

Roman Vogt<sup>1</sup>

# Tranquilizer – what else?

**Das letzte Referat am Freitagnachmittag des Arosen Ärztekongresses 2012<sup>2</sup> befasste sich mit den Grundlagen einer pragmatischen Psychopharmakotherapie in der Hausarztpraxis.**

## Zur Erinnerung: Angststörungen nach ICD-10

- Panikstörung: Häufige, paroxysmale Panikattacken. Intensive Angst (Todesangst) und Unwohlsein, somatische und psychische Symptome. Höhepunkt nach 10 Minuten, Dauer 30–45 Minuten
- Agoraphobie: Furcht an Orten und in Situationen, in denen ein Entkommen schwierig oder medizinische Hilfe nicht verfügbar wäre > Vermeidungsstrategie
- Soziale Phobie: Andauernde und übertriebene Angst, beobachtet zu werden oder durch andere Personen negativ in sozialen Situationen beurteilt zu werden > Vermeidungsstrategie
- Spezifische Phobien: Exzessive und übertriebene Angst vor einzelnen Objekten oder Situationen: z.B. Flugangst, Höhen, Tiere, Blut ... > Vermeidungsstrategie
- Generalisierte Angsterkrankung: übergrosse Befürchtungen, stete Sorgen – ohne konkret fassbare Grundlage

## Sichere Psychopharmakotherapie von Angsterkrankungen

Evidenzbasiert erzielt die Kombination von KVT (kognitive Verhaltenstherapie) – von Pierre Loeb im vorgängigen Referat ausführlich dargestellt (siehe Heft 15 von PrimaryCare) – und medikamentöser Behandlung die besten Behandlungsergebnisse. Die im August 2011 im Schweizerischen Medizin-Forum veröffentlichten Leitlinien für die medikamentöse Behandlung von Angsterkrankungen [1] bilden die Grundlage des hier zusammengefassten Referates.

## Empfohlene Psychopharmaka

Die SSRI und SSNRI sind die «First line»-Medikamente. Alternativen sind trizyklische Antidepressiva, atypische Antipsychotika oder Pregabalin (Tabelle 1). An den Suchtmittelentzug als Möglichkeit denken!

## TDM = Therapeutic Drug Monitoring

- Je nach PatientIn, Fragestellung und Verlauf empfehlenswert bei Behandlung mit Antiepileptika, die als *Mood stabilizer* eingesetzt werden
- Je nach *Medikamenten-Kombination/-Interaktion* empfehlenswert: Nachweis einer klinisch relevanten Serum- oder Plasmakonzentration, z.B. eines Antidepressivums oder Antipsychotikums, und zur Vermeidung von Intoxikationen
- Zur Überprüfung der *Compliance*: Antidepressiva, Antipsychotika
- *Blutentnahme*: bei oraler Medikation am Morgen vor der Medi-

kamenteneinnahme (12–16 Std. nach letzter Einnahme), bei Depotmedikation unmittelbar vor nächster Injektion

## Somatische und Labor-Kontrollen bei Behandlung mit Psychopharmaka

- Körpergewicht, (Bauchumfang), Länge, Puls, Blutdruck
- *Ausgangs-Labor*: Hämatologie, Blutsenkung (falls erhöht: CRP), alkalische Phosphatase, GPT, Gamma-GT, Kreatinin, Glukose nüchtern, Na, K, Ca, TSH, Lues (TPHA), SST, Urin

**Tabelle 1**

Psychopharmaka.

Antidepressiva	SSRI = Selective Serotonin Reuptake Inhibitors = selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer Citalopram (Seropram® und Generika) Escitalopram (Cipralext®) Fluoxetin (Fluctine® und Generika) Fluvoxamin (Floyxal® und Generika) Paroxetin (Deroxat® und Generika) Sertralin (Zoloft® und Generika) SSNRI = Selective Serotonin and Noradrenalin Reuptake Inhibitors Duloxetin (Cymbalta®) Venlafaxin (Efexor® und Generika)
	Tri- und tetrazyklische Antidepressiva: z.B. Clomipramin ( Anafranil®)
	Andere Antidepressiva: Mirtazapin (Remeron® und Generika) Moclobemid (Aurorix® und Generika) Trazodon (Trittico®) Neu: Agomelatin (zirkadian-melatonerg): Valdoxan®
Antipsychotika / Neuroleptika	Klassische Neuroleptika: z.B. Haloperidol (Haldol®) Atypische Antipsychotika: z.B. Olanzapin (Zyprexa®) Quetiapin (Seroquel® und Generika) Risperidon (Risperdal® und Generika)
Antiepileptika	Pregabalin (Lyrica®)
Antidementiva	
Anxiolytika/Tranquilizers	Benzodiazepine: z.B. Alprazolam (Xanax®) Diazepam (Valium® und Generika) Lorazepam (Temesta® und Generika)
Hypnotika	z.B. Zolpidem (Stilnox® und Generika) Zopiclon (Imovane® und Generikum)
Mood stabilizers	Antiepileptika: z.B. Lamotrigin (Lamictal® und Generika) Valproinsäure (Depakine® und Generika) Lithium
Psychostimulantien	

<sup>1</sup> Durchgelesen von Maria-Pia Mahler. Die PDF-Datei der Original-Präsentation ist unter <http://www.aerztekongress-arosa.ch/fileadmin/PDF/arosa.temesta.what.else.version1.111116.pdf> abrufbar.

<sup>2</sup> Siehe auch: Mahler MP, Vogt R. Mit welcher Palette malen Sie? PrimaryCare. 2012;12(12):218–9 sowie Loeb P. Die Behandlung der Angst in der Hausarztpraxis. PrimaryCare. 2012;12(15):284–7.

- EKG: obligat vor Behandlungs-Beginn mit TZA, klassischen Neuroleptika, atypischen Antipsychotika Clozapin und Sertindol, Lithium
- Clozapin: Obligat: Leukozytenkontrolle in den ersten 18 Wochen wöchentlich, danach monatlich. Auf das Rezept: « Blutbildkontrolle sic». EEG vor Behandlung und nach Erreichen der Zieldosis
- Lithium: Lithium-Spiegel in den ersten drei Wochen wöchentlich, im ersten Halbjahr monatlich, danach vierteljährlich, ggf. häufiger. Vierteljährlich Kreatinin und KG, Halsumfang. Jährlich EKG, TSH. Anzustrebender Lithiumspiegel: 0,6–0,8 mmol/l.

### Unerwünschte Arzneimittelwirkungen von Psychopharmaka

Alles ist möglich! Die unerwünschten Wirkungen sind sehr individuell.

- Antidepressiva: häufig gastrointestinale Nebenwirkungen, Kopfschmerzen, innere Unruhe/Schlafstörung, Beeinträchtigung von Libido und Potenz, ...
- Gewichtszunahme: häufig, individuell > Körpergewicht und Bauchumfang kontrollieren. An die Gefahr des metabolischen Syndroms denken.
- Extrapyramidal-motorische Störungen: Bei klassischen Neuroleptika, abhängig von der Dosis und individuell. Selteneres Vorkommen auch bei atypischen Neuroleptika und vereinzelt bei Antidepressiva.  
Akute Dystonie/Dyskinesie: therapieren mit: Biperiden (Akineton®) 2,5–5 mg langsam i.v.
- Delirogene Substanzen: anticholinerg wirkende Substanzen wie TZA, klassische Neuroleptika
- Prolaktinspiegel-Erhöhung > Beeinträchtigung der Sexualität: Amisulprid (Solian®), Risperidon (Risperdal®)
- Cave: Serotonin-Syndrom. Gefahr bei Kombinationen: Zwei SSRI oder SSRI und SSNRI oder Johanniskraut und SSRI/SSNRI oder ...
- Quetiapin (Seroquel®): Unverträglichkeit mit Erythromycin und Clarithromycin
- Achtung Schwangerschaft!

### Interaktions-Check

- Einschätzung des Interaktionspotenzials bei medikamentöser Kombinationsbehandlung
- Interaktions-Programme, z.B. [www.epocrates.com](http://www.epocrates.com), [www.mediq.ch](http://www.mediq.ch) oder [www.pharmavista.ch](http://www.pharmavista.ch)
- Beispiel 1: Kombination von Fluvoxamin und Clozapin. Fluvoxamin hemmt den Abbau von Clozapin > Clozapinspiegel um das 2–10-fache erhöht.
- Beispiel 2: Nikotin und Clozapin. Plötzlicher Rauchstopp führt zu einer (evtl. massiven) Erhöhung des Clozapin-Spiegels.

### Medikamentöse Behandlung

#### Panikstörung und Agoraphobie

Akute Panikattacken:

- Benzodiazepine, z.B. Alprazolam 0,5–2 mg, Lorazepam 1–2,5 mg
- Erhaltungstherapie:
- SSRI, z.B. Citalopram 20–60 mg, Escitalopram 10–20 mg, Paroxetin 20–60 mg, Sertralin 50–150 mg
- SSNRI: Venlafaxin 75–375 mg (225 mg)
- TZA, z.B. Clomipramin 75–250 mg, Imipramin 75–200 mg

#### Generalisierte Angststörung

- SSNRI: Duloxetine 60–120 mg oder Venlafaxin 75–375 mg (225 mg)

- SSRI, z.B. Escitalopram 10–20 mg, Paroxetin 20–50 mg, Sertralin 50–150 mg
- TZA, z.B. Imipramin 75–200 mg
- Kalziummodulator: Pregabalin 150–600 mg
- Alternativen, falls Behandlung nicht wirksam oder nicht toleriert:
- Trazodon
- Benzodiazepine: Diazepam und Lorazepam
- TZA: Opipramol
- Antihistamine: Hydroxyzin

#### Soziale Phobie

- SSRI, z.B. Escitalopram 10–20 mg, Paroxetin 20–50 mg, Sertralin 50–150 mg
- SSNRI, z.B. Venlafaxin 75–375 mg (225 mg)
- Kalziummodulator: Pregabalin 300–600mg
- RIMA: Moclobemid 300–600 mg
- Alternativen, falls Behandlung nicht wirksam oder nicht toleriert:
- Benzodiazepine
- Antikonvulsiva, z.B. Gabapentin

### Die Panikattacke in der Hausarztpraxis

Betroffene mit Panikattacken melden sich mit hohem Puls, vegetativen Symptomen, eventuell Hyperventilation und Todesangst zu jeder Tages- oder Nachtzeit. Die erlebte Angst ist vernichtend.

Die erstmals erlebte Panikattacke ist ein Notfall und verlangt eine rasche Intervention.

Lorazepam und Alprazolam wirken anxiolytisch, coupieren den Anfall rasch und gut – sind jedoch bei einer länger als 10 Tage dauernden kontinuierlichen Verabreichung bereits als heikel bezüglich Toleranz- und Suchtentwicklung einzustufen.

In jedem Fall ist es wichtig, nach Ausschluss der Differentialdiagnosen (Lungenembolie, Herzinfarkt ...) den/die PatientIn über die Krankheit aufzuklären (Aufzeigen des Angstkreises, siehe Beitrag von Pierre Loeb im letzten Heft von PrimaryCare).

Aus dem Plenum wird Deanxit® (Melitracen und Flupentixol als fixe Kombination) als von HausärztInnen breit verordnetes anxiolytisch und antidepressiv wirkendes Medikament erwähnt – in die Leitlinien hat es keine Aufnahme gefunden. Hier zeigt sich die Kluft zwischen der Alltagsrealität der HausärztInnen an der Front und der universitären Perspektive vorwiegend wissenschaftlich tätiger KollegInnen.

### Empfohlene Literatur

- 1 Keck ME, Ropohl A, Rufer M, Hemmeter UM, Bondolfi G, et al. Die Behandlung der Angsterkrankungen. Teil 1: Panikstörung, Agoraphobie, generalisierte Angststörung, soziale Phobie, spezifische Phobien. Schweiz Med Forum. 2011;11(34):558–66.
- 2 Woggon B. Behandlung mit Psychopharmaka. Aktuell und massgeschneidert. Bern: Verlag Hans Huber; 2005.
- 3 Gysling E. Die 100 wichtigsten Medikamente. Will: Infomed-Verlag; 2005. <http://www.infomed.ch>
- 4 Bandelow B. Das Angstbuch. Woher Ängste kommen und wie man sie bekämpfen kann. Reinbek: rororo; 2006.

### Korrespondenz:

Dr. med. Roman Vogt  
Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie  
Bahnhofstrasse 7  
5400 Baden  
[roman.vogt\[at\]hin.ch](mailto:roman.vogt[at]hin.ch)

---

Die erstmals erlebte Panikattacke ist ein Notfall und verlangt eine rasche Intervention.

---