

Rationale Psychopharmakotherapie

unverzichtbarer Teil der Behandlung psychischer und psychosomatischer Störungsbilder



Matthias J. Müller

Erklärung zu Interessenkonflikten

- Vortragshonorar SERVIER 2018
- Koautor Benkert & Hippus „Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie“
- Mitgliedschaften in DGPPN, DÄVT, DGSM, DGMP, DG-Sucht

Indikationen - Psychopharmakotherapie

Depressionen

Antidepressiva

Fokus: SSRI

- **Depressive Störungen und Syndrome**
- Panikstörung mit/ohne Agoraphobie
- Generalisierte Angststörung
- Prämenstruelles Dysphorisches Syndrom
- Schmerzstörungen
- Zwangsstörung
- Entzugssyndrome
- Schlafstörungen

Angststörungen

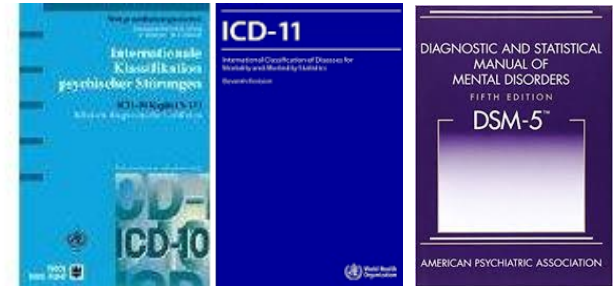
SSRI, SSNRI

und Alternativen

Schlafstörungen

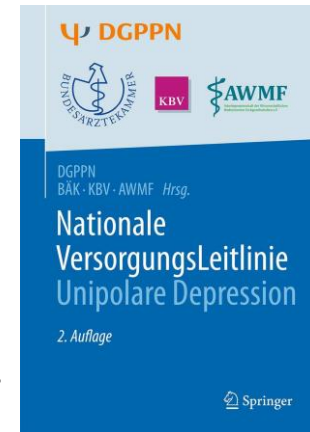
Antidepressiva, Antipsychotika

RLS



Rationale rationaler Psychopharmakotherapie

Leitlinien	Leitplanken, Korridore, nicht Gesetze Evidenzgrade beachten Abweichungen begründen/dokumentieren
Wiss. Studien/FoBi	Häufig Setting-abhängige Unterschiede Aktuelle Entwicklungen nicht ignorieren aber oft schwierig einzuordnen
Standards/Algorithmen	Diagnose -> Indikation (Schweregrad, Chronizität, Leiden) -> ...
Auswahl Medikation	Zulassung Individuelle Situation, Präferenz Komorbiditäten/Status/Alter Interaktionen UAW Praktikabilität Wirtschaftlichkeit
Monitoring	Wirkung -> Dosierung, Metabolismus (Plasmaspiegel) UAW -> Symptome, Labor- und EKG/EEG-Kontrollen, etc. Anpassung, Augmentation, Wechsel, Überweisung? (Kontrolliertes) Absetzen?



Indikationen - Psychopharmakotherapie

Depressionen

Antidepressiva

Fokus: SSRI

Angststörungen

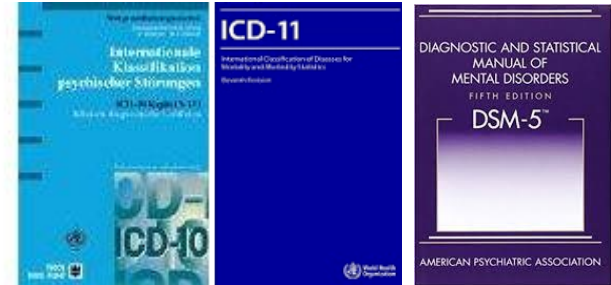
SSRI, SSNRI

und Alternativen

Schlafstörungen

Antidepressiva, Antipsychotika

RLS



- **Depressive Störungen und Syndrome**
- Panikstörung mit/ohne Agoraphobie
- Generalisierte Angststörung
- Prämenstruelles Dysphorisches Syndrom
- Schmerzstörungen
- Zwangsstörung
- Entzugssyndrome
- Schlafstörungen

Antidepressiva

Übersicht

Stoffgruppe	Präparate Bsp.	Handelsnamen Bsp.	Zusatzwirkungen	Bemerkungen Wichtige Nebenwirkungen
Trizyklische Antidepressiva (TZA)	Amitriptylin Trimipramin Clomipramin Doxepin Opipramol	Saroten® Stangyl® Anafranil® Sinquan® Insidon®	Schmerzbehandlung Schmerz, Schlafstörungen* Angst/Zwangsstörungen Angst/Spannungszustände unklarer Wirkmechanismus	Anticholinerge Nebenwirkungen (u.a. kardiale NW, Verwirrtheit, Obstipation, Mundtrockenheit) geringere Wirkungen
Tetrazyklische Antidepressiva	Mianserin Mirtazapin	Tolvin® Remergil®	Schlafstörungen*	Ödeme, Gewichtszunahme
Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)	Fluoxetin Fluvoxamin Paroxetin Citalopram Escitalopram Sertralin	Fluctin® Fevarin® Seroxat® Cipramil® Ciprallex® Zoloft®	Bulimie; WW, lange HWZ Zwangsstörungen, WW Angst/Zwangsstörungen Angst/Zwangsstörungen Angst/Zwangsstörungen Angst/Zwangsstörungen	Serotonerge Nebenwirkungen (u.a. Übelkeit, Durchfall, Kopfschmerzen, Unruhe, Schlaflosigkeit, sexuelle Funktionsstörungen)
Selektive Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI)	Venlafaxin Duloxetin Milnacipran	Trevilor® Cymbalta® Milna-neurax®	Angststörungen Schmerzbehandlung -	Serotonerge Nebenwirkungen (s. oben), zusätzlich noradrenerge Nebenwirkungen (v.a. Blutdrucksteigerung, Hitzewallungen, Unruhe, Zittern)
MAO-Hemmer (MAOI)	Moclobemid Tranlylcypromin	Aurorix® Jatrosom®	Soziale Phobie Angstsyndrome*	Gering, nicht mit SSRI Diät notwendig, nicht mit SSRI
Andere, neuere Antidepressiva	Trazodon Bupropion Agomelatin Tianeptin	Thombran® Elontril® Valdoxan® Tianeptin®	Schlafstörungen* Raucherentwöhnung Schlafnormalisierung	Priapismus (selten) Krampfanfälle Leberenzymkontrolle, geringe NW Geringe Nebenwirkungen
Pflanzlich	Hypericum (Johanniskraut)	Jarsin® (u.a., auch frei verkäuflich)	Leichte bis mittelschwere Depressionen	Wenig Nebenwirkungen Wechselwirkungen!

*off-label (ohne Zulassung), wenn keine Depression vorliegt; die Kontraindikationen von Antidepressiva sind individuell und präparatebezogen zu berücksichtigen

Müller 2018

Opipramol

KLINISCHE ANGABEN

4.1 Anwendungsgebiete

- **Generalisierte Angststörung**
- **Somatoforme Störungen**

Quetiapin

KLINISCHE ANGABEN

4.1 Anwendungsgebiete

- Behandlung der Schizophrenie.
- Behandlung von bipolaren Störungen:
 - zur Behandlung von mäßigen bis schweren manischen Episoden bei bipolaren Störungen.
 - zur Behandlung von schweren depressiven Episoden bei bipolaren Störungen.
 - zur Rückfallprävention von manischen oder depressiven Episoden bei Patienten mit bipolaren Störungen, die zuvor angesprochen haben
- **Behandlung depressiver Erkrankungen (Episoden einer Major Depression) als Zusatztherapie bei Patienten, die unzureichend auf die Monotherapie mit einem Antidepressivum angesprochen haben**

Doxepin

KLINISCHE ANGABEN

4.1 Anwendungsgebiete

- **Depressive Erkrankungen**
- **Angstsyndrome**
- Leichte Entzugssyndrome bei Alkohol-, Arzneimittel- oder Drogenabhängigkeit
- **Unruhe, Angst oder Schlafstörungen im Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen oder leichten Entzugssyndromen**

Aufgrund von Bedenken bezüglich der Langzeittherapie mit Quetiapin (d. h. bei Spätdyskinesie, metabolischen Komplikationen), widersprüchlicher Beobachtungen bezüglich der Wirkung bei nicht bestimmungsgemäßer Anwendung und aufgrund unzureichender aktueller Nachweise) ist von einer Off-label-Anwendung von Quetiapin abzusehen.

Risikoeinschätzung im höheren Lebensalter

Indikationsgruppe	Risikoeinschätzung ^a		
	Gering	Mäßig	Erhöht
Antidementiva	<i>Donepezil, Rivastigmin</i>	<i>Memantin, Galantamin^b</i>	–
Antidepressiva	<i>Duloxetin, Hypericum, Mirtazapin, SSRI (Citalopram^b, Escitalopram^b, Fluvoxamin, Sertralin), Venlafaxin</i>	<i>Agomelatin, Bupropion, [Esketamin], Fluoxetin, [Ketamin], Maprotilin, Mianserin, Milnacipran, Moclobemid, Paroxetin, Reboxetin, Tianeptin, [Vortioxetin]</i>	<i>Maprotilin, Tranylcypromin, Trazodon, TZA (alle, insbesondere Amitriptylin)</i>
Antipsychotika	<i>Amisulprid, Aripiprazol, Melperon, Pipamperon, Sulpirid</i>	<i>[Asenapin], Butyrophenone, [Cariprazin], Flupenthixol, Fluphenazin, Fluspirilen, Olanzapin, Paliperidon, Perphenazin, Quetiapin, Risperidon, Ziprasidon^b, Zuclopenthixol</i>	<i>Clozapin, Haloperidol^b, [Loxapin], [Lurasidon], Pimozid^b, Phentiazine</i>
Anxiolytika/ Hypnotika	<i>Chloralhydrat, Lorazepam, Oxazepam, Pregabalin, Tasimelteon, L-Tryptophan, Zolpidem, Zopiclon</i>	<i>Buspiron, BZD (außer Lorazepam, Oxazepam), Diphenhydramin^b, Melatonin, Opipramol^b, Pitolisant</i>	<i>Hydroxyzin^b</i>
Stimmungsstabilisierer	–	<i>Lamotrigin, Valproat</i>	<i>Carbamazepin, Lithium</i>

^a Basierend auf dem derzeitigen Literaturstand und Empfehlungen der Hersteller, bezogen auf therapeutische Dosisbereiche. Bei Präparaten in *eckigen Klammern* ist aufgrund einer schmalen Datenbasis nur eine vorläufige Einstufung möglich.

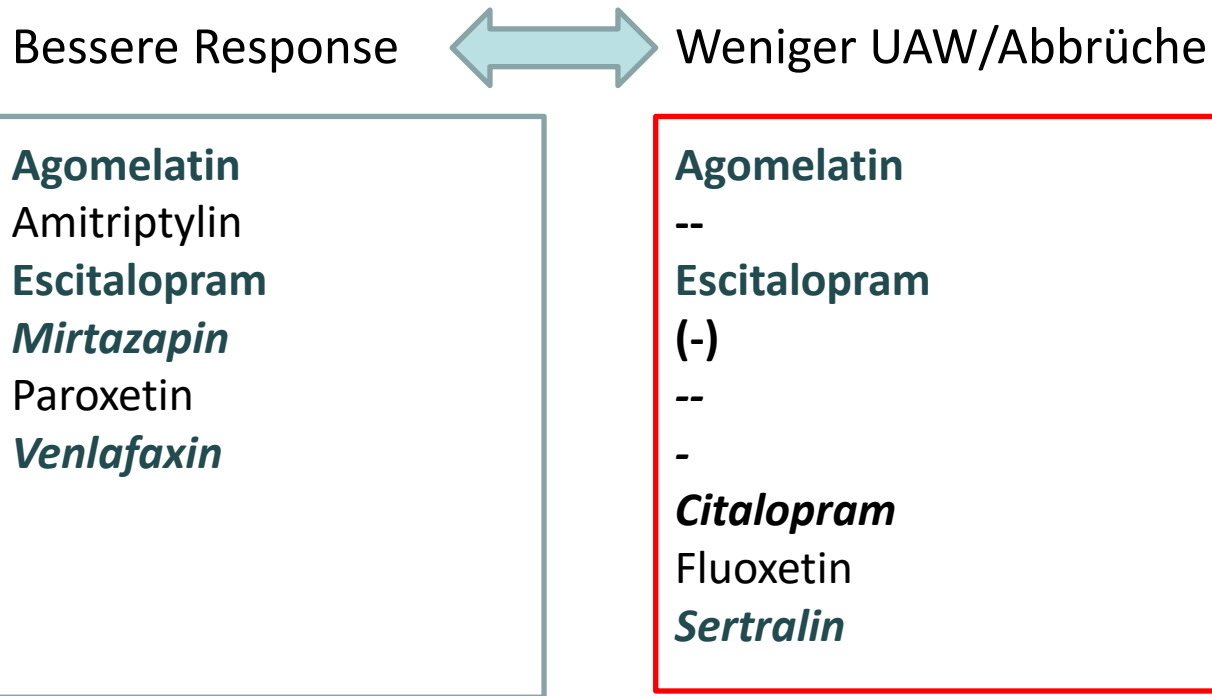
^b Erhöhte Häufigkeit von QTc-Zeit-Verlängerung beschrieben; keine Anwendung bei weiteren Risikofaktoren für QTc-Zeit-Verlängerung oder in Kombination mit anderen AM mit dieser potenziellen NW (► 13.2, Box 1) (*Haloperidol*: relevant nur bei i. v.-Gabe, daher kontraindiziert). *TZA* trizyklische Antidepressiva, *SSRI* selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer, *BZD* Benzodiazepine.

Benkert & Hippus 2021

Antidepressiva bei Depressionen – Wissenschaft

Netzwerk-Metaanalysen

v.a. Cipriani et al. 2018 – Lancet Psychiatry



Kinder und Jugendliche: **Fluoxetin**

Zhou et al. Lancet Psychiatry. 2020 Jul;7(7):581-601.

Antidepressiva bei Depressionen – Klinik

Mirtazapin

- u.U. früherer Wirkungseintritt im Vergleich zu einigen SSRI, auch schlaffördernd
- Etwas mehr UAW insgesamt, v.a. Gewichtszunahme problematisch
- Geringes Risiko für sexuelle Funktionsstörungen, insgesamt gute Verträglichkeit
- Wenig interaktionsträchtig (auch zB bei Thrombozytenaggregationshemmung)

Venlafaxin (und andere SSNRI)

- u.U. im Vergleich zu SSRI bessere Wirkung?
- Kombination mit Mirtazapin als „Reserve“?
- Aber auch in Monotherapie höhere Rate an UAW, v.a. Übelkeit und Erbrechen, als SSRI

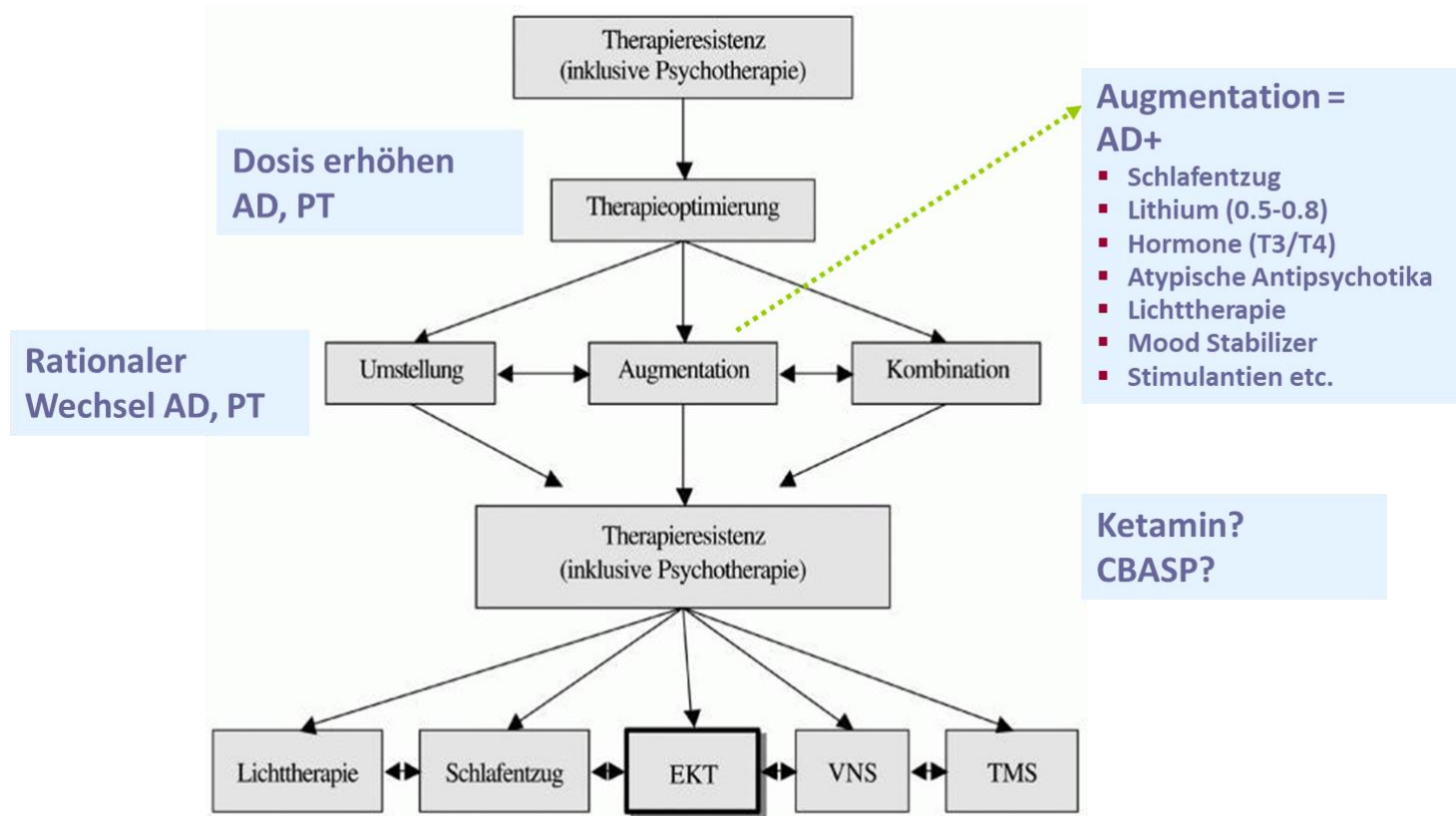
Sertralin

- Viele Studien, auch in Meta-Analysen meistens mit „vorne“
- Wahrscheinlich geringeres Risiko für QTc-Verlängerung als CIT/ESC
- Dosierung variabler, TDM etabliert
- Auch positive Studien/Zulassung bei Depression + D.m., OCD, Panikstörungen, PTBS
- Etwas mehr Diarrhö als andere SSRI
- Mehr Interaktionen (CYP2D6/2B6-inhibition), bei Standarddosis (<150mg) kaum klinisch relevant

Agomelatin

- Transaminasen-Kontrolle, CYP1A2-Inhibition
- Ansonsten gut verträglich, auch kardial und metabolisch

Therapieresistente Depressionen



AD – Antidepressivum; PT – Psychotherapie; CBASP – Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (Psychotherapieverfahren bei chronischen Depressionen); EKT – Elektrokrampftherapie; VNS – Vagusnervstimulation; TMS – transkranielle Magnetstimulation

Müller 2020

SSRI






Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer

Generic	z.B.	Reuptake-Hemmung		Rezeptor-Blockade		t _{1/2}	Interaktionen
		NA	5-HT	ACh			
Fluoxetin	Fluctin®	-	++	-		2-7 Tage	++
Fluvoxamin	Fevarin®	-	++	-		20 h	+++
Paroxetin	Seroxat®	-	++	(+)		16 h	++
Sertralin	Zoloft®	-	+++	-		26 h	(+)
Citalopram	Cipramil®	-	+++	-		33 h	(-)
Escitalopram	Cipralext®	-	+++	-		30 h	(-)

+++ sehr starke, ++ starke, + mäßige, (+) schwache Wirkung, - kein Einfluss

Interaktionen mit SSRI

Übersicht der Cytochrom-P450-assoziierten Interaktionen von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI)

Substanz	CYP450: Metabolisierung und modulierende Wirkungen	Interaktion durch CYP450-Modulatoren	Interaktionsrisiko	Bemerkungen	Pharmakogenetik
Citalopram	Substrat von CYP2C19 Substrat von CYP2D6 Substrat von CYP3A4	CYP2C19-Inhibitoren und -Induktoren CYP2D6-Inhibitoren CYP3A4-Inhibitoren und -Induktoren		Leitsubstanz der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)	CYP2D6: 7–10 % der Mitteleuropäer und Afroamerikaner sind langsame Metabolisierer (Poor metabolizer; PM), bei Asiaten sind es 1–2 %. 1–10 % der Mitteleuropäer sind ultraschnelle Metabolisierer (Ultrarapid metabolizer; UM), bei Nordafrikanern und Orientalen sind es 10–29 %.
Escitalopram	Substrat von CYP2C19	CYP2C19-Inhibitoren und -Induktoren			
Fluoxetin	Substrat von CYP2C9 Substrat von CYP2D6 Mittelstarker Inhibitor von CYP2C19 Starker Inhibitor von CYP2D6	CYP2C9-Inhibitoren und -Induktoren CYP2D6-Inhibitoren		Potenziell inadäquat bei älteren Patienten (PRISCUS-Liste) CAVE Halbwertszeiten: Fluoxetin: 4–6 Tage Norfluoxetin (Metabolit): 4–16 Tage	CYP2C19: 1–5 % der Mitteleuropäer und Afroamerikaner sind langsame Metabolisierer (Poor metabolizer; PM), bei Asiaten sind es 10–25 %. Etwa 20 % der Mitteleuropäer und Afroamerikaner sind heterozygote oder homozygote Träger des CYP2C19* 17-Allels und dadurch schnelle oder ultraschnelle Metabolisierer (Ultrarapid metabolizer; UM).
Paroxetin	Substrat von CYP2D6 Mittelstarker Inhibitor von CYP2B6 Starker Inhibitor von CYP2D6	CYP2D6-Inhibitoren		Anticholinerge Eigenschaften	
Sertralin	Substrat von CYP2B6 Substrat von CYP2C19 Substrat von CYP3A4 Mittelstarker Inhibitor von CYP2B6	CYP2B6-Inhibitoren und -Induktoren CYP2C19-Inhibitoren und -Induktoren CYP3A4-Inhibitoren und -Induktoren		Leitsubstanz der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) In der Standarddosis keine klinisch relevante Hemmung von CYP2D6 (>150 mg am Tag, Prof. Hiemke, Mainz)	



Vor einer Kombinationstherapie ist die Anwendung eines Interaktionsprogramms unverzichtbar.



Vor einer Kombinationstherapie ist die Anwendung eines Interaktionsprogramms zu empfehlen.



Es gibt mehrere klinisch bedeutsame Interaktionen. Die Anwendung eines Interaktionsprogramms ist ratsam.

Quelle: Petri, H. Das Interaktionspotenzial der selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI). Krankenhauspharmazie 2013; 34: 519–24.

SSRI – Unerwünschte Arzneimittelwirkungen

- häufig initial erkennbar, gering ausgeprägt und im Verlauf abnehmend
- Im Vergleich zu TZA geringer und andere (v.a. Serotonin-Effekte)
- Auswahl: Interaktionen (CYP450), Zulassung, HWZ, individuelles Profil, „Leitsubstanzen“

- **Unruhe, Agitiertheit, Schlafstörungen, Übelkeit, Appetitlosigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Diarrhö, Gewichtszunahme/-abnahme, ...**
- (häufig) **sexuelle Funktionsstörungen** (Männer und Frauen), Post-SSRI (PSSD)?
- **Absetzphänomene** (v.a. bei kürzerer HWZ und Venlafaxin?)
- seltener: **SIADH** (Syndrom der inadäquaten ADH-Sekretion) -> Laborkontrollen

- **Cave: Suizidalität**, zu Beginn der Behandlung uU erhöht, v.a. bei jungen Männern
- **Cave: Blutungsrisiko**, auf weitere Risikofaktoren achten -> Auswahl, Kontrollen
- **Cave: kardiale Nebenwirkungen**, QTc-Verlängerung -> Auswahl, EKG

Blutungsrisiko

unter starker Hemmung der Serotoninwiederaufnahme

- Thrombozytenfunktionsstörung (Aggregationshemmung) durch serotoninselektive Substanzen
- Selten: verlängerte Blutungszeit und/oder Anzeichen einer Blutung (z.B. Haut/Schleimhautblutungen)
- Fragliche, nicht ausgeschlossene Risikoerhöhung für (sehr seltene) spontane intrakranielle Blutungen
- SSRI bei Patienten nach Schlaganfall (erhöhtes Blutungsrisiko): derzeit kein Hinweis

Risikofaktoren

- Lebererkrankungen
- Gleichzeitig Thrombozyten-Aggregationshemmern oder Antikoagulanzen
- Weitere Medikamenten, die das Blutungsrisiko erhöhen
- Spezifische Risikofaktoren

Risiken (v.a. für gastrointestinale Blutungen)

- Vergleichbar etwa ASS 100, bereits innerhalb von 7-28 Tagen nach Behandlungsbeginn
- Überadditiver Risikoanstieg bei weiteren Risiken (frühere Blutung, NSAID, Steroide, TAGH, Alkohol ...)

Risikoreduktion

- Umsetzen/Wechsel/Alternative: ggf. Mirtazapin, Bupropion, Agomelatin, Tianeptin
- Wenn nach strenger Indikation und im Einzelfall Abwägung für SSRI/SSNRI: Antazidum (Protonenpumpenhemmer oder H2-Blocker), UAW berücksichtigen

SIADH - Hyponatriämie

- Häufiger unter SSRI, SSNRI, seltener unter TZA und Mirtazapin; auch unter anderen Medikamenten
- Häufig, aber nicht immer (!), in den ersten 3–6 Wochen nach Therapiebeginn
- Klinische Symptome:
 - körperliche Schwäche, schnelle Erschöpfbarkeit, Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen, Muskelkrämpfe
 - bis hin zu Unruhe, Verwirrtheit, Sturzneigung, Krampfanfälle, Koma (Hyponatriämie)
- **Risikofaktoren**
 - höheres Lebensalter
 - weibliches Geschlecht
 - niedriger BMI
 - substanzbezogene Störungen
 - maligne Erkrankungen
 - Herzinsuffizienz
 - Hypothyreose
 - Komedikation, u.a. mit Thiazid-Diuretika und ACE-Hemmer, Carbamazepin
- **Kontrollen**
 - Elektrolyte mindestens vor Beginn und in den ersten 4 Wochen
 - Bei Risikofaktor/en: häufiger und länger häufiger

Einteilung der Hyponatriämie

1. Grad

Mild	130 bis 135 mmol/l
Mäßig	125 bis 129 mmol/l
Ausgeprägt	< 125 mmol/l

2. Schwere der Symptome

Mild	↓ Konzentration, ↓ Kognition, neuropsychiatrische Defizite
Mittel	Kopfschmerz, Übelkeit, Delir
Schwer	Erbrechen, Somnolenz, zerebraler Krampfanfall, Koma

3. Akuität

Akut	< 48 h
Chronisch	> 48 h

Indikationen - Psychopharmakotherapie

Depressionen

Antidepressiva

Fokus: SSRI

Angststörungen

SSRI, SSNRI

und Alternativen

Schlafstörungen

Antidepressiva, Antipsychotika

RLS



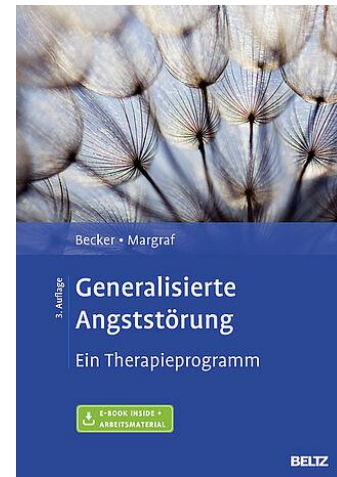
Antidepressiva bei Angststörungen 1/2

Generalisierte Angststörung (GAS)

- häufig mit Depression
- Oft chronisch, waxing and waning
- Nicht selten auch im höheren Lebensalter
- Nicht einfach zu erkennen (DD Depression, somatoforme Störung, ...)

Therapie

- Psychotherapie und/oder Pharmakotherapie; Studien zum direkten Vergleich selten(er)
- Pharmakotherapie: oft nicht verzichtbar, bei chronisch schwerem Verlauf
- Zulassung:
 - Duloxetin/Venlafaxin, SSRI Escitalopram, Paroxetin (Dosis \leq Depression)
 - Pregabalin
 - Opipramol, Datenbasis gering, 2. Wahl
 - Buspiron (sediert nicht), allenfalls 2. Wahl
 - Lavendelöl (Depr/Angst gemischt und GAS), OTC
 - Off-label:
 - SGA, v.a. Quetiapin (und andere), UAW!
 - Mirtazapin, Sertralin, Fluoxetin, Agomelatin?



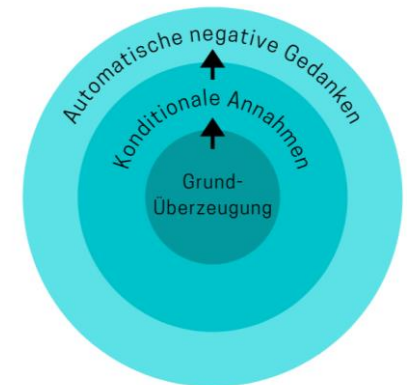
Antidepressiva bei Angststörungen 2/2

Panikstörung(en)

- KVT, v.a. bei Agoraphobie und zur Erhaltungstherapie
- Wenn Medikamente:
 - Allenfalls kurzfristig Benzodiazepine
 - *SSRI: Citalopram, Escitalopram, Paroxetin, Sertralin, Venlafaxin*
 - TZA: Clomipramin
 - Start low, go slow
 - UAW-Sensitivität beachten, Wirklatenz oft 4 Wochen und länger

Soziale Angststörungen

- KVT, auch in Kombination
- wenn Medikamente:
 - *Venlafaxin, Paroxetin, Sertralin, Escitalopram*
 - Pregabalin (off-label), 2. Wahl



Antidepressiva bei PTBS

PTBS

- Geringere Wirkstärke von Medikamenten (Antidepressiva)
- *Zulassung: Paroxetin, Sertralin*
- Venlafaxin, Mirtazapin möglich (off-label)
- Niedrige Startdosis, eher hohe Erhaltungsdosen notwendig
- Lange Behandlungsdauern
- UAW-Sensitivität (u.a. Alpträume unter SSRI verstärkt)
- Ggf. hilfreich (off-label): zusätzlich SGA (Quetiapin, Olanzapin, Aripiprazol)



Indikationen - Psychopharmakotherapie

Depressionen

Antidepressiva

Fokus: SSRI

Angststörungen

SSRI, SSNRI

und Alternativen

Schlafstörungen

Antidepressiva, Antipsychotika

RLS



Antidepressiva zur Behandlung von Insomnien

Wirkstoff	Empfohlene Dosierung (mg) ^a	HWZ in h	Anwendungsgebiete	Hinweise zur Verwendung
<i>Antidepressivum mit Zulassung für isolierte Schlafstörungen</i>				
Doxepin	3–100	8–24 (Metabolit 33–81)	Depressive Erkrankungen, Angstsyndrome, Leichte Entzugssyndrome bei Alkohol-, Arzneimittel- oder Drogenabhängigkeit, Unruhe, Angst, Schlafstörungen und funktionelle Organbeschwerden	Einziges Antidepressivum mit Zulassung bei isolierter Schlafstörung in D
<i>Antidepressiva mit verbreiteter Anwendung bei Schlafstörungen</i>				
Agomelatin	25–50	1–2	Behandlung von Episoden einer depressiven Erkrankung	Melatonerge und somit möglicherweise rhythmisierende Wirkkomponente, bei insg. guter Verträglichkeit Vorgaben zu Leberfunktions-tests beachten
Amitriptylin	25–100	10–28	Depressive Erkrankungen; langfristige Schmerzbehandlung im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzeptes	Substanzen sind hilfreich bei Schlafstörungen im Rahmen einer depressiven Episode, verbreitet in der off-label Anwendung bei isolierten Schlafstörungen
Trazodon	25–100	4,9–8,2	Depressive Erkrankungen	
Trimipramin	05–100	15–40	Depressive Erkrankungen mit den Leitsymptomen Schlafstörungen, Angst, innere Unruhe	
Mirtazapin	3,75–7,5	20–40	Depressive Erkrankungen	

^aDosierungen für die Indikation Insomnie

?

Riemann et al. S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen, 2017

Antipsychotika zur Behandlung von Insomnien

Wirkstoff	Empfohlene Dosis- rung (mg) ^a	HWZ in h	Anwendungsgebiete	Hinweise zur Ver- wendung
<i>Antipsychotika mit Zulassung für isolierte Schlafstörungen</i>				
Melperon	25–100	4–8	Zur Behandlung von Schlafstörungen, Verwirrheits- zuständen und zur Dämpfung von psychomotorischer Unruhe und Erregungszuständen, insbesondere bei: – Patienten der Geriatrie und Psychiatrie – Psychosen, Oligophrenie, organisch bedingter Demenz, Psychoneurosen – Alkohol-Krankheit	Geeignet zur Sedierung/ Schlafunterstützung bei geriatrischen Patienten
Pipamperon	40–120	17–22	Schlafstörungen, insbesondere bei geriatrischen Patienten; psychomotorische Erregungszustände	
<i>Antipsychotika ohne Empfehlung für isolierte Schlafstörungen</i>				
Quetiapin	12,5–150	7–12	Schizophrenie; manische und depressive Episoden bei bipolarer Erkrankung, Phasenprophylaxe	Geeignet zur Sedierung/ Schlafunterstützung bei psychiatrischer Komorbidität, komplexes Nebenwirkungsprofil beachten
Olanzapin	5–10	32–52	Schizophrenie; akute Manie; Phasenprophylaxe	
Prothipendyl	40–120	2–3	Dämpfung psychomotorischer Erregungszustände im Rahmen psychiatrischer Grunderkrankungen	
Chlorprothixen	15–90	8–12	Zur Dämpfung von psychomotorischer Unruhe und Erregungszuständen im Rahmen akuter psychoti- scher Syndrome; zur Behandlung von manifomen Syndromen	
Levomepromazin	15–30	15–30	Zur Dämpfung psychomotorischer Unruhe und Erre- gungszustände im Rahmen psychotischer Störungen; bei akuten Erregungszuständen bei manischen Epi- soden; zur Kombinationstherapie bei der Behandlung von schweren und/oder chronischen Schmerzen	

Riemann et al. S3-Leitlinie Nicht erholsamer Schlaf/Schlafstörungen, 2017

Substanz-/medikamenteninduziertes Restless-Legs-Syndrom

Psychopharmaka

- TZA (besonders Amitriptylin, aber auch Clomipramin, Imipramin, Trimipramin)
- SSRI (besonders Fluoxetin und Paroxetin, aber auch Citalopram, Escitalopram, Sertralin)
- Venlafaxin, **Mirtazapin** und Mianserin (sehr häufig)
- Antipsychotika, Antikonvulsiva, Lithium

Auch unter Metoclopramid, Interferon- α , H₂-Rezeptorenblockern, L-Thyroxin, Flunarizin, Saccharin, Tramadol, Koffein und Alkohol kann RLS auftreten.

Behandlung

- Eisensubstitution
- L-DOPA/DA-Agonisten
- Pregabalin/Gabapentin off-label
- BZD Clonazepam, Diazepam?
- Botulinumtoxin A?
- Pfingstrosenwurzel?
- Cannabidiol?
- DBS?

Steiger et al 2021, Medikamente zur Behandlung von Schlafstörungen, in Benkert & Hippus: Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie S. 499–579

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

VI ELEN DANK FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT

 THE JOURNAL OF
CLINICAL PSYCHIATRY

Populations > Women

This work may not be copied, distributed, displayed, published, reproduced, transmitted, modified, posted, sold, licensed, or used for commercial purposes. By downloading this file, you are agreeing to the publisher's Terms & Conditions.

EDITORIAL

not only

Living in a Pharmacologically Imperfect World

Joseph F. Goldberg, MD^{a,*}

Published: October 12, 2022

MatthiasMueller.CEO@oberbergkliniken.de

MatthiasMueller.CEO@oberbergkliniken.de