

THERAPIETABELLEN

Nr. 69 / Oktober 2016 / 9. Auflage

Neurologie / Psychiatrie



**Max Schmauß
Thomas Messer**

Psychiatrische Erkrankungen



Impressum	8	Neurochemisches Profil der Antidepressiva	29
Hinweise zur Benutzung der Tabellen	9	Profil wissenschaftlich-methodisch abgesicherter Johanniskraut-Extrakte	31
Vorwort	11	Biochemische Wirkungscharakteristika ausgewählter Antidepressiva	31
„10 Gebote“ für den richtigen Umgang mit Psychopharmaka	12	Unerwünschte Nebenwirkungen von Antidepressiva	32
Angsterkrankungen		Modifiziertes „Kielholz-Schema“	33
Generalisierte Angststörung (GAD)	13	Argumente für den Einsatz von TZA, SSRI und SSNRI	33
Therapiealgorithmus für die Behandlung von Angst in der Praxis	14	Dosierungen und pharmakokinetische Parameter der SSRI	35
Soziale Phobie	14	Dosierungen von SSNRI, NaSSA, SNRI, NDRI, MASSA und MMA	35
Posttraumatische Belastungsstörung	15	Therapeutisches Drug-Monitoring (TDM) der Antidepressiva und Blutspiegel	36
Wirksamkeit unterschiedlicher Substanzen bei Panikstörung	15	Cytochrom-P450-Isoenzyme	37
Therapeutisches Stufenmodell bei Panikstörung	16	Nebenwirkungsspektrum und Interaktionspotenzial der SSRI	38
Benzodiazepine und trizyklische Antidepressiva	16	Hemmung von Cytochrom-P450-Isoenzymen durch neue Antidepressiva	39
SSRI und SSNRI	17	Erforderliche Untersuchungen vor Beginn einer Therapie mit Antidepressiva	39
Monoaminoxidasehemmer (MAOH)	17	Empfehlungen für Routineuntersuchungen während einer Pharmakotherapie mit Antidepressiva	40
Die pharmakologischen Eigenschaften der Benzodiazepine	18	Interaktionen von SSRI, NaSSA, RIMA, SSNRI, SNRI, NDRI, GMO, MASSA und MMA über Cytochrom-P450-Isoenzyme	41
Vor- und Nachteile von Benzodiazepinen	18	Wichtige Interaktionen bei Antidepressiva	42
Benzodiazepine als Anxiolytika	19	Nebenwirkungen und Risiken von Antidepressiva	42
Entzugserscheinungen bei Benzodiazepin-Abhängigkeit	19	„Duale“ Antidepressiva, Agomelatin und Vortioxetin	43
Medikamente bei Angststörungen: Vor- und Nachteile	19	Monoaminoxidasehemmer (MAOH)	45
Häufig gestellte Fragen	20	Monoaminoxidasen mit Substraten und Hemmern	45
Antidepressiva bei Zwangserkrankungen	21	Irreversible MAO-Hemmer und Zusatzmedikation	46
Neuroleptika bei Zwangserkrankungen	22	Interaktionsprofil von Moclobemid	46
Persönlichkeitsstörungen		Nebenwirkungsprofile trizyklischer Antidepressiva	46
Pharmakologische Therapieansätze	22	Sedierende trizyklische Antidepressiva (Hauptvertreter) und Trazodon	47
Neuroleptische Therapieansätze	23	Nicht sedierende trizyklische Antidepressiva	47
Affektive Erkrankungen		Empfohlene Dosierungen bei trizyklischen Antidepressiva und Tianeptin	48
Pharmakologische Einteilung von Antidepressiva	25	Tetrazyklische Antidepressiva	48
Checkliste vor Beginn einer Behandlung mit Antidepressiva	25	Therapie der sogenannten Antidepressiva- Absetzsyndrome	48
Auswahlkriterien für Antidepressiva: 5 STEPS	26	Klinische Symptomatik eines zentralen Serotonin-Syndroms	49
Klinische Auswahl des Antidepressivums	26	Arzneimittel mit serotonerger Wirkprofil	49
Schematisierte Darstellung des Behandlungsverlaufs einer depressiven Erkrankung	27	Gewichtszunahme unter Therapie mit Psychopharmaka	49
Empfehlung eines pharmakologischen Stufenmodells der Therapie mit Antidepressiva	27	Synopsis bedeutsamer zentralnervöser und peripherer Nebenwirkungen von Antidepressiva	50
Depressive Störung – Behandlungs- algorithmus – Akuttherapie	28		
Mögliche klinische Bedeutung der NA-, 5HT- und DA-Wiederaufnahmehemmung	28		

Anticholinerg wirksame Pharmaka	51	Differenzialtherapie mit Lithium, Valproinsäure und Carbamazepin	62
Anticholinerge Aktivitäten von Psychopharmaka und ihre anzunehmende Wirkstärke bei Kombinationsbehandlungen	51	Rezidivprophylaxe bipolar-affektiver Störungen	
Infusionstherapie mit Antidepressiva	52	Die CANMAT-/ISBD-Leitlinien	63
Anwendung der Antidepressiva zur Infusionstherapie	52	Aktueller Stand der Wirkschwerpunkte stimmungsstabilisierender Medikamente	63
Nebenwirkungen der infundierbaren Antidepressiva	52	Mögliche Substanzen zur Rezidivprophylaxe bipolar-affektiver Störungen	64
Therapieresistenz depressiver Erkrankungen		„Medikamente der 1. Wahl“ zur Rezidivprophylaxe bipolar-affektiver Störungen	64
Stadien der Therapieresistenz bei depressiven Erkrankungen	53	Kontraindikationen für Phasenprophylaktika	65
Ursachen für Pseudo-Therapieresistenz und Non-Response auf Antidepressiva	53	Indikationen für Therapeutisches Drug-Monitoring (TDM) bei affektiven Erkrankungen	65
Typische Behandlungsziele bei therapieresistenten Depressionen	53	Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe affektiver Erkrankungen	66
Häufige Augmentationsstrategien bei therapieresistenten Depressionen	54	Therapie von Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis (paranoide Psychosen)	
Vor- und Nachteile einer Lithium-Augmentations-therapie	54	Differenzielle Therapie mit Neuroleptika	67
Empfehlungen bei unzureichendem Ansprechen auf die initiale Antidepressiva-Therapie	55	Einschleichende Dosierung mit Neuroleptika bei weniger akuten schizophrenen Psychosen	67
Metaanalyse zum Rückfallrisiko unter verschiedenen Antidepressiva versus Plazebo	55	Kontrolluntersuchungen bei Verwendung von Neuroleptika	68
Therapie bipolar-affektiver Störungen – Substanzen zur Akutbehandlung der Manie		Hochpotente Neuroleptika	69
Mittel der 1. Wahl“ in der Akutbehandlung der Manie nach WFSBP- und CANMAT-Leitlinien	56	Mittelpotente Neuroleptika	69
Akuttherapie von bipolaren Psychosen – Aripiprazol/ Risperidon	56	Niederpotente Neuroleptika (Auswahl)	70
Asenapin/ Olanzapin/ Quetiapin	57	Konventionelle Neuroleptika nach antipsychotischer Potenz	71
Pharmakologie und Klinik der Stimmungsstabilisierer		Atypische Neuroleptika	71
Indikationen für eine Lithiumbehandlung	58	Atypische Neuroleptika im Vergleich zu konventionellen Neuroleptika	72
Kontraindikationen für eine Lithiumbehandlung und besondere Risikosituationen während der Lithiumtherapie	58	Differenzialindikation für Neuroleptika nach NW-Profil	72
Empfohlene Bereiche für den 12h-Lithium-Serumspiegel bei verschiedenen psychiatrischen Indikationen	59	Differenzialindikation für Neuroleptika	73
Kontrolluntersuchungen vor und während einer Lithiumbehandlung	59	Kontraindikationen für Neuroleptika	74
Lithiumpräparate	59	Rezeptorbindungsprofile atypischer Neuroleptika (im Vergleich zu Haloperidol)	74
Mögliche Nebenwirkungen einer Lithium-Therapie	60	UAW atypischer Neuroleptika (im Vergleich zu Haloperidol)	75
Stadieneinteilung bei Lithium-Intoxikation	60	Kontraindikationen atypischer Neuroleptika	76
Unerwünschte Wirkungen von Lithium, Carbamazepin, Valproinsäure und Lamotrigin	61	Pharmakokinetische Daten von allen verfügbaren atypischen Neuroleptika	77
Wirkungsverstärkung von Lithiumsalzen	62	Empfohlene Dosierung in der neuroleptischen Therapie	77
		Depotneuroleptika	79
		„Äquivalenzdosierungen“ von oralen Neuroleptika und Depotneuroleptika	80
		Therapeutisches Drug-Monitoring (TDM) verschiedener Neuroleptika	80

Antipsychotische Umstellungsstrategien	81	Besondere Patientengruppen	
Extrapyramidale Nebenwirkungen von Neuroleptika	82	Allgemeine Veränderungen der Pharmakokinetik und Pharmakodynamik von Psychopharmaka im Alter	95
Risiko kardiologischer Nebenwirkungen unter Neuroleptika	82	UAW im Alter	95
Indikation und Dauer einer neuroleptischen Rezidivprophylaxe	83	QT-Zeit-verlängerndes Potenzial und Risiko für Torsade de Pointes (TdP)	96
Gesicherte Wirksamkeit von Neuroleptika bei psychiatrischen Indikationen	83	Risikoeinschätzung von Psychopharmaka im Alter	96
Absetzsyndrome nach Neuroleptika bzw. Anticholinergika-Medikation	83	Therapie mit Antidepressiva im höheren Lebensalter	97
Suizidalität		Wichtige Arzneimittelinteraktionen von Neuroleptika bei älteren Patienten	97
Gruppen mit erhöhtem Risiko für suizidales Verhalten	84	Übersicht über Dosierung von Antidepressiva bei älteren Patienten	98
Formen von Suizidalität/ Handlungsrisiko	84	Psychotische Syndrome bei Demenz	99
Abschätzung der Suizidalität	85	Depressive Syndrome bei Hirnerkrankungen	99
Therapie bei Verdacht auf Suizidalität	85	Antidepressiva bei Morbus Parkinson	100
Psychiatrische Notfälle		Neuroleptika bei Morbus Parkinson	101
Beispiele für psychiatrische Notfall- und Krisensituationen	85	Merksätze für Psychopharmaka in der Schwangerschaft	102
Symptome beim Verwirrheitszustand	86	Veränderungen der Arzneimittelkinetik in der Schwangerschaft	102
Symptome des Delirs	86	Allgemeine Richtlinien für die Behandlung mit Psychopharmaka während der Schwangerschaft	102
Wünschenswerte Eigenschaften eines antiaggressiven Medikamentes	86	Psychopharmaka während der Schwangerschaft und Stillzeit	103
Atypische Neuroleptika bei akuten Psychosen	87	Psychopharmaka und Fahrtauglichkeit	
Olanzapin und Quetiapin in der Akuttherapie der Schizophrenie	87	Psychopharmaka und Fahrtauglichkeit	104
Studienauswahl zum Einsatz von Clozapin bei aggressivem Verhalten	88	TÜV-Empfehlung zur Fahrtauglichkeit unter Antidepressiva	104
Ausgewählte Studien zum Einsatz von Risperidon bei aggressivem Verhalten	88	Kognitive/psychomotorische Beeinträchtigungen durch Antidepressiva	104
Ziprasidon bei aggressivem Verhalten bzw. akuter Exazerbation von Psychosen	89	Schlafstörungen	
Inhalatives Loxapin bei aggressivem Verhalten bzw. akuter Exazerbation von Psychosen	89	Hauptformen von Schlafstörungen	105
Ursachen für das Verhalten von aggressiven und gewalttätigen Patienten	90	Nicht-organische Insomnie	105
Empfohlenes Verhalten zum Management von Fremdgefährdung	90	Regeln für einen gesunden Schlaf/ Vorsorgemaßnahmen gegen Insomnie	106
Vorgehen bei akutem Erregungszustand	91	Verschreibung von Schlafmitteln	106
Applikationsformen notfallmedizinisch relevanter Medikamente	92	Auswahl von Hypnotika und anderen schlaffördernden Medikamenten	107
Differenzialdiagnose kataton-stuporöser Zustände	92	Vor- und Nachteile verschiedener Hypnotika und anderer Pharmaka mit schlaffördernder Wirkung	108
Vorgehen bei Stupor	93	Quellenangaben / Literatur	109
Differenzialdiagnose des malignen neuroleptischen Syndroms (MNS)	94		
Kennzeichen des malignen neuroleptischen Syndroms und diagnostische Kriterien	94		

THERAPIETABELLEN **Neurologie / Psychiatrie**

Nr. 69 / Oktober 2016 / 9. Auflage

Therapie psychiatrischer Erkrankungen

Verlag

Westermayer Verlags-GmbH
82349 Pentenried
Telefon 0 89/2 72 20 28
Telefax 0 89/2 73 00 58
mail@westermayer-verlag.de

Herausgeber und Supervisor

Prof. Dr. med. Max Schmauß
Bezirkskrankenhaus Augsburg
Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie
und Psychosomatik
Dr.-Mack-Straße 1
86156 Augsburg
E-Mail: m.schmauss@bkh-augsburg.de

Redaktion

Priv. Doz. Dr. med. Thomas Messer
Danuvius Klinik Pfaffenhofen
Krankenhausstraße 68
85276 Pfaffenhofen
E-Mail: thomas.messer@danuviusklinik.de

Projektleitung

Reinhilde Bossema-Collien
Verlagsadresse
E-Mail: bossema@westermayer-verlag.de

Produktion

Birgit von Rhein, Sabine Lebek,
Christian Hehensteiner

Satz

G. Peschke Druckerei GmbH
Taxetstraße 4
85599 Parsdorf b. München

Quelle Titelbild: fotolia.de

© 2016 Westermayer Verlags-GmbH

Stand Oktober 2016. Die in dieser Publikation veröffentlichten Tabellen und Texte sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck und andere Arten der Vervielfältigung sind untersagt. Ausnahmen nur mit schriftlicher Genehmigung des Verlages.

Nachdem auch die 8. Auflage unserer THERAPIETABELLEN erneut auf breites Interesse bei unseren Lesern gestoßen ist, freuen wir uns sehr, nunmehr die 9. Auflage herausgeben zu können. Wir haben zwei Jahre nach der 8. Auflage viele Tabellen aktualisiert oder ergänzt, sowie eine Reihe neuer Tabellen integriert. Ziel unserer THERAPIETABELLEN ist unverändert, den interessierten Kollegen eine schnelle und umfassende Orientierung für die Verordnung von Psychopharmaka in ihrem Praxisalltag zu ermöglichen. Die wichtigsten Informationen über neu zugelassene Psychopharmaka ergänzen die Informationen über die etablierten Substanzen und werden übersichtlich dargestellt. Dabei ist zu betonen, dass Psychopharmakotherapien nur im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes erfolgen sollten, psychotherapeutische Verfahren und soziotherapeutische Maßnahmen stellen weitere wichtige Bausteine eines entsprechenden Gesamtbehandlungsplanes dar. Die aktuell verfügbaren Psychopharmaka (Antidepressiva, Antipsychotika, Phasenprophylaktika, Benzodiazepine und Antidementiva) ermöglichen unter Kenntnis von Pharmakokinetik, Pharmakodynamik und des Arzneimittelinteraktionspotenzials der jeweiligen Substanzen eine differenzierte Psychopharmakotherapie psychischer Erkrankungen.

Unerwünschte Wirkungen/Nebenwirkungen

Unerwünschte Wirkungen und Nebenwirkungen können bei jedem genannten Pharmakon auftreten. Dabei ist zu bedenken, dass ein Teil dieser unerwünschten Wirkungen vorübergehend ist und die Belastung des Patienten durch eine schrittweise Aufdosierung reduziert werden kann. In Bezug auf spezifische Behandlungen mit Antidepressiva ist z. B. zu bedenken, dass Nebenwirkungen nach Verordnung einer Substanz nicht notwendigerweise auch Nebenwirkungen/unerwünschte Wirkungen bei der Verordnung eines anderen Antidepressivums der gleichen Substanzklasse bedeuten.

Arzneimittelinteraktionen

Werden mehrere Arzneimittel gleichzeitig oder nacheinander verabreicht, kann dies Arzneimittelinteraktionen (Wechselwirkungen) nach sich ziehen, da Arzneimittelwirkungen oder -nebenwirkungen durch Zugabe eines zweiten Pharmakons qualitativ oder quantitativ verändert werden können. Arzneimittelinteraktionen können sowohl unbeabsichtigt und dann meist unerwünscht als auch – im Rahmen einer Therapieoptimierung – beabsichtigt und erwünscht sein.

Wechselwirkungen zwischen Arzneimitteln sind sowohl auf pharmakokinetischer als auch auf pharmakodynamischer Ebene möglich, häufig stellen sie auch ein Wechselspiel zwischen pharmakokinetischen und pharmakodynamischen Effekten dar. Für pharmakokinetische Interaktionen ist kennzeichnend, dass die Konzentration eines Interaktionspartners im Plasma – und damit am

Wirkort – verändert wird, pharmakodynamische Interaktionen finden dagegen z. B. auf Rezeptorebene statt. Nicht alle Interaktionen sind jedoch klinisch relevant und der Kliniker bekommt nur „die Spitze eines Eisbergs“ zu Gesicht. Wichtig für die tägliche Praxis ist insbesondere, ob das entsprechende Arzneimittel einen therapeutischen Bereich aufweist oder den Metabolismus anderer Pharmaka beeinflusst wie z. B. Lithium, Carbamazepin oder Kalziumantagonisten. In der klinischen Praxis ist anzuraten, auf klinische Symptome unerwünschter Arzneimittelwirkung vor allem dann zu achten, wenn an der Medikation Veränderungen vorgenommen werden.

Wichtig erscheint zudem der Hinweis, dass die Häufigkeit von Medikamenteninteraktionen mit dem Alter des Patienten, seiner Morbidität, der Anzahl der verordneten Medikamente und der Anzahl an der Behandlung beteiligten Ärzte zunimmt.

Psychiatrische Notfälle

Die Tabellen zu „psychiatrischen Notfällen“ sollen allen Lesern als Vorbereitung auf psychiatrische Notfallsituationen eine Informationshilfe in kurzfristigen Entscheidungsprozessen liefern. Ein psychiatrischer Notfall liegt dann vor, wenn das akute Auftreten oder die Exazerbation einer bestehenden psychiatrischen Störung zu einer unmittelbaren Gefährdung von Leben und Gesundheit des Betroffenen und/oder anderer Personen führt und sofortiger Diagnostik und/oder Therapie bedarf. Im Gegensatz zu somatischen Notfällen ist bei psychiatrischen Notfällen neben der potenziellen Gefahr für den betroffenen Patienten zusätzlich auch eine mögliche Gefährdung anderer Personen im Auge zu behalten. Das Vorliegen eines psychiatrischen Notfalls schließt eine organische Erkrankung oder exogene Ursache keinesfalls aus. Als wesentliche Leitsymptome des psychiatrischen Notfalls können Störungen des Bewusstseins, des Antriebs und der Stimmung genannt werden. Üblicherweise liegen Symptome aus mindestens zwei der genannten drei Kategorien vor. Alle hier dargestellten Therapieoptionen sind als Empfehlungen zu verstehen. Die aktuell in der psychiatrischen Notfalltherapie zur Verfügung stehenden Psychopharmaka ermöglichen eine differenzierte Psychopharmakotherapie psychiatrischer Akutsituationen.

Psychopharmaka im Alter

In den vergangenen Jahrzehnten haben in Europa, den USA und anderen westlichen Industrienationen vor allem altersassoziierte psychische Erkrankungen zugenommen, da der Anteil älterer Menschen an der Gesamtbevölkerung nicht nur kontinuierlich, sondern sogar exponentiell ansteigt. Ein besonderes Augenmerk muss auf depressive und paranoide Störungen im Alter sowie demenzielle Erkrankungen gerichtet werden.

Psychopharmakotherapie im Alter orientiert sich an den gleichen Grundprinzipien wie die allgemeine Pharmako-

therapie älterer Patienten. Aufgrund der im Alter geänderten Nierenfunktion, der veränderten Kapazität von Leberenzymen und des im Vergleich zu jüngeren Erwachsenen anderen Verteilungsvolumens sollte generell mit niedrigen Dosierungen begonnen werden. Für viele der symptomatischen Therapien, insbesondere neuropsychiatrischer Komplikationen, ist eine eher niedrige Dosis anzustreben. Für die spezifische antidementive Therapie gilt jedoch auch im Alter ein dosisabhängiger Effekt.

Im Weiteren werden Hinweise zur Verordnung von Psychopharmaka in Schwangerschaft und Stillzeit, zum Problem der Fahrtauglichkeit unter Psychopharmaka sowie wichtige Informationen zur Diagnostik und Therapie von Schlafstörungen dargestellt.

Wir hoffen, unsere Leser mit diesem kurzgefassten tabellarischen Ratgeber in ihrem Bemühen um eine differenzierte Psychopharmakotherapie für ihre Patienten zu unterstützen. Der Leser findet hier vor allem im Gegensatz zum umfassenden und differenzierten Lehrbuch oder zu entsprechenden Diagnostik- und Therapieleitlinien einen schnellen tabellarischen Überblick über die wesentlichen

differenzialdiagnostischen Erwägungen und die aktuell zur Verfügung stehenden Therapiealternativen. Die Lektüre dieser Tabellen kann natürlich nicht das Studium umfassender psychopharmakologischer Lehrbücher oder aktueller Originalarbeiten in entsprechenden deutsch- oder englischsprachigen Fachzeitschriften ersetzen.

Die Indikationen und Dosisangaben für alle Psychopharmaka wurden sorgfältigst überprüft – eine Haftung für fälschliche Angaben kann jedoch trotzdem nicht übernommen werden.

Wir würden uns freuen, wenn auch diese aktuelle Ausgabe unserer THERAPIETABELLEN die in Klinik und Praxis tätigen Kolleginnen und Kollegen bei ihrer täglichen Arbeit unterstützen könnten. Rückmeldungen und Anregungen sind für künftige Auflagen erwünscht und sehr willkommen.

Augsburg und Pfaffenhofen, im Oktober 2016

Prof. Dr. Max Schmauß
PD Dr. Thomas Messer

Der richtige Umgang mit Psychopharmaka

Tabelle 1: „10 Gebote“ für den richtigen Umgang mit Psychopharmaka

1. Psychopharmaka nur dann verordnen, wenn eine gezielte Indikation besteht (Erkrankung). Zuerst sorgfältige Untersuchung und Diagnosestellung (zugrunde liegende Ursachen).
2. Medikamentöse Vorbehandlungen eruieren, Suchtanamnese abklären.
3. Adäquate Wahl des Psychopharmakons nach Wirkprofil unter Berücksichtigung möglicher Interaktionen und Nebenwirkungen sowie Kontraindikationen.
4. Dosierung in der Regel einschleichend und individuell. Keine Verschreibung größerer Mengen während der Akuterkrankung. Dosisanpassung bei Alterspatienten.
5. Bei Tranquilizern und Hypnotika Dosierung möglichst niedrig, aber ausreichend; frühestmöglich, langsame Dosisreduktion mit Übergang auf diskontinuierliche Gabe (Bedarfsmedikation).
6. Exakte Aufklärung und Information des Patienten über Wirkungen und mögliche Nebenwirkungen sowie Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, insbesondere mit Alkohol (möglichst meiden).
7. Längerfristige Kombination mehrerer Psychopharmaka möglichst vermeiden.
8. Persönliche Verordnung mit Verlaufskontrollen (Dosisanpassung). Aufbau einer tragfähigen Arzt-Patient-Beziehung (Compliance).
9. Gesamtbehandlungsplan erstellen, der auch andere Therapieformen umfasst (ärztliches Gespräch, Psychotherapie, physikalische Maßnahmen).
10. Bei Langzeitmedikation Kooperation mit Facharzt (Indikationsstellung, Dosierung, Behandlungsdauer). Gesonderte Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen bei Langzeitmedikation (z. B. Spätdyskinesien). „Pass“ für Lithium und Depotantipsychotika führen. Beendigung der Behandlung grundsätzlich durch langsam ausschleichende Dosisreduktion.