

Jahrgang 27

Nummer 11/2005

Antidepressiva (E. Gysling) 41

Antidepressiva werden heute kontrovers beurteilt. Ihr Nutzen ist beschränkt; auch die neueren Mittel haben bedeutsame Nebenwirkungen. Nicht-medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten dürfen nicht vernachlässigt werden.

Update

Antidepressiva

E. Gysling

Manuskript durchgesehen von M. Egger, A. Frei, M.M. Kochen und P. Zingg

In den letzten Jahren sind eine Reihe von Arbeiten veröffentlicht worden, die sich allgemein mit dem Stellenwert der Antidepressiva und besonders mit der Wirksamkeit und den Risiken dieser Medikamente auseinandersetzen. Seit 1996 in dieser Zeitschrift eine Übersicht zu den selektiven *Serotonin-Wiederaufnahmehemmern* («selective serotonin reuptake inhibitors» = SSRI) erschienen ist,¹ sind zu dieser Gruppe von Antidepressiva einige neue Erkenntnisse gewonnen worden. Verändert haben sich auch die Kosten dieser Medikamente: Da heute praktisch alle SSRI auch als Generika erhältlich sind, existiert für diese Medikamentengruppe kein sehr grosser Preisunterschied zu den älteren Antidepressiva mehr. Neben den SSRI sind noch einige neuere Antidepressiva erhältlich, die teilweise andere Wirkungsmechanismen haben und teurer sind, sich jedoch in ihrer Wirksamkeit kaum von den SSRI unterscheiden. Dies gilt insbesondere auch für das nicht als Generikum erhältliche Escitalopram, das sich nicht nennenswert von Citalopram unterscheidet.² In der Tabelle 1 sind die Markennamen der Originalpräparate der gebräuchlichen Antidepressiva zusammengestellt. Die folgende Übersicht befasst sich in erster Linie mit den SSRI.

Fragen zur Wirksamkeit

Der Begriff «Depression» wird auf sehr verschiedene, zum Teil heterogene Krankheitsbilder angewandt. Nicht selten ist die Diagnose nicht eindeutig. Entsprechend ist es keineswegs einfach, allgemeine therapeutische Prinzipien zu formulieren.³ Die Beurteilung der Wirksamkeit von antidepressiven Massnahmen erfolgt jedoch auf Grund von relativ schematischen Skalen. Die bekannteste und in Medikamentenstudien am häufigsten angewandte Skala ist die *Hamilton-Skala* («Hamilton Rating Scale for Depression»). Obwohl die Hamilton-Skala bedeutende konzeptuelle und psychometrische Schwächen

Tabelle 1: Markennamen der Originalpräparate gebräuchlicher Antidepressiva

Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer

Medikamente	Markennamen (Original)
Citalopram	Seropram®
Escitalopram	Cipralex®
Fluoxetin	Fluctine®
Fluvoxamin	Floxyfral®
Paroxetin	Deroxat®
Sertralin	Gladem®, Zoloff®

Andere Antidepressiva

Medikamente	Markennamen (Original)
Amitriptylin	Saroten®, Tryptizol®
Clomipramin	Anafranil®
Imipramin	Tofranil®
Maprotilin	Ludiomil®
Mianserin	Tolvon®
Mirtazapin	Remeron®
Moclobemid	Aurorix®
Reboxetin	Ecronax®
Venlafaxin	Efexor®

aufweist,⁴ hat sie bisher ihre Bedeutung bei der Beurteilung einer Depression beibehalten.

So wird die Wirkung von Antidepressiva sehr oft mit der Hamilton-Skala geprüft (d.h. eine bestimmte Veränderung der Punktezahl gilt als primärer Endpunkt der Studie). Dabei lässt sich ohne grobe Vereinfachung feststellen, dass sich im Durchschnitt *mit einem Placebo mindestens zwei Drittel der Wirkung von Antidepressiva erreichen* lässt. Dies ist ebenso für ältere wie für neuere Antidepressiva gültig. Mit anderen Worten: die meistens nach einigen Wochen geprüfte Wirksamkeit eines Antidepressivums entspricht beispielsweise der Senkung der Hamilton-Punktezahl um 12, während sich mit dem Placebo durchschnittlich eine Senkung um 8 Punkte erreichen lässt. Mit *anderen* gebräuchlichen Skalen (insbesondere mit der «Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale») ergeben sich ähnliche Resultate. Es gibt zwar praktisch für alle Antidepressiva Studien, die eine höhere Wirksamkeit des aktiven Medikaments zeigen, aber auch solche, in denen das Antidepressivum nicht wirksamer ist als das Placebo.

Eine unbefangene Beurteilung der Wirksamkeit von Antidepressiva wird auch durch die Tatsache beeinträchtigt, dass fast

Tabelle 2: Weitere Indikationen neuerer Antidepressiva*

- Bulimie (Fluoxetin)
- Soziale Phobie (Escitalopram, Paroxetin, Venlafaxin)
- Panikstörungen mit oder ohne Agoraphobie (Citalopram, Paroxetin, Sertralin)
- Generalisierte Angststörungen (Paroxetin, Venlafaxin)
- Zwangsstörungen (Citalopram, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin)
- Posttraumatische Belastungsstörungen (Paroxetin, Sertralin)
- Fibromyalgie und andere Schmerzzustände
- Vasomotorische Symptome nach der Menopause

* In Klammern sind die Medikamente genannt, die in der Schweiz offiziell für diese Indikation zugelassen sind.

alle klinischen Studien *von den Herstellern finanziert* sind. In den publizierten Studien erzeugt das vom Sponsor hergestellte Medikament jeweils regelmässig eine um etwa 5% bessere Wirkung als aktive Vergleichsmittel.⁵ Zudem ist erwiesen, dass Studien mit Resultaten, die keine Vorteile des vom jeweiligen Sponsor hergestellten Medikamentes ergeben haben, nicht zur Veröffentlichung gelangen.⁶

Schliesslich ist auch zu erwähnen, dass viele neuere Antidepressiva ein *sehr breites Wirkspektrum* aufweisen (siehe Tabelle 2), was eher auf allgemein sedativ-anxiolytische Wirkungen als auf eine spezifisch antidepressive Wirkung schliessen lässt.

So gibt es neben einer Mehrzahl von Fachleuten, die sowohl älteren als auch neueren Wirkstoffen dieser Medikamentengruppe klinisch relevante antidepressive Eigenschaften beimessen, auch solche, die insbesondere die antidepressive Wirksamkeit der SSRI in Frage stellen.⁷ Kritisiert wird unter anderem die Tatsache, dass eine vorteilhafte langfristige Beeinflussung einer Depression bisher ungenügend nachgewiesen ist; ausserdem werden Zweifel an verschiedenen methodologischen Einzelheiten genannt.

Kaum in Frage gestellt wird dagegen die Feststellung, dass *die neueren Antidepressiva nicht wirksamer als ältere Vertreter dieser Wirkstoffklasse* sind. Verschiedene Untersuchungen weisen eher darauf hin, dass Trizyklika (z.B. Amitriptylin) eine höhere antidepressive Wirksamkeit aufweisen.^{8,9}

In einer firmenunabhängigen systematischen Übersicht wurde untersucht, ob sich die verschiedenen neueren Antidepressiva – insbesondere die SSRI – in ihrer Wirksamkeit unterscheiden. 46 randomisierte Vergleichsstudien wurden dabei berücksichtigt; nur in 5 Studien fanden sich statistisch signifikante Unterschiede. Eine Metaanalyse dieser Daten lässt annehmen, dass Sertralin und Venlafaxin im Vergleich mit Fluoxetin eine etwas stärkere antidepressive Wirkung haben und dass im übrigen jedoch *keine Unterschiede* bestehen.⁵

Was den *Wirkungseintritt* der Antidepressiva betrifft, kann auf Grund einer aktuellen Metaanalyse angenommen werden, dass bei mindestens 50% der Personen, die auf ein Medikament ansprechen, bereits in den ersten zwei Behandlungswochen eine antidepressive Wirkung nachweisbar ist.¹⁰

Wirksamkeit bei Kindern und Jugendlichen

Die Wirksamkeit der Antidepressiva ist bei Kindern und Jugendlichen noch viel stärker umstritten als bei Erwachsenen. Bis 1996 gab es noch kaum kontrollierte Studien zur Behandlung mit Antidepressiva bis zum Alter von 18 Jahren. Seither

sind jedoch einige Studien durchgeführt worden, wobei die Beurteilung in der Regel nicht mit der Hamilton-Skala, sondern mit einer speziellen Skala («Childhood Depression Rating Scale - Revised») erfolgte. Offiziell ist in Europa *keines* der neueren Medikamente zur Depressionsbehandlung bei Kindern und Jugendlichen zugelassen. (In der Schweiz sind Fluvoxamin und Sertralin zur Behandlung von Zwangsstörungen bei Kindern ab 8 bzw. 6 Jahren zugelassen.) Das britische «Committee on Safety of Medicines»¹¹ und die Arzneimittelbehörden der USA¹² sind zum Schluss gekommen, eine *antidepressive Wirksamkeit bis zum Alter von 18 Jahren sei nur für Fluoxetin genügend nachgewiesen*. In einer aktuellen Übersicht zu diesem Thema wird die Datenlage etwas positiver beurteilt: Trotz vielen negativen Resultaten gebe es auch für Citalopram, Paroxetin und Sertralin Hinweise auf eine Wirksamkeit; für Mirtazapin und Venlafaxin sei dies dagegen nicht der Fall.¹³

Unerwünschte Wirkungen

In Anbetracht der verhältnismässig bescheidenen Wirksamkeit kommt den unerwünschten Wirkungen der Antidepressiva besondere Bedeutung zu. Dabei ist zu berücksichtigen, dass klinische Studien nur beschränkt geeignet sind, die Häufigkeit und die Gefahren von unerwünschten Wirkungen zu erfassen. Dies gilt besonders für seltene medikamentös induzierte Probleme.

Suizidalität

Depressionen sind häufig, führen aber nur selten zum Suizid. Das ideale Antidepressivum wäre fähig, Suizide weitgehend zu verhindern. Nun sprechen zwar unkontrollierte Beobachtungen tatsächlich für eine Suizid-verhütende Wirkung von Antidepressiva – in klinischen Studien ist diese Wirkung jedoch bisher nie nachgewiesen worden. Im Gegenteil: auf Grund der heute vorliegenden Daten kann nicht ausgeschlossen werden, dass SSRI vor allem bei Jugendlichen, möglicherweise aber auch bei Erwachsenen die Suizidalität erhöhen.

Bei *Kindern und Jugendlichen* ergibt sich für die meisten SSRI (mit Ausnahme von Fluoxetin) eine ungünstige Nutzen/Risiko-Bilanz, wenn auch Resultate von nicht-veröffentlichten Studien berücksichtigt werden.⁶ Eine Analyse der kontrollierten Studien im Kindes- und Jugendlichenalter durch die amerikanische Arzneimittelbehörde FDA hat gezeigt, dass das relative Risiko suizidaler Ereignisse unter Antidepressiva signifikant (um mehr als 50%) erhöht ist.¹⁴ Für Venlafaxin (als Einzelsubstanz) ist der Unterschied gegenüber Placebo signifikant, für die anderen Antidepressiva lässt sich nur ein signifikanter Unterschied errechnen, wenn alle Studien zusammengefasst werden. In welchem Ausmass Beobachtungsstudien mit günstigeren Resultaten als aussagekräftig angesehen werden können, steht zur Diskussion.¹³

Zur Frage des Suizidrisikos bei *Erwachsenen* sind zwei systematische Übersichten veröffentlicht worden. Die eine umfasst 477 Studien mit SSRI, die den britischen Zulassungsbehörden vorgelegt wurden. In dieser Arbeit ergaben sich keine eindeutigen Schlussfolgerungen in Bezug auf Suizidalität oder suizidale Gedanken; das Risiko einer suizidalen Handlung («self harm») war unter SSRI etwas erhöht.¹⁵ In der anderen Arbeit wurden 702 Studien berücksichtigt, in denen SSRI mit Placebo oder Nicht-SSRI-Antidepressiva verglichen wurden. Diese zeigte eine signifikant erhöhte Wahrscheinlichkeit von Suizidversuchen unter SSRI im Vergleich mit einer Placebobehandlung («Odds Ratio» 2,28, 95% Vertrauensintervall 1,14-4,55). Im

Tabelle 3: Behandlung der Depression - die wichtigsten therapeutischen Empfehlungen des britischen «National Institute for Health and Clinical Excellence»^{3,23}

- Personen mit einer leichten Depression, die keine Intervention wünschen oder bei denen auch *ohne Intervention* mit einer Besserung gerechnet werden kann, können zunächst nur zu einer Kontrolluntersuchung bestellt werden
- Antidepressiva sollten bei der initialen Behandlung leichter Depressionen allgemein *vermieden* werden, weil sie in dieser Situation ein ungünstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis aufweisen
- Bei einer leichten Depression kann ein *Selbsthilfeprogramm*, das sich an der kognitiven Verhaltenstherapie orientiert, in Betracht gezogen werden
- Bei Erwachsenen sollte eine leichte bis mittelschwere Depression mit *psychotherapeutischen Massnahmen* (kognitive Verhaltenstherapie, 6 bis 8 Sitzungen über 10 bis 12 Wochen; interpersonale Psychotherapie) behandelt werden
- *Kindern und Jugendlichen* mit einer mittelschweren bis schweren Depression sollte in erster Linie psychologische Hilfe (kognitive Verhaltenstherapie, Beratung, Familientherapie) angeboten werden
- Kinder und junge Leute mit schwerer Depression sollten keine Antidepressiva erhalten, es sei denn in Kombination mit einer Psychotherapie. Wenn Antidepressiva gegeben werden, ist eine engmaschige Überwachung – besonders im Hinblick auf unerwünschte Wirkungen – angezeigt
- Wenn ein Antidepressivum verschrieben wird, kommt in erster Linie ein *selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer* (SSRI) in Frage
- Personen, denen Antidepressiva verschrieben werden, sollten darüber informiert werden, dass beim Absetzen des Mittels oder bei einer Dosisreduktion unangenehme Symptome auftreten können
- Für Erwachsene mit einer schweren Depression empfiehlt sich von Anfang an eine Kombination von Antidepressiva und Psychotherapie
- Erwachsene, die kurz hintereinander mehrere depressive Episoden hatten, sollten während 2 Jahren Antidepressiva einnehmen
- Bei Therapieresistenz oder Rückfällen unter Therapie sollten Antidepressiva und Psychotherapie kombiniert werden.

Vergleich mit Trizyklika ergab sich kein signifikanter Unterschied, wohl aber im Vergleich mit anderen Antidepressiva.¹⁶ Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die aktuell vorhandenen Daten nicht erlauben, klare Schlüsse zu ziehen – ein erhöhtes Suizidrisiko unter SSRI lässt sich jedenfalls nicht sicher ausschliessen.

Gewöhnung

Beim Absetzen einzelner SSRI – insbesondere von *Paroxetin* – sowie nach Verabreichung des Noradrenalin-Serotonin-Wiederaufnahmehemmers *Venlafaxin* kommt es nicht selten zu störenden Symptomen. Ob es sich dabei um eigentliche Entzugssymptome handelt oder ob man besser von «Absetzerscheinungen» spricht, ist eigentlich belanglos. Dass diese störenden Symptome vorkommen, gilt heute jedoch als überzeugend dokumentiert. Es gibt ein breites Spektrum von Symptomen, die unter anderem Schwindel, Schlafstörungen (teilweise mit intensiven Träumen), Angstzustände, Sinnesstörungen (Elektroschockempfindungen), Ruhelosigkeit, Reizbarkeit und Verwirrtheit umfassen.

Andere unerwünschte Wirkungen der SSRI

Im Vergleich mit den trizyklischen Antidepressiva haben die SSRI eine geringere akute Toxizität – das Risiko, an einer Überdosis zu sterben, ist deshalb bei den SSRI geringer.¹⁷ Allgemein sind unerwünschte Wirkungen von SSRI zwar andersartig, jedoch nicht seltener als diejenigen von Trizyklika. Bei den SSRI stehen häufig *gastro-intestinale Probleme* (Brechreiz, seltener Durchfall) im Vordergrund. Gemäss mehreren Kohortenstudien sind unter SSRI *Blutungen im oberen Magen-Darmtrakt* rund dreimal häufiger als bei Personen, die keine solchen Medikamente einnehmen. Es wird geschätzt, dass jährlich 1 von 300 mit SSRI Behandelten eine zusätzliche gastrointestinale Blutung erleidet; wenn jemand auch Acetylsalicylsäure oder ein anderes nicht-steroidales Antirheumatikum einnimmt, ist das Risiko höher. Diese Komplikation wird durch

die Affinität der SSRI für den Serotonin-Transporter erklärt, die zu einer Serotonin-Verarmung der Thrombozyten führt. Eine besonders hohe Affinität zum Serotonin-Transporter haben Fluoxetin, Paroxetin und Sertralin sowie Clomipramin.¹⁸ Häufig wird unter SSRI auch über Kopfschmerzen und Schwindel berichtet. Starkes Schwitzen und Mundtrockenheit kommen vor, sind jedoch seltener als unter trizyklischen Antidepressiva.

Charakteristisch für SSRI ist die *Beeinflussung der Sexualfunktion* – Impotenz, ausbleibende Ejakulation und, bei Frauen, Anorgasmie werden beschrieben. Dieser Effekt ist so ausgeprägt, dass verschiedene SSRI auch zur Behandlung einer vorzeitigen Ejakulation verwendet wurden, wobei es aber wahrscheinlich nicht genügt, wenn das Medikament nur ganz kurzfristig eingenommen wird.

SSRI können sehr variable Wirkung auf den Wachzustand haben: Agitation und Schlaflosigkeit kommen vor, andererseits aber auch Müdigkeit oder Somnolenz. Bei jungen Kindern, die wegen Zwangsstörungen mit SSRI behandelt werden, wird manchmal feindseliges Verhalten beobachtet.

Risiken in der Schwangerschaft

Bis vor kurzem wurde die Verabreichung von SSRI in der Schwangerschaft als relativ harmlos angesehen. Neue Publikationen weisen jedoch auf verschiedene Probleme hin. Zwei retrospektive Analysen zeigen auf, dass Kinder von Müttern, die im ersten Schwangerschaftstrimester Paroxetin erhalten haben, häufiger *kardiovaskuläre Missbildungen* aufweisen.¹⁹ Andere SSRI könnten eine ähnliche teratogene Wirkungen haben. Bei Neugeborenen, deren Mütter in der zweiten Schwangerschaftshälfte Fluoxetin, Paroxetin oder Sertralin genommen hatten, fand sich häufiger als bei Kontrollen eine persistierende *pulmonale Hypertonie*.²⁰ Schliesslich wurde bei einem hohen Prozentsatz Neugeborener ein *Abstinenzsyndrom* beobachtet, wenn die Mutter während der Schwangerschaft einen SSRI oder Venlafaxin eingenommen hatte.²¹

Interaktionen

Fast alle gebräuchlichen Antidepressiva werden über Zytochrome (besonders via CYP2D6) metabolisiert und die meisten sind auch *Hemmer von Zytochromen*. Wie schon früher festgestellt,¹ sind unter den SSRI Citalopram und Sertralin diejenigen, deren Hemmwirkung vergleichsweise gering ist und die deshalb seltener Ursache relevanter Interaktionen sind.²² Gleichzeitige Verabreichung mit anderen CYP2D6-Hemmern kann jedoch bei den meisten Antidepressiva zu einem deutlichen Spiegelanstieg führen.

Empfehlungen für die Praxis

So falsch es wäre, aus den neueren Untersuchungen radikale Schlüsse zu ziehen, so wenig ist es angebracht, die mannigfachen Vorbehalte auch gegen die neueren Antidepressiva einfach zu ignorieren. Dem britischen «National Institute for Health and Clinical Excellence» (NICE) ist es gelungen, ausgewogene und Evidenz-basierte Empfehlungen für die antidepressive Behandlung sowohl von Erwachsenen als auch von Jugendlichen auszuarbeiten.^{3,23}

Die wichtigsten *Schlussfolgerungen* («key priorities») dieser Empfehlungen sind in Tabelle 3 (Seite 43) zusammengestellt. Auffallend ist die grosse Bedeutung, die den psychotherapeutischen Verfahren beigemessen wird. Längst nicht jeder depressive Zustand muss mit einem Antidepressivum behandelt werden.

Zur Frage der *Auswahl eines geeigneten Antidepressivums* wird argumentiert, die SSRI wären vorzuziehen, weil sie subjektiv besser verträglich und deshalb seltener abgesetzt würden als trizyklische Antidepressiva. Unter den SSRI könnte *Citalopram* oder *Fluoxetin* der Vorzug gegeben werden, da sie beim Absetzen selten Probleme verursachen. Andere Antidepressiva sollten *initial* nur in Zusammenarbeit mit psychiatrisch Ausgebildeten eingesetzt werden.

Bei Misserfolg eines ersten Antidepressivums könnte jedoch in der hausärztlichen Praxis nach 4 bis 6 Wochen das Medikament durch ein anderes Antidepressivum ersetzt werden. In diesem Zusammenhang ist eine randomisierte Studie zu erwähnen, in der Personen, bei denen Citalopram nicht verträglich oder nicht wirksam war, mit Sertralin, Venlafaxin oder dem in der Schweiz nur zur Raucherentwöhnung verwendeten Bupropion (Zyban[®]) behandelt wurden. Mit allen drei sekundär eingesetzten Medikamenten konnte ähnlich häufig, nämlich bei etwa 25% der Behandelten, eine Remission erreicht werden.²⁴

Bei der Auswahl sind die möglichen Nebenwirkungen zu berücksichtigen. Nach den britischen Empfehlungen sollte die Verabreichung von Venlafaxin nur unter Mitwirkung einer speziell ausgebildeten Fachperson erfolgen. Schliesslich wird auch von der ärztlichen Verordnung von Johanniskraut abgeraten, da keine genügenden Informationen zur besten Dosis vorhanden und Interaktionen möglich sind.

Literatur

- 1 Ritzmann P. *pharma-kritik* 1996; 18: 17-20
- 2 http://www.npc.co.uk/MeReC_Extra/2005/no18_2005.pdf
- 3 Goldberg D et al. Depression – Management of depression in primary and secondary care. Clinical Guideline 23. 2004; London, National Institute for Clinical Excellence
- 4 Bagby RM et al. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 2163-77
- 5 Hansen RA et al. *Ann Intern Med* 2005; 143: 415-26
- 6 Whittington CJ et al. *Lancet* 2004; 363: 1341-5

- 7 Moncrieff J, Kirsch I. *Br Med J* 2005; 331: 155-7
- 8 Anderson IM. *J Affect Disord* 2000; 58: 19-36
- 9 Guaiana G et al. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; (2): CD004186
- 10 Posternak MA, Zimmerman M. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 148-58
- 11 <http://www.mhra.gov.uk/home/groups/pl-p/documents/drugsafetymessage/con019472.pdf>
- 12 <http://www.fda.gov/cder/drug/antidepressants/SSRIPHA200410.htm>
- 13 Cheung AH et al. *Can Med Assoc J* 2006; 174: 193-200
- 14 www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/04/SLIDES/2004-4065s1_08_fda-Hammad.ppt
- 15 Gunnell D et al. *Br Med J* 2005; 330: 385-8
- 16 Fergusson D et al. *Br Med J* 2005; 330: 396-9
- 17 Mason J et al. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 366-70
- 18 Paton C, Ferrier IN. *Br Med J* 2005; 331: 529-30
- 19 Williams M, Wooltorton E. *Can Med Assoc J* 2005; 173: 1320-1
- 20 Chambers CD et al. *N Engl J Med* 2006; 354: 579-87
- 21 Levinson-Castiel R et al. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006; 160: 173-6
- 22 Spina E, Scordo MG. *Drugs Aging* 2002; 19: 299-320
- 23 Fonagy P et al. Depression in children and young people. Clinical Guideline 18. 2005; London, National Institute for Health and Clinical Excellence
- 24 Rush AJ et al. *N Engl J Med* 2006; 354: 1231-42

Reviewer dieser Nummer:

Prof. Dr. M. Egger, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität, CH-3012 Bern

Dr. A. Frei, Psychiatrische Klinik, Kantonsspital, CH-6000 Luzern 16

Prof. Dr. M.M. Kochen, Abteilung Allgemeinmedizin, Georg-August-Universität, D-37073 Göttingen

Dr. P. Zingg, Privatklinik Wyss AG, CH-3053 Münchenbuchsee

Pro memoria

Unter dem Titel «Pro memoria» finden Sie in den pharmakritik-Nummern dieses Jahrgangs jeweils ein Zitat aus dem Buch «100 wichtige Medikamente (2005)». Das Zitat soll zum Lesen des entsprechenden Buchkapitels anregen.

Wenn ein chronischer Schmerzzustand mit einem Antidepressivum behandelt werden soll, denke ich zuerst an Amitriptylin.

(Aus dem Kapitel «Amitriptylin», Seite 33).

pharma-kritik

www.pharma-kritik.ch

e-mail: sekretariat@infomed.ch

Herausgegeben von Etzel Gysling (Wil)

unter Mitarbeit von Renato Galeazzi (St.Gallen) und Urs A. Meyer (Basel)

Redaktionsteam: Etzel Gysling (Leitung), Urspeter Masche, Peter Ritzmann, Thomas Weissenbach

Layout und Sekretariat: Verena Gysling

Abonnementspreis für den Jahrgang 27 (2005, 20 Nummern): 98 Franken

Erscheinungsweise: 18 Ausgaben

Infomed-Verlags-AG, Bergliweg 17, 9500 Wil

Telefon 071-910-0866, Telefax 071-910-0877

Website: www.infomed.org – e-mail: sekretariat@infomed.ch

Druck: Druckerei R.-P. Zehnder AG, 9500 Wil

© 2006 Infomed Wil. All rights reserved.

MARKENNAMEN

der im Text erwähnten Arzneimittel*

(A = in Österreich, D = in Deutschland)

Citalopram

A: Seropram und andere D: Sepram und viele andere

Fluoxetin

A: Fluctine und andere D: Fluctin und viele andere

Fluvoxamin

A: Felixsan, Floxyfral D: Fevarin und andere

Mianserin

A: Miabene, Tolvon D: Tolvin und andere

Mirtazapin

A: Remeron und andere D: Remergil und andere

Paroxetin

A: Glaxopar, Seroxat u.a. D: Seroxat, Tagonis u.a.

Venlafaxin

A: Efectin, Efexor, Trewilor D: Efexor, Trevilor, Vandal

* Die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Berücksichtigt wurden in erster Linie Markennamen, die von den Schweizer Namen abweichen.