

Psychopharmaka in der Schwangerschaft

Mit dem vorliegenden Heft schließen wir den 22. Jahrgang der PPT ab – auf über 300 Seiten haben wir Ihnen einen umfassenden Sammelband zu aktuellen Themen und Entwicklungen in der Psychopharmakotherapie geboten. Als neue Therapieansätze wurden Silexan, Vortioxetin, Lurasidon, Perampanel, Nabiximols und Safinamid vorgestellt, in Übersichtsarbeiten wurden unter anderem die Themenkreise Fahrtauglichkeit, Kognition unter Antidepressiva und das oft vernachlässigte Problem der Psychopharmakotherapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie aufgegriffen. Pharmakopolitische Themen waren die frühe Nutzenbewertung, das AMNOG und die Zusatznutzen-Problematik.

Buchbesprechungen und Kommentare gab es unter anderem zum jährlich vielzitierten Arzneiverordnungs-Report, fortgesetzt wurde die illustrierte Serie zu den Wechselwirkungen. Von den Kurzberichten aus der internationalen Literatur und von Kongressen besonders hervorzuheben ist eine neue US-amerikanische Publikation (PLoS ONE September 2015) zu Ergebnissen der Psychotherapie-Forschung in der Depressionsbehandlung: Sie zeigt, dass es auch bei Studien zur Psychotherapie ein „underreporting“ gibt, dass also Studien mit negativem Ergebnis nicht nur in der Pharmakotherapie nicht veröffentlicht werden („Pharmaindustrie-Bias“). Auch für die Psychotherapie kann demnach die Wirksamkeit zu hoch eingeschätzt werden, was bei Leitlinien-Revisionen (z. B. zurzeit S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression) berücksichtigt werden sollte.

Dieses **Schwerpunktheft** widmet sich dem Thema **Schwangerschaft und Psychopharmakotherapie** – in keinem Feld dürfte die Abwägung von Nutzen und Risiko so wichtig, verantwortungsvoll und schwierig sein. *K. Broich und Mitarbeiter vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM)*, Bonn, geben aus regulatorischer Sicht umfassend-profunde Übersichten zu der Verordnung von **Antidepressiva**

und **Antipsychotika** in der Schwangerschaft. Sie konstatieren allgemein, dass die Risiken der Nichtbehandlung einer Depression während der Schwangerschaft eher unterschätzt, Risiken einer medikamentösen Therapie eher überschätzt werden. Die vorliegenden umfangreichen Erfahrungen werden zusammengefasst, und es wird auch auf den häufigen Fehler hingewiesen, eine bestehende und wirksame Pharmakotherapie bei Eintritt einer Schwangerschaft abrupt abzusetzen. *Bergemann, Rodewisch*, gibt einen Überblick zur **Mood-Stabilizer**-Therapie mit Lithium, Carbamazepin, Lamotrigin und Valproinsäure. Letztere ist absolut kontraindiziert.

Ein meist vernachlässigtes Thema ist „**Analgetika in der Schwangerschaft**“: Erschreckend häufig erfolgt eine unkontrollierte Selbstmedikation (OTC), deshalb war es uns angesichts der Häufigkeit des Symptoms Kopfschmerz wichtig, in zwei Beiträgen den aktuellen Kenntnisstand zu Kopfschmerzmitteln und speziell zur Migränetherapie in der Schwangerschaft darzustellen. Die Empfehlungen von Fachgesellschaften variieren hier stark, bezuggenommen wird von den Autoren deshalb überwiegend auf die Empfehlungen des von der Charité und dem Bundesgesundheitsministerium geförderten Pharmakovigilanz- und Beratungszentrums für Embryonaltoxikologie Berlin (www.embryotox.de), auf die Leitlinie der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) und Bewertungen des Ausschusses für Risikobewertung im Bereich der Pharmakovigilanz (PRAC). Zu den Medikamenten erster Wahl zählen hiernach Paracetamol und Amitriptylin. – Im nächsten Jahrgang wird zur thematischen Abrundung noch ein Beitrag zur Gabe von Tranquilizern und Hypnotika in Schwangerschaft und Stillzeit folgen.

Wie immer wünschen wir unseren Lesern viel Freude und Erkenntnisgewinn bei der Lektüre – bis zum „Wiederlesen“ im Jahre 2016!

*Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Gerd Laux,
Haag i. OB/München*

Antidepressiva in der Schwangerschaft

Eine Betrachtung aus regulatorischer Sicht

Karl Broich, Christine Greiner, Norbert Paeschke und Martin Huber, Bonn

Ein nicht geringer Anteil an Frauen mit Kinderwunsch und schwangeren Frauen leidet an behandlungsbedürftigen psychischen Störungen wie beispielsweise Angststörungen oder Depressionen, die je nach Schweregrad auch eine medikamentöse Therapie mit Antidepressiva erforderlich machen können. Die bei der Therapie zu berücksichtigenden Aspekte in einer solchen Situation sind vielschichtig. Zahlreiche Daten zeigen, dass eine unbehandelte Episode einer schwereren depressiven Störung selbst sich negativ auf die Schwangerschaft und die kindliche Entwicklung auswirken kann. Demgegenüber ist eine potenzielle Schädigung des ungeborenen Kindes durch die Medikation sorgfältig abzuwägen. Generell zeigen die klinischen Erfahrungen aber, dass die Risiken der Nichtbehandlung einer depressiven Episode während der Schwangerschaft eher unterschätzt werden, während die Risiken einer medikamentösen Therapie eher überschätzt werden. So kommt es häufig sowohl bei geplantem Kinderwunsch wie auch bei ungeplanter Schwangerschaft zum Absetzen einer bestehenden und wirksamen Therapie mit dem Risiko des Wiederauftretens oder der Verschlechterung der depressiven Störung. Dabei liegen umfangreiche Erfahrungen mit Antidepressiva bei vielen tausend betreuten Schwangerschaften vor. Zwar ist derzeit in Deutschland kein einziges Antidepressivum explizit für die Anwendung während der Schwanger-

schaft zugelassen, da hierfür keine ausreichenden klinischen Prüfungen vorliegen. Eine Schwangerschaft stellt aber nur bei wenigen antidepressiv wirksamen Substanzen eine absolute Kontraindikation dar. In allen Fällen ist daher eine individuelle Abwägung von erwartetem Nutzen und möglichen Risiken vor Absetzen oder Einsatz eines Antidepressivums erforderlich.

Der folgende Beitrag kann kein Leitfadens für die Behandlung mit Antidepressiva während einer Schwangerschaft in der klinischen Praxis sein. Ziel ist es vielmehr, einen kurzen Überblick zu dieser Thematik zu geben und hierbei insbesondere wichtige Aspekte aus regulatorischer Sicht darzustellen. Dabei werden auch mögliche Auswirkungen regulatorisch veranlasster Warnhinweise oder anderer risikominimierender Maßnahmen diskutiert.

Schlüsselwörter: Antidepressiva, Nutzen-Risiko-Abwägung, Schwangerschaft, Nebenwirkungen

Psychopharmakotherapie
2015;22:268–77.

Viele Frauen mit psychiatrischen Erkrankungen haben unabhängig von ihrer Erkrankung einen Kinderwunsch, und neuauftretende oder sich verschlechternde psychische Störungen während einer Schwangerschaft sind nicht selten. Der behandelnde Arzt sieht sich in diesen Situationen besonderen Herausforderungen gegenüber, da der Einsatz jeglicher Medikation wäh-

rend der Schwangerschaft nicht nur in der Öffentlichkeit, sondern auch unter Fachleuten umstritten ist; die Erfahrungen mit Thalidomid haben sich hier tief ins Bewusstsein gegraben. Trotzdem bedarf es hier einer sorgfältigen Abwägung zwischen den möglichen Risiken einer medikamentösen Therapie, beispielsweise mit Antidepressiva, und den potenziellen Risiken einer zum Beispiel unzureichend behandelten Depression und deren Auswirkungen auf Mutter und Kind [12, 36, 42]. So gelten Fehl- und Frühgeburten, angeborene Fehlbildungen, kardiale Fehlbildungen, neonatale Anpassungsstörungen, persistierende pulmonale Hypertension und längerfristige neurokognitive Entwicklungsstörungen oder Erkrankungen des Autismus-Spektrums als mögliche Folgen einer Therapie mit Antidepressiva während der Schwangerschaft, die Datenlage ist dazu aber sehr widersprüchlich. Auf der anderen Seite ist die Schwangerschaft durch eine unbehandelte schwere depressive Symptomatik ebenfalls gefährdet: Vorsorgetermine werden nicht wahrgenommen, Appetitmangel führt zu Ernährungsstörungen, erhöhter Substanzgebrauch von Nicotin und Alkohol ist beschrieben, und suizidale Verhaltensweisen können auftreten mit teilweise langfristigen Auswirkungen auf das Wohlergehen von Mutter und Kind selbst, aber auch hinsichtlich des persönlichen Umfelds. So wird eine bestehende Depression auch als Risikofaktor für das Auftreten von Präeklampsie, Frühgeburten und langfristigen Ent-

Prof. Dr. Karl Broich, Dr. Christine Greiner,
Dr. Norbert Paeschke, Dr. Martin Huber, Bundes-
institut für Arzneimittel und Medizinprodukte
(BfArM), Kurt-Georg-Kiesinger-Allee 3, 53175
Bonn, E-Mail: leitung@bfarm.de