



Absetzen von Psychopharmaka-Kombinationen

Priv.-Doz. Dr. med. Dr. phil. Jann E. Schlimme M.A.



© Reinhard Wojke

Typische einfache Kombinationen Neuroleptikum + Antidepressivum (typischerweise SSRI)

Risperdal consta 50 mg i.m. alle 14 Tage

Citalopram 20 1-0-0

Clozapin 200-0-550

Sertralin 200 1-0-0

Aripiprazol 30 1-0-0

Ciatyl Z 25 1-1-1

Aripiprazol 30 mg 1-0-0

Amisulprid 300 1-0-0

Amitriptylin 75 mg 0-0-1

Mirtazapin 0-0-60

Duloxetin 60 1-0-1

Quetiapin ret. 50 zur Nacht



Kompliziertere Kombinationen: Neuroleptikum + Antidepressivum + Antiepileptikum/Lithium

Valproat 600-0-0-1500

Quetiapin ret. 0-0-800

Trimipramin 0-0-0-100

Quilonum (Lithium) 450 1-0-0

Quetiapin 200 0-0-1

Doxepin 2x50 zur Nacht

Risperidon (als Depot) 50 mg alle 14 Tage

Olanzapin 20 mg

Mood-stabilizer CBZ

Lamotrigin mg 50-0-75

Quetiapin 150 mg zur Nacht

Venlafaxin ret 150-0-0

Wieso sind Reduktionen bei Kombinationen schwieriger?

Rezeptorchemie (Andreas Heinz)

Entzugssymptome



TABELLE 1

Typische Absetzsyndrome bei Neuroleptika-Entzug (nach TRANTER & HEALY 1998)

Sehr häufig	Weniger häufig
Schwitzen	Dystone Symptome (intensive und unwillkürliche Muskelanspannungen)
Hitze-, Kälteschauer	Tardive Dyskinesien (anhaltende, repetitive und unwillkürliche Bewegungen, z. B. im Bereich der Mundpartie, der Finger und Hände)
Schwindel, Kollapsneigung	Akathisie (motorische Unruhe, z. B. der Beine beim Sitzen oder Stehen)
Tachykardie	Kopfschmerzen
Übelkeit, Erbrechen	Konzentrationsstörungen
Schlaflosigkeit	Delir / Psychose
Unruhe, Aufgewühltheit	
Dünnhäutigkeit	

Table 1. Signs and symptoms of withdrawal from SSRI

System involved	Symptoms
General	Flu-like symptoms, fatigue, weakness, tiredness, headache, tachycardia, dyspnea
Balance	Gait instability, ataxia, dizziness, light-headedness, vertigo
Sensory	Paresthesias, electric-shock sensations, myalgias, neuralgias, tinnitus, altered taste, pruritus
Visual	Visual changes, blurred vision
Neuromotor	Tremor, myoclonus, ataxia, muscle rigidity, jerkiness, muscle aches, facial numbness
Vasomotor	Sweating, flushing, chills
Sleep	Insomnia, vivid dreams, nightmares, hypersomnia, lethargy
Gastrointestinal	Nausea, vomiting, diarrhea, anorexia, abdominal pain
Affective	Anxiety, agitation, tension, panic, depression, intensification of suicidal ideation, irritability, impulsiveness, aggression, anger, bouts of crying, mood swings, derealization and depersonalization
Psychotic	Visual and auditory hallucinations
Cognitive	Confusion, decreased concentration, amnesia
Sexual	Genital hypersensitivity, premature ejaculation



TABELLE 1

Typische Absetzsyndrome bei Neuroleptika-Entzug (nach TRANTER & HEALY 1998)

Sehr häufig	Weniger häufig
Schwitzen	Dystone Symptome (intensive und unwillkürliche Muskelanspannungen)
Hitze-, Kälteschauer	Tardive Dyskinesien (anhaltende, repetitive und unwillkürliche Bewegungen, z. B. im Bereich der Mundpartie, der Finger und Hände)
Schwindel, Kollapsneigung	Akathisie (motorische Unruhe, z. B. der Beine beim Sitzen oder Stehen)
Tachykardie	Kopfschmerzen
Übelkeit, Erbrechen	Konzentrationsstörungen
Schlaflosigkeit	Delir / Psychose
Unruhe, Aufgewühltheit	
Dünnhäutigkeit	

Table 1. Signs and symptoms of withdrawal from SSRI

System Involved	Symptoms
General	Flu-like symptoms, fatigue, weakness, tiredness, headache, tachycardia, dyspnea
Balance	Gait instability, ataxia, dizziness, light-headedness, vertigo
Sensory	Paresthesias, electric-shock sensations, myalgias, neuralgias, tinnitus, altered taste, pruritus
Visual	Visual changes, blurred vision
Neuromotor	Tremor, myoclonus, ataxia, muscle rigidity, jerkiness, muscle aches, facial numbness
Vasomotor	Sweating, flushing, chills
Sleep	Insomnia, vivid dreams, nightmares, hypersomnia, lethargy
Gastrointestinal	Nausea, vomiting, diarrhea, anorexia, abdominal pain
Affective	Anxiety, agitation, tension, panic, depression, intensification of suicidal ideation, irritability, impulsiveness, aggression, anger, bouts of crying, mood swings, derealization and depersonalization
Psychotic	Visual and auditory hallucinations
Cognitive	Confusion, decreased concentration, amnesia
Sexual	Genital hypersensitivity, premature ejaculation



TABELLE 1

Typische Absetzsyndrome bei Neuroleptika-Entzug (nach TRANTER & HEALY 1998)

Sehr häufig	Weniger häufig
Schwitzen	Dystone Symptome (intensive und unwillkürliche Muskelanspannungen)
Hitze-, Kälteschauer	Tardive Dyskinesien (anhaltende, repetitive und unwillkürliche Bewegungen, z. B. im Bereich der Mundpartie, der Finger und Hände)
Schwindel, Kollapsneigung	Akathisie (motorische Unruhe, z. B. der Beine beim Sitzen oder Stehen)
Tachykardie	Kopfschmerzen
Übelkeit, Erbrechen	Konzentrationsstörungen
Schlaflosigkeit	Delir / Psychose
Unruhe, Aufgewühltheit	
Dünnhäutigkeit	

Table 1. Signs and symptoms of withdrawal from SSRI

System involved	Symptoms
General	Flu-like symptoms, fatigue, weakness, tiredness, headache, tachycardia, dyspnea
Balance	Gait instability, ataxia, dizziness, light-headedness, vertigo
Sensory	Paresthesias, electric-shock sensations, myalgias, neuralgias, tinnitus, altered taste, pruritus
Visual	Visual changes, blurred vision
Neuromotor	Tremor, myoclonus, ataxia, muscle rigidity, jerkiness, muscle aches, facial numbness
Vasomotor	Sweating, flushing, chills
Sleep	Insomnia, vivid dreams, nightmares, hypersomnia, lethargy
Gastrointestinal	Nausea, vomiting, diarrhea, anorexia, abdominal pain
Affective	Anxiety, agitation, tension, panic, depression, intensification of suicidal ideation, irritability, impulsiveness, aggression, anger, bouts of crying, mood swings, derealization and depersonalization
Psychotic	Visual and auditory hallucinations
Cognitive	Confusion, decreased concentration, amnesia
Sexual	Genital hypersensitivity, premature ejaculation



TABELLE 1

Typische Absetzsyndrome bei Neuroleptika-Entzug (nach TRANTER & HEALY 1998)

Sehr häufig	Weniger häufig
Schwitzen	Dystone Symptome (intensive und unwillkürliche Muskelanspannungen)
Hitze-, Kälteschauer	Tardive Dyskinesien (anhaltende, repetitive und unwillkürliche Bewegungen, z. B. im Bereich der Mundpartie, der Finger und Hände)
Schwindel, Kollapsneigung	Akathisie (motorische Unruhe, z. B. der Beine beim Sitzen oder Stehen)
Tachykardie	Kopfschmerzen
Übelkeit, Erbrechen	Konzentrationsstörungen
Schlaflosigkeit	Delir / Psychose
Unruhe, Aufgewühltheit	
Dünnhäutigkeit	

Table 1. Signs and symptoms of withdrawal from SSRI

System involved	Symptoms
General	Flu-like symptoms, fatigue, weakness, tiredness, headache, tachycardia, dyspnea
Balance	Gait instability, ataxia, dizziness, light-headedness, vertigo
Sensory	Paresthesias, electric-shock sensations, myalgias, neuralgias, tinnitus, altered taste, pruritus
Visual	Visual changes, blurred vision
Neuromotor	Tremor, myoclonus, ataxia, muscle rigidity, jerkiness, muscle aches, facial numbness
Vasomotor	Sweating, flushing, chills
Sleep	Insomnia, vivid dreams, nightmares, hypersomnia, lethargy
Gastrointestinal	Nausea, vomiting, diarrhea, anorexia, abdominal pain
Affective	Anxiety, agitation, tension, panic, depression, intensification of suicidal ideation, irritability, impulsiveness, aggression, anger, bouts of crying, mood swings, derealization and depersonalization
Psychotic	Visual and auditory hallucinations
Cognitive	Confusion, decreased concentration, amnesia
Sexual	Genital hypersensitivity, premature ejaculation



Wissenschaftliches Wissen fehlt (Studienlage)

Wissen aufgrund von Erfahrung gegeben, Regelwissen möglich

Unverzichtbar!

Die üblichen Grundvoraussetzungen und **Leitideen** für Reduktionsprozesse

Welche Kriterien könnte ich nutzen, um den anderen zu beraten bzw. um mich zu entscheiden?

- Welches ist die sog. „Grundmedikation“ (z.B. Antidepressivum bei depressiven Störungen, mood-stabilizier bei rez. depressiven/bipolaren Störungen, Neuroleptikum bei „schizophren“-psychotischen Störungen)

Tendenz: „**Grundmedikation**“ **zuletzt** (so auch BREGGIN u. Rothschild für psychotische Depressionen)

- Dauer der Einnahme?

Tendenz: **zuletzt begonnenes Medikament zuerst** (so auch BREGGIN)

- Positive Effekte auf Symptomatik?

Tendenz: **das selektivere / wirksamere Medikament einer Wirkgruppe zuletzt**

- Aktivierende versus sedierende Wirkung?

Tendenz: **sedierendes Medikament zuletzt** (so auch BREGGIN)

Tendenz: **2-Zügel-Reduktion** (so auch BREGGIN)

- Bestehen eindeutige unerwünschte Anwendungswirkungen? (z.B. Überhang, kognitive Einschränkung, Gewichtszunahme, Prolaktinerhöhung, motorische UAW, QTc-Zeit-Verlängerung)

Zuordnung zu einem Medikament möglich?

Tendenz: **UAW-verursachendes Medikament zuerst**

- Bestehen langfristige Schädigungsmöglichkeiten? (z.B. switching in Manie, kumulative NL-Dosis, Nierenschädigung bei Lithium)

Tendenz: **schädigendes Medikament zuerst** (so auch BREGGIN)

- Werden verschiedene Medikamente einer Wirkgruppe genutzt?

Tendenz: **Vollständige Reduktion eines Medikaments einer Wirkgruppe** (so auch BREGGIN)



Beispiel: Typische einfache Kombinationen Neuroleptikum + Antidepressivum (typischerweise SSRI)

Risperdal consta 50 mg i.m. alle 14 Tage ("Grundmedikation", kognitive Einschränkungen, motorische UAW, emotionale Distanz)

Citalopram 20 1-0-0

Konsequenz:

1. Oralisierung der Risperidon-Medikation
2. Primär Minimierung der Morgendosis vom Risperidon in 10%-Schrittchen
3. Absetzen des Citalopram

In diesem Fall:

4,5 mg oral, morgens 2 mg, Abends 2,5 mg, nach Reduktion auf 1 mg morgens Reduktion des Citalopram mit 10, 5-Schritten, dann Absetzen des Citalopram,

Reduktion des Risperidon auf derzeit 1-0-1,5 mg

Problem: Reduktion Citalopram von 5 auf 0 mg, darunter erhebliche Unruhe und vorübergehende Aufdosierung der Risperidon-Medikation auf 1,25 mg morgens

Beispiel: Typische einfache Kombinationen Neuroleptikum + Antidepressivum (typischerweise SSRI)

Mirtazapin 0-0-60 („Grundmedikation“, Gewichtszunahme, zuletzt angesetzt, schlafanstoßend, Überhang)

Duloxetine 60 1-0-1 („Grundmedikation“, Unruhe, selektiver)

Quetiapin ret. 50 zur Nacht (zuletzt angesetzt, schlafanstoßend, Überhang)

Konsequenz aus den Tendenzen:

1. Reduktion des Mirtazapins bis zum Absetzen
2. Reduktion des Duloxetine bis zu fehlender Unruhe
3. Absetzen des Quetiapin

In diesem Fall:

Absetzen des Quetiapins sofort durch Pat, Reduktion des Mirtazapins in 15 bzw. 7,5 mg Schritten,

Reduktion des Duloxetine auf derzeit 30 mg morgens (Rezepturen notwendig)

Problem: Sehr rasche Reduktion des Mirtazapins durch Pat initial (Halbierung, da Quetiapin-Reduktion unkompliziert ging), dadurch beginnendes Entzugssyndrom, längere Wartezeit erforderlich, bis erneuter Reduktionsversuch möglich



Beispiel: Kompliziertere Kombinationen: Neuroleptikum + Antidepressivum + Antiepileptikum/Lithium

Valproat 600-0-0-1500 (zuletzt begonnen im KH)

Quetiapin ret. 0-0-800 („Grundmedikation“ 300 mg vor KH-Aufenthalt, massiver Überhang, kognitive Einschränkungen, mimisch unbewegt, Gewichtszunahme)

Trimipramin 0-0-0-100 (zuletzt erhöht von 50 mg auf 100 mg im KH, massiver Überhang, kognitive Einschränkungen, Gewichtszunahme)

Konsequenz aus den Tendenzen:

1. Valproat reduzieren, so dass die Tagesdosis zuerst verschwindet;
2. Umverteilung retardiert auf unretardiert des Quetiapin,
3. dreizügelige Reduktion von Quetiapin, Valproat und Trimipramin bis zur „Grundmedikation“, dann neu entscheiden

(in diesem Fall, rasche Reduktion Valproat, 50mg-Schritte Quetiapin bis zur Grundmedikation, Trimipramin bis 50 mg in 25 mg-Schritten, dann 10 bzw. später 5 bzw. 1 mg-Schritte - Reduktionsspannen jeweils 4-6 Wochen)

Problem I: Reduktion des Trimipramins von 40 auf 30 mg mit Suizidideen, Raufgehen auf 40 mg, dann auf 35 mg,

Problem II: Reduktionsspannen ca. 4-6 Wochen nach Reduktion des Trimipramins auf 25 mg und Quetiapins auf 400 mg wegen „Porosität“ nicht erträglich, vorübergehend Erhöhung des Quetiapin bis 475 mg notwendig, dann zunächst vollständiges Ausschleichen des Trimipramins,

Problem III: Reduktion des Quetiapins ab 400 mg dann in 25 mg-Schritten, alle 4-5 Wochen

Beispiel: Kompliziertere Kombinationen: Neuroleptikum + Antidepressivum + Antiepileptikum/Lithium

Risperidon (als Depot) 50 mg alle 14 Tage („Grundmedikation“, kognitive Einschränkungen, mimisch unbewegt, Gewichtszunahme, selektiver)

Olanzapin 20 mg („Grundmedikation“, kognitive Einschränkungen, mimisch unbewegt, Gewichtszunahme, Diabetes)

Mood-stabilizer CBZ

Konsequenz aus den Tendenzen:

1. CBZ reduzieren;
2. Reduktion des Olanzapins bis zum Ausschleichen;
3. Oralisierung des Risperidons, dann Reduktion bis zur minimal möglichen Dosis

(in diesem Fall, rasche Reduktion CBZ, 2,5 mg-Schritte in der Reduktion des Olanzapins, kleinere Schritte zuletzt bis 2,5 mg Abends, die wegen Einschlafhilfe nicht aufgegeben werden wollen, Oralisierung des Risperidons auf 5 mg, dann Reduktion alle 12 Wochen, initial 0,5 mg Schritte bis 3 mg)

Problem I: Reduktion des Olanzapins verursachte Unruhe und leichte Antriebssteigerungen (Reduktion mit Zwischenschritten/Rezepturen notwendig), keine vollständige Reduktion gewünscht.



Beispiel: Kompliziertere Kombinationen: Neuroleptikum + Antidepressivum + Antiepileptikum/Lithium

Lamotrigin mg 50-0-75 („Grundmedikation“, zuletzt angesetzt)

Quetiapin ret 150 mg zur Nacht (schlafanstoßend, Überhang)

Venlafaxin ret 150-0-0 (gute Wirkung in der akuten depressiven Episode, im Rückblick: gefühlsdistanzierend; Gefahr: switching in manische Episode)

Konsequenz aus den Tendenzen:

1. Quetiapin umverteilen (100 mg retardiert, 50 mg unretardiert) und reduzieren
2. Venlafaxin reduzieren und ausschleichen
3. Quetiapin ausschleichen

Lamotrigin besteht, gel. Einsatz von Melperon

Problem I: Quetiapin-Reduktion ab 125 mg mit Schlafproblemen trotz Überhang, 75 mg unretardiert zur Schlafinduktion notwendig, weitere Reduktion dann unter Einsatz von Melperon (zuletzt tageweise, alternierend)

Welche Kriterien könnte ich nutzen, um den anderen zu beraten bzw. um mich zu entscheiden?

Tendenz: „**Grundmedikation**“ **zuletzt** (ggf. sogar Erhöhung eines als „Grundmedikation“ auserkorenen Medikaments in Kauf nehmen, um ein anderes Medikament zunächst reduzieren zu können)

Tendenz: **zuletzt begonnenes Medikament zuerst** (zuletzt begonnenes Medikament ist wirksam und nebenwirkungsärmer)

Tendenz: **das selektivere / wirksamere Medikament einer Wirkgruppe zuletzt** (unselektives Medikament wird als wirksam erlebt, z.B. aufgrund schlafanstoßender Wirkung /Abschalten am Abend)

Tendenz: **sedierendes Medikament zuletzt** (dennoch 2-Zügel-Prinzip beachten)

Tendenz: **2-Zügel-Reduktion von aktivierendem und sedierendem Medikament, v.a. wenn AD und NL** (vollständiges Ausschleichen ab einer gewissen Dosis dennoch möglich)

Tendenz: **UAW-verursachendes Medikament zuerst** (ggf. UAW tolerieren oder mit anderem Medikament couplieren, um die Reduktion eines problematischeren Medikaments vornehmen zu können)

Tendenz: **schädigendes Medikament zuerst** (Unklarheit, welches Medikament besonders schädigend ist)

Tendenz: **Vollständige Reduktion eines Medikaments einer Wirkgruppe** (erwünschte Wirkungen beachten, z.B. Sedierung)



Dokumentation

Zweite Expertenrunde:

Psychexit - Auf dem Weg zum Kompass „Kompetente Hilfe beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika“

28. April 2017 | 10 - 17.30 Uhr

In den Räumen des St. Hedwig-Krankenhaus,
Berlin - Mitte



© Reinhard Wojke

Tagung und Druck gefördert durch:





Inhaltsverzeichnis

	Seite
Programm	3
Absetzen von Psychopharmaka-Kombinationen Referent: Dr. Dr. Jann E. Schlimme	4
Pharmakodynamische Aspekte beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika Referent: Prof. Dr. Dr. Andreas Heinz	14
Mittagspause	17
Selbstbestimmungsrecht beim Absetzen von Antidepressiva und Neuroleptika Referent: Dr. jur. Heinz Kammeier	18
Kompetentes und erfolgreiches Absetzen von Psychopharmaka in der Selbsthilfe Referentin: Regina Bellion	23
Protokoll	27
Beteiligte an der Planung der Expertenrunde	32

Impressum

Herausgegeben von der Berliner Organisation Psychiatrie-Erfahrener und Psychiatrie-Betroffener (BOP&P) e.V.
1. Auflage 2017

BOP&P e.V. | Belziger Str. 1 | 10823 Berlin

Unser besonderer Dank gebührt dem Paritätischen Wohlfahrtsverband – Landesverband Berlin e.V., insbesondere Herrn Christian Reumschüssel-Wienert, für die finanzielle Unterstützung und dem St. Hedwig-Krankenhaus, Berlin — Mitte, für die Räumlichkeiten und das Catering, insbesondere Prof. Andreas Heinz und Dr. Martin Voss.