

## 9

# Psychopharmakotherapie



In Gynäkologie und Geburtshilfe werden ebenso wie in anderen somatischen Fächern Medikamente aus allen Gruppen der Psychopharmaka verordnet – entweder mit einer eigenen Indikation durch den Frauenarzt (z.B. Trizyklika als adjuvante Schmerztherapie in der Behandlung onkologischer Erkrankungen) oder weil die Patientin eine entsprechende Medikation „mitbringt“. Wirkweise und wichtigste Einsatzgebiete der verschiedenen Gruppen von Psychopharmaka sind deshalb in den nächsten Abschnitten beschrieben.

## 9.1 Tranquilizer/Hypnotika

### Wirkprofile und Nebenwirkungen

Tranquilizer und Hypnotika aus der Benzodiazepin-Gruppe sind wahrscheinlich die am häufigsten verordneten Psychopharmaka in der Frauenheilkunde. Sie haben den Vorteil der sehr guten und schnellen Wirksamkeit. Der Nachteil liegt in der potentiellen Abhängigkeitsgefahr bei längerer und regelmäßiger Einnahme (mit den Folgen Dosissteigerung, körperliche Gewöhnung, Entzugssymptome beim Absetzen). Es spricht aber nichts gegen einen kurzen, gezielten Einsatz dieser Substanzgruppe. Bei Patientinnen mit einer **begrenzten**

**Überlebensdauer** oder im hohen Alter ist auch nichts gegen eine längerfristige Gabe einzuwenden (z. B. eines angstlösenden Benzodiazepins = Lorazepam, Alprazolam).

Immer und besonders dann, wenn eine Patientin über einen längeren Zeitraum mit Benzodiazepinen behandelt wurde (unabhängig davon, ob die Medikation während der gynäkologischen Behandlung indiziert war oder ob die Patientin bereits vor der Behandlung solche Medikamente eingenommen hat), muss das **Absetzen schrittweise erfolgen**. Sonst besteht die große Gefahr von **Entzugssymptomen** (wie etwa Unruhe, Zittern, Schlafstörungen, Entzugsanfälle etc.) bis hin zum Entzugsdelir (s. auch S. 317). Bereits die Einnahme über mehrere Wochen kann zum Auftreten einer Entzugssymptomatik führen.

Gerade bei älteren oder hirngeschädigten Patientinnen besteht zudem die Gefahr der **paradoxen Reaktion**, dass also bei Gabe eines Tranquilizers oder Hypnotikums die bestehenden Symptome verstärkt werden (Zunahme der Unruhe bis hin zur Verwirrtheit). In solchen Fällen sollte auf Neuroleptika ausgewichen werden.

## Tranquilizer speziell in der Gynäkologie

### Angstbehandlung mit Anxiolytika

Das wichtigste Einsatzgebiet der sogenannten Anxiolytika findet sich bei akuten Angstzuständen, wie etwa ausgeprägter Angst oder **phobischen Reaktionen** (s. S. 298) vor diagnostischen oder therapeutischen Eingriffen. Bei den Substanzen Lorazepam und Alprazolam handelt es sich um speziell angstlösende Benzodiazepine, die aber kaum sedierend und nur indirekt schlafanstoßend sind (nämlich über die Beseitigung von Angst). Allerdings sollte der Einsatz in Fällen von Phobien (z. B. Ängsten vor Eingriffen oder Operationen) nur sehr gezielt und punktuell eingesetzt werden (z. B. vor der Untersuchung „in der Röhre“ = MRT). Wegen des Abhängigkeitspotentials verbietet sich eine längerfristige Behandlung mit dieser Indikation, das Primat bei phobischen Ängsten hat dabei immer die Verhaltenstherapie (s. Abschnitt „Reizexposition“, S. 64).

### Präfinale/finale Angstbehandlung mit Anxiolytika

Anders stellt sich allerdings die Situation bei Patientinnen im **fortgeschrittenen Stadium einer onkologischen Erkrankung** dar, das Suchtpotential einer Medikation kann hier vernachlässigt werden. Gerade für diese Patientinnen kann die angstlösende Wirkung der Anxiolytika (Lorazepam oder Alprazolam) ohne Nebeneffekte auf die Atmung und ohne Sedierung tagsüber eine große Hilfe sein. Oftmals müssen gerade diese Patientinnen „überredet“ werden, ein Medikament zu nehmen.

Für **Patientinnen, die nicht mehr in der Lage sind zu schlucken** (z. B. bei präfinalen Patientinnen) kann die Gabe von Tavor® Expidet® (= Lorazepam) sehr hilfreich sein. Es handelt sich dabei um eine Schmelztablette, die direkt über die Mundschleimhaut aufgenommen wird, also beispielsweise in die Wangentasche gelegt wer-

den kann. Die sehr rasche und effektive Angstlösung (Wirkung innerhalb von etwa 30 Minuten) sollte gerade bei präfinalen und finalen Angstzuständen großzügig genutzt werden. Die Dosierung muss individuell angepasst werden, sollte aber nicht zu niedrig gewählt sein (z. B. 1 mg als Einzeldosis, Tagesdosis 3 bis 6 mg).

### Alternativen zu Benzodiazepinen

Anders als man vielleicht vermuten würde, setzen gerade Psychiater Benzodiazepine sehr viel sparsamer ein als andere Facharztgruppen. Bei Unruhe und Schlafstörungen gehören die **niederpotenten Neuroleptika** (Promethazin, Chlorprothixen, Melperon, Pipamperon etc.) zu den Behandlungsalternativen. Die ebenfalls in diese Gruppe gehörige Substanz Levomepromacin sollte wegen der ausgeprägt blutdrucksenkenden Wirkung, die oft schon in niedriger Dosierung auftritt, möglichst vermieden werden.

Eine weitere Alternative bei einer Vielzahl von Problemen (wie etwa Schlafstörungen, Unruhe) besteht in der Gabe von niedrig dosierten **Antidepressiva**. Zu den schlafanstoßenden Antidepressiva gehören beispielsweise Amitriptylin, Trimipramin, Doxepin und als neueres Antidepressivum Mirtazapin.

Im Übrigen gibt es mittlerweile einige **neuere Schlafmittel** (Zopiclon, Zolpidem und Zaleplon), bei denen die Gewöhnungs- und potentielle Suchtgefahr sehr viel geringer ausgeprägt ist als bei den Benzodiazepinen.

## Tranquilizer in der Schwangerschaft und Stillzeit

Wenn nach entsprechender Nutzen-Risiko-Abwägung die Indikation zur Behandlung mit Tranquilizern in der Schwangerschaft gegeben ist, sollte immer rechtzeitig vor dem errechneten Geburtstermin das Medikament schrittweise abgesetzt oder zumindest reduziert werden, da nach der Geburt beim Kind mit

**Entzugerscheinungen** zu rechnen ist (Unruhe, Zittern, Trinkschwäche, „Floppy-infant-Syndrom“ etc.). Dabei müssen die sehr unterschiedlichen Halbwertszeiten der Präparate berücksichtigt werden; bei der Gabe eines kurz wirksamen Präparates besteht eine bessere Steuerbarkeit. Auf jeden Fall sollte ein Neugeborenes, dessen Mutter in der Schwangerschaft bis (kurz) vor der Geburt Beruhigungsmittel oder Schlafmittel eingenommen hat, speziell kinderärztlich überwacht werden. Das Ausmaß der Entzugssymptome kann ähnlich sein wie bei einer Opiatabhängigkeit.

Obwohl lange diskutiert wurde, dass Benzodiazepin-Gabe in der **Frühschwangerschaft** zu Fehlbildungen (wie Herzfehlbildungen, Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten etc.) führen kann, wurden in erneuten Analysen der Daten diese Schlussfolgerungen nicht bestätigt (Schaefer et al. 2006). Wegen des Risikos der Abhängigkeitsentwicklung sollte aber auf jeden Fall Zurückhaltung mit der Gabe von Tranquilizern geübt werden, insbesondere bei jüngeren Frauen.

Diazepam sollte nur dann eingesetzt werden, wenn gezielt die muskelrelaxierende Wirkung erwünscht ist (beispielsweise bei vorzeitigen Wehen). Wenn wegen Unruhe oder Schlafstörungen ein Medikament erforderlich ist und alternative Substanzen (z. B. pflanzliche Präparate wie Baldrian) nicht ausreichen, kann die Gabe sogenannter niederpotenter Neuroleptika eine Alternative sein (wie etwa Promethazin, Chlorprothixen, Melperon, Pipamperon). Auch Antidepressiva mit schlafanstoßender Wirkung (wie etwa Amitriptylin) können in solchen Fällen helfen. Handelt es sich um eine Angststörung, sollten konsequent verhaltenstherapeutische Maßnahmen eingesetzt werden (s. auch Abschnitt 8.1, S. 64), da die Störung nur dadurch langfristig therapierbar ist.

In der **Stillzeit** sollte mit der Gabe von Benzodiazepinen ähnlich wie in der Schwangerschaft sehr zurückhaltend umgegangen werden. Am ehesten ist noch eine Indikation darin zu sehen, dass eine Patientin in der Schwangerschaft bzw. schon vorher längerfristig Benzodiazepine eingenommen hat und man eine

Entzugssymptomatik vermeiden möchte (im Gegensatz zum Alkohol werden Benzodiazepine immer langsam und schrittweise abgesetzt). Für alle anderen psychischen Probleme können wahrscheinlich Antidepressiva als Alternative eingesetzt werden.

## 9.2 Antidepressiva

### Wirkprofile und Nebenwirkungen

Es gibt eine Reihe Antidepressiva mit sehr unterschiedlicher Wirksamkeit. Je nach Zielsymptomatik stehen angstlösende und beruhigende Antidepressiva zur Verfügung, ebenso wie antriebssteigernde und aktivierende Medikamente. Auch bei Schlafstörungen, Panikattacken und Zwangssymptomen können bestimmte Antidepressiva sehr effektiv eingesetzt werden. Im Gegensatz zu Tranquilizern machen Antidepressiva **nicht abhängig**. Trotzdem sollte nach längerer Gabe eine Antidepressivum-Medikation langsam ausgeschlichen werden, um Absetzeffekte zu vermeiden. Speziell bei den SSRI und den beiden SNRI Venlafaxin und Duloxetin kann bei zu schneller Dosisreduktion ein Absetzsyndrom auftreten, das den zu Anfang der Behandlung typischen Nebenwirkungen gleicht.

Der bekannteste Vertreter der „**trizyklischen Antidepressiva**“ ist das Amitriptylin, das in der Frauenheilkunde durch den Einsatz in der Schmerztherapie weit verbreitet ist. Nachteil der Trizyklika sind oftmals die anticholinergen Nebenwirkungen wie Mundtrockenheit, Schwitzen, Kreislaufprobleme, Verstopfung etc., die bereits bei niedrigen Dosierungen für die Patientin sehr unangenehm sein können.

Bei der Entwicklung aller neueren Substanzen steht immer das Ziel eines günstigeren Nebenwirkungsprofils im Vordergrund. Es wird versucht, spezieller (= selektiver) auf die Bereiche im Gehirn einzuwirken, die an bestimmten Störungen beteiligt sind. Die wichtigsten