botenstoffs Dopamin bergen viele Psychostimulanzien die Gefahr einer Abhängigkeit. Zu den Psychostimulanzien gehören z. B. auch Nikotin, Rauschmittel wie Kokain oder Ecstasy, aber auch Genussmittel wie Kaffee.

Methylphenidat (Ritalin, Concerta)

Methylphenidat ist zur Behandlung des Aufmerksamkeitsdefizit (Hyperaktivitäts-) Syndroms im Kindes und Jugendalter zugelassen. Derzeit ist es Mittel der Wahl. Es bewirkt durch eine Blockade des Dopamintransports eine Rückaufnahmehemmung von Dopamin im synaptischen Spalt, erhöht somit die Konzentration dieser Stoffe.

Methylphenidat ist BTM-pflichtig, da grundsätzlich ein Missbrauchs- und Abhängigkeitsrisiko besteht, das sich jedoch klinisch nicht als Problem erwiesen hat (besonders bei Retardpräparaten).

Indikation

- ADHS
- Narkolepsie

Bei ADHS scheint in den Hirnregionen, in denen Aufmerksamkeit und Bewegung gesteuert werden, Dopamin zu fehlen, welches emotionale und geistige Reaktionen beeinflusst und Bewegungsentwürfe, z.B. die Mimik, steuert. Störungen im Dopaminhaushalt werden bei verschiedenen Erkrankungen beobachtet bzw. vermutet, z.B. Parkinson-Krankheit (Dopaminmangel) Schizophrenie (Dopaminüberschuss). Es allerdings immer noch unklar, was bei der Einnahme von Ritalin im Gehirn tatsächlich passiert und warum man die meist hyperaktiven Kinder mit einem Amphetamin paradoxerweise beruhigen kann.

Nebenwirkungen

- Schlafstörungen
- Appetitminderung/losigkeit
- Kopfschmerzen
- Muskelkrämpfe
- Suchtgefahr!