

INHALTSVERZEICHNIS

1. Psychopharma III - Antipsychotika & ADHS

1.1. dopaminerge Synapse

1.2. 5HT-Rezeptor

1.3. Neu & alt

1.4. Wirkung

1.5. Potenz

1.6. Haldol QT

1.7. atypische

2. ADHS

2.1. allgemein

neue dateiversion L2P: antipsychotisches Fenster ist dazugekommen

1. PSYCHOPHARMA III - ANTIPSYCHOTIKA & ADHS

Schmalzing

1.1. dopaminerge Synapse.

- D1 & D2-Rezeptor
- ant: Perazin = trizyklisch
- ant: Haloperidol
- ag: Amphetamin → psychosenförderung
- ag: Metylphenidat → milder bez. Hallus und so (hemmt Rückaufnahme)
- 2. Wahl: Atomoxetin

1.2. 5HT-Rezeptor.

- = serotonerge Synapse
- LSD ist hier der Agonist
- Mescaline (Pilze) wirken auch hier
- hier wirken atypische Neuroleptika
- Clozapin
- Olanzapin = Zyprexa

- Quetiapin = Seroquel

- Risperidon

1.3. Neu & alt.

- neue sind wirklich besser
- Clozapin ist auch schon 40 Jahre alt
- Clozapin = stärkstes Neuroleptikum → Agranulozytose leider
- Olanzapin ist da ein Nachbar
- Clozapin 2. Wahl
- Olanzapin: Dick werden & Diabetes
- Zyprexa zeitweise das Meid mit größtem Umsatz auf der Welt

1.4. Wirkung.

- Wirkung hat man eigentlich nur bei kranken Patienten, gesunde haben halt die Nebenwirkungen aber keine sonstigen Probleme
- alles Antiemetisch
- Positivsymptomatik wird sehr gut angegangen
- Negativsymptome: kann man nichts gegen machen, teilweise Verstärkung
- beim klassischen ist der D2-Rezeptor der entscheidende Ansatzort
- Nachteil bei klassischen: geringes therapeutisches Fenster (neue Folie)
- bei 80% Blockade Parkinson
- Wirkfenster zwischen 60-80%
- unter 60% zu geringe Wirksamkeit
- gutes Übersichtsbild D2
- auch problem: Libidoverlust
- die Leute sind nicht so froh → Belohnungszentrum wird gehemmt → Ahedonie
- D2 ist genau an den relevanten Stellen, aber eben auch im präfrontalen Kortex → Kognitiv-verschlechterung = Mesocortikal
- auch hierzu eine gute Übersichtsfolie
- zusammengefasst Problem liegt eigentlich Mesolimbisch, aber Mesocortikal (negativ), Nigrostriatal (Parki) und Tuberoinfundibulär (Prolaktin) wird mitverhandelt

1.5. **Potenz.**

- hochpotente machen besonders viel Parkinson
- daher sind niederpotente Mittel eigentlich besser
- die sind aber zedierend.... funk das ist ja doof irgendwie
- schwach-potente wirken auch auf den M-Rezeptor → Mundtrockenheit
- Kombinationstherapie klappt nicht, da die Wirkstoffe unglaublich langsam diffundieren

1.6. **Haldol QT.**

- reduziert Lebenszeit
- i.v. NUR unter EKG-Kontrolle
- Janssen hat i.v. Haloperidol vom Markt genommen - intramuskuläre Medikation

1.7. **atypische.**

- Rezeptor 5HTA2
- wirken auch am D2, aber da wirken sie nicht so stark

- seltener zu extrapyramidalem
- seltener zu Park
- Leponex = lat: der Hase ist tot → Fehlglaube - auch ohne Parkinsonismus Wirkung!
- Messung des Parkinsonismus über Schriftgröße
- Olanzapin: 52% des Marktes
- alle atypischen Neuroleptika haben metabolische Nebenwirkungen
- mittlere Gewichtszunahme: Quetiapin & Risperidon
- hohe: Olanzapin & Clozapin
- geringe

2. ADHS

2.1. **allgemein.**

- Metylphenidat unter dem BtmG
- 2. Wahl: Atomoxetin
- Retardpräparate die nicht zur Abhängigkeit führen
- Nebenwirkung: Kinder Dünner und etwas kleiner, aber halb so wild