Barbara Hinterbuchinger · Zsuzsa Litvan · Nilufar Mossaheb

Klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie, Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Medizinische Universität Wien, Wien, Österreich

Esoterik und Psychose

Der Grat zwischen Gabe und Krankheit

Einleitung

Das erstmalige Auftreten psychotischer Symptome kann entlang eines Kontinuums zwischen psychoseartigen Erlebnissen innerhalb der gesunden Bevölkerung, psychotischen Symptomen und psychotischen Episoden bei Individuen mit affektiven Störungen sowie Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis betrachtet werden. Unter Berücksichtigung dieses Psychosekontinuums kann die Abgrenzung psychotischer Symptome gegenüber subkulturell akzeptierter und nicht beeinträchtigender Phänomene nicht immer eindeutig sein. Bei der Beurteilung psychoseartiger Erfahrungen wird zwischen jenen mit klinischer Bedeutung aufgrund von vorhandenem Leidensdruck und hilfesuchendem Verhalten der Betroffenen, jedoch ohne Erfüllung der Diagnosekriterien einer psychotischen Erkrankung, und jenen unterschieden, welche keinen Leidensdruck oder hilfesuchendes Verhalten und somit keine klinische Auswirkung zur Folge haben. Erstere sind in der Folge als subklinische psychotische Symptome zu bezeichnen und zeigen in Studien eine Prävalenz von bis zu 4 %. Tatsächlich konnten Studien bei Menschen mit besonderem Interesse an paranormalen Phänomenen und Esoterik sowie außerkörperlichen Erfahrungen oder Praktiken wie Meditation und Qi Gong, welchen eine bewusstseinsweiternde Wirkung zugeschrieben wird, Hinweise für eine erhöhte Ausprägung an psychotischen und psychoseartigen Erlebnissen zeigen.

Kasuistik

Die 29-jährige Patientin Frau S. suchte die psychiatrische Akutambulanz aufgrund von Schuldideen und einer subjektiv niedergeschlagenen Stimmungslage auf. Im Erstkontakt wirkte die Patientin belastet, affektlabil, mit psychomotorischer Unruhe, nestelnden Bewegungen und leicht gesteigertem Antrieb bei gegebener Orientierung zu allen Qualitäten.

Anamnese

Frau S. schilderte, die Präsenz einer bestimmten Person, welche ihr sehr am Herzen liege und mit welcher sie sich sowohl telepathisch als auch über das Internet in den letzten Wochen in ständigem Austausch befunden habe, nicht mehr wahrnehmen zu können. Aufgrund dessen fühle sie sich nun niedergeschlagen und freudlos. In der Zeit zuvor habe sie sich häufig in gehobener bis euphorischer Stimmung befunden, v. a. sei dies der Fall gewesen, wenn sie mit besagter Person in Kontakt getreten sei. Es sei zu Au-raverschmelzungen gekommen und sie habe sich von der Person regelrecht bewohnt gefühlt. Frau S. beschrieb außerdem taktile, zönästhetische und optische Wahrnehmungsveränderungen. Sie habe in den letzten Nächten das Gefühl gehabt, abgetastet zu werden oder als ob Laser in ihren Körper schneiden würden und habe sich angesichts minimaler Hautveränderungen gefragt, ob diese durch Außerirdische hervorgerufen worden wären. Sie habe nachts geometrische Formen im Raum gesehen. Frau S. befürchte, dass jemand ihr Schaden zufügen oder sie austricksen wolle und habe häufig das Gefühl, als ob etwas in ihrem Umfeld nicht stimme.

An unserer Station zeigte sich Frau S. zunächst im Ductus großteils inkohärent, deutlich zerfahren, weitschweifig sowie im Gespräch häufig vorbeiredend. Während des Aufnahmegesprächs wurde zum einen das rasch wechselnde Stimmungsbild mit abwechselnd depressiver bis hin zu euphorisch-gehobener Stimmungslage deutlich. Ebenso bestimmten neben den beschriebenen Wahrnehmungsveränderungen und der paranoiden Reaktionsbereitschaft ein Gefühl des Gemachten, Wahnstimmung mit Wahnwahrnehmung, Fremdsteuerungserlebnisse sowie als bedrohlich empfundene und wahnhaft imponierende Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen das klinische Bild der Patientin.

» Die Arbeit an einem gemeinsamen Verständnis der Beschwerden spielt eine wichtige Rolle

Im Vordergrund standen weiterhin Ap-personisierung und transistivistisches Erleben. So gab Frau S. an, Gefühle wie Trauer oder Schmerz von ihr nahestehenden Personen zu empfinden, als seien es ihre eigenen. Sie könne häufig kaum unterscheiden, was zu ihr selbst und was zu anderen Menschen gehöre. Wenngleich sie diese Fähigkeit auch als „Gabe“ bezeichnete, könne sie im Falle einer zu intensiven Ausprägung zu einem „Fluch“ werden. Des Weiteren vermutete Frau S., dass eigentlich ihr Bruder und nicht sie selbst es sei, der unter einer psychotischen Erkrankung leide.

Frau S. schilderte mehrere belastende Lebensereignisse. Depressive Phasen habe die Patientin bereits in der Jugend

durchlebt, manische Episoden seien bisher nicht aufgetreten. Die einzige psychiatrische Vorbehandlung betraf eine fragile Anpassungsstörung vor einigen Jahren, ohne regelmäßige Medikation. Bezüglich der Erhebung einer Außenanamnese zeigte sich die Patientin zunächst ambivalent und lehnte diese letztlich ab. Familienanamnestisch waren eine Alkoholabhängigkeit des Vaters sowie ein Suizidversuch der Mutter erhebbar. Bei dem Bruder bestehe möglicherweise eine reaktive Angststörung.

Frau S. gab an, die Schule mit Matura abgeschlossen zu haben. Im Anschluss sei ihr nicht gelungen, über einen längeren Zeitraum einer regelmäßigen Arbeit nachzugehen. Nun sei sie seit mehreren Jahren arbeitslos. Frau S. lebe alleine. Bisher habe keine längerfristige Partnerschaft bestanden, Kinder habe sie ebenfalls keine.

Therapie

Zum Ausschluss organischer Ursachen dieses zunächst akut polymorph psychotisch imponierenden Zustandsbildes erfolgten ein Elektroenzephalogramm sowie eine Magnetresonanztomographie des Schädels, welche ohne pathologischen Befund blieben. In der Laboruntersuchung waren ebenfalls keine relevanten Abweichungen fassbar. Ebenso wenig fanden sich Nachweise eines Substanzkonsums im Drogenharn. Die testpsychologische Untersuchung der kognitiven Leistung zeigte eine überdurchschnittliche kristallisierte intellektuelle Leistungsfähigkeit. Eine standardisierte Persönlichkeitsdiagnostik mittels SKID-II-Interview zeigte eine Akzentuierung schizotyper Merkmale ohne Erfüllung aller notwendiger Kriterien für die Diagnosestellung oder sonstige Hinweise auf eine Achse-II-Störung.

Die medikamentöse Behandlung erfolgte mit Aripiprazol, welches langsam und schrittweise bis auf 25 mg/d aufdosiert wurde. Es kam zu einem raschen und deutlichen Rückgang der akutpsychotischen Symptomatik. Deutliche Reizüberflutungserlebnisse und die erschwerte Abgrenzung zu Mitpatienten im Rahmen der Ich-Grenzen-

Störung waren jedoch auch nach partiellem Ansprechen auf die antipsychotische Medikation weiterhin sehr belastend für Frau S.

Eine Verlegung in ein Einzelzimmer schien den Behandlungsverlauf sowohl subjektiv als auch objektiv positiv zu beeinflussen. Eine nach Teilremission der psychotischen Beschwerden zunehmend depressive Symptomatik wurde mit Sertralin behandelt. Der Versuch einer Addon-Therapie mit Quetiapin XR zur weiteren Stimmungsstabilisierung und bei rezidivierenden Unruhemomenten konnte, aufgrund von Morgenmüdigkeit ohne Habituationseffekt, nicht mit einer Dosis über 50 mg/d erfolgen.

Die Appersonierungserlebnisse und transistivistischen Phänomene blieben unverändert bestehen. Diese fluide Ich-Umwelt-Grenze stand für die Patientin in direktem Zusammenhang mit der Neigung zu esoterischen Themen, von ihr als spirituelle Offenheit, mediale Fähigkeiten sowie Hochsensibilität bezeichnet. Frau S. wollte sich diese, als Gabe empfundene Fähigkeit auch zu-

künftig bewahren und fürchtete diese infolge der antipsychotischen Medikation zu verlieren. Die Patientin führte die, zum Aufnahmezeitpunkt im Vordergrund stehende, weitere psychotische Symptomatik sowie die deutliche affektive Komponente zum einen auf eine länger bestehende innerfamiliäre Belastung, zum anderen auf die unmittelbar vor der Aufnahme beschriebene Problematik mit dem mit ihr in Kontakt gestandenen Mann zurück.

Diagnosestellung

In Zusammenschau der Anamnese und des klinischen Bildes mit den Ich-Störungen, dem Gefühl des Gemachten, den wahnhaften Beeinflussungsideen, der anfänglichen Inkohärenz sowie der mischbildhaft-affektiven Komponente, die das klinische Zustandsbild gleichermaßen zu prägen schienen, wurde die Diagnose einer schizoaffectiven Störung gestellt.

Im Rahmen der Zusammenarbeit mit der Patientin stand, nach Abklingen der akuten Symptomatik, das Thema um

Hier steht eine Anzeige

Springer

den Krankheitswert ihrer Beschwerden im Vordergrund, welche sie, aus unserer Sicht, trotz weiter bestehendem beträchtlichen Leidensdruck unter der Annahme ihres eigenen Krankheitskonzeptes kognitiv zu bagatellisieren schien.

Mit Frau S. wurden regelmäßige Gespräche geführt, welche vielfach die Gegenüberstellung des psychiatrischen Konzeptes der Psychose und dem von der Patientin entwickelten Krankheitskonzept einer spirituellen Hochsensibilität thematisierten. Die Bestrebung war, gemeinsam mit der Patientin, eine Möglichkeit zu finden, diese beiden Konzepte zu integrieren. Selbststigmatisierung und die Angst vor Fremdstigmatisierung wurden deutlich. Insbesondere der Aspekt des Leidensdrucks und der Schwierigkeiten in verschiedenen psychosozialen Bereichen, sowie das Konzept psychotischer Symptome auf einem Kontinuum konnten von Frau S. gut angenommen werden.

Zum Entlassungszeitpunkt bestanden weiterhin etwas fluide Ich-Grenzen, jedoch in einem Ausmaß, welches die Patientin als ihrem Habitualzustand entsprechend empfand und welche nicht mit ihrer Leistungsfähigkeit zu interferieren schienen. Es waren keine sonstigen psychotischen Symptome mehr fassbar, die Stimmungslage war ausgeglichen. Die Patientin hatte konkrete Ziele zur Optimierung ihrer Wohnsituation und strebte eine psychiatrische Rehabilitation im Anschluss an.

Diskussion

Im Rahmen der Diagnosestellung und Behandlung von Frau S. fand das Konzept eines Psychosekontinuums, welches davon ausgeht, dass psychotische Symptome sich sowohl innerhalb der gesunden Allgemeinbevölkerung als auch bei Individuen mit affektiven Störungen sowie Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis finden, wiederkehrend Berücksichtigung.

In der Tat zeigt die Literatur Hinweise auf eine erhöhte Ausprägung an psychoseartigen und psychotischen Symptomen bei Menschen mit Interesse an esoterischen Praktiken. Es schien somit wichtig, eine mögliche Pathologisierung

ungewöhnlicher und von der subkulturellen Norm abweichender, jedoch nicht krankheitswertiger Erfahrungen, zu vermeiden. Diese Umsicht könnte jedoch auch dazu beitragen, die bereits im Vorfeld vorhandene Tendenz zu fluiden Ich-Umwelt-Grenzen unter dem Deckmantel der Esoterik als psychoseartige Erlebnis- se zu bagatellisieren, wodurch ein bereits manifestes psychotisches Zustands- bild unerkannt bleiben könnte.

Das reduzierte Funktionsniveau der Patientin, welches es ihr seit Jahren unmöglich machte einen regelmäßigen Beruf auszuüben, beantwortet zwar letztlich die Frage einer möglicherweise schon länger bestehenden psychotischen Erkrankung nicht endgültig, scheint jedoch in diesem Zusammenhang nicht unwesentlich.

» Individuelles Krankheitskonzept erhöht die Compliance

Die anfänglich gestellte Diagnose einer akut polymorph psychotischen Störung mit Symptomen einer Schizophrenie wurde im Verlauf des stationären Aufenthaltes, in Anbetracht der Dauer der Symptomatik sowie anamnestischer Hinweise auf eine psychotische Symptomatik mit affektiver Komponente in der Vergangenheit, verworfen. Ebenso ließ die Tatsache, dass es der Patientin, trotz gegebener intellektueller Leistungsfähigkeit, bereits seit längerem nicht mehr möglich gewesen war, einer regelmäßigen Beschäftigung nachzugehen, auf eine nicht erst rezent aufgetretene Einschränkung des psychosozialen Funktionsniveaus schließen.

Differenzialdiagnostisch wurde die Diagnose einer bipolaren affektiven Störung mit gegenwärtig gemischter Episode diskutiert, nachdem v. a. zu Beginn des Aufenthaltes das Stimmungsbild der Patientin einem rasch wechselnden, fluktuierenden Verlauf unterworfen war und in der Vergangenheit mehrere depressive Episoden erhebbare waren. Dennoch schien das klinische Bild mit den wahnhaften Beeinflussungsideen, den Ich-Grenzen-Störungen sowie der Wahnwahrnehmung, dem Gefühl des Gemachten und der Inkohärenz des

psychopraxis.neuropraxis 2016 · 19:38–42
DOI 10.1007/s00739-016-0307-0
© The Author(s) 2016

B. Hinterbuchinger · Z. Litvan ·
N. Mossaheb

Esoterik und Psychose. Der Grat zwischen Gabe und Krankheit

Zusammenfassung

Unter Annahme eines Psychosekontinuums innerhalb der allgemeinen Bevölkerung sowie bei Menschen mit Interesse an Esoterik ist bei PatientInnen mit subkulturell von der Norm abweichenden Interessen oder Erfahrungen die Diagnosefindung nicht immer von Beginn an eindeutig. So können sich unter dem Deckmantel der Esoterik nicht nur psychoseartige, sondern auch manifest psychotische Krankheitsbilder mit Behandlungsnotwendigkeit verbergen. Für die Compliance der Betroffenen spielt die Berücksichtigung des individuellen Krankheitskonzeptes eine relevante Rolle im Verlauf der Behandlung.

Schlüsselwörter

Psychose · Kontinuum · Esoterik ·
Schizoaffective Erkrankung · Schizophrenie

Esotericism and psychosis. The line between gift and disease

Abstract

Presuming a continuum of psychotic symptoms within the general population as well as in individuals interested in esotericism, a diagnosis is not always unambiguous. Psychotic disorders with treatment indication might be hidden under the guise of esotericism. Taking the patients' individual concept of the development of psychiatric disorders into account is an important factor regarding treatment engagement and course.

Keywords

Psychosis · Continuum · Esotericism ·
Schizoaffective disorder · Schizophrenia

Denkens, unter Anwendung der Kriterien der ICD-10-Klassifikation, besser mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis vereinbar. Auch die vorhandene Erstrangsymptomatik nach Schneider, wie die leiblichen Beeinflussungserlebnisse, Gedankeneingebung, Gedankenausbreitung, das Gefühl des

Gemachten und die Wahrnehmungen, unterstützten die Diagnose dahingehend.

Unter Berücksichtigung der zusätzlichen affektiven Komponente wurde schließlich die Diagnose einer schizoaffectiven Störung gestellt. Aus Sicht der Leonhard-Klassifikation der endogenen Psychosen entsprach das klinische Bild der Patientin einer Angst-Glücks-Pschose. Die Patientin zeigte sich ängstlich und misstrauisch im Rahmen vorhandener Beeinträchtigungs- und Beziehungsideen sowie unbestimmter Umdeutungen ihres Umfeldes. Das Zustandsbild wechselte rasch zwischen dieser Ängstlichkeit und einer euphorisch-ekstatischen Stimmungslage mit Glücksgefühlen und Größenideen, wobei v. a. der schwankende Charakter des Affektes charakteristisch für die Angst-Glücks-Pschose ist.

Unsere differenzialdiagnostischen Überlegungen spiegeln sich auch in der Literatur wieder, in der die schizoaffective Störung einerseits als Zustandsbild beschrieben wird, welches sich klinisch, prognostisch und epidemiologisch zwischen einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis und einer affektiven Erkrankung befindet. Andererseits wird diskutiert, ob die schizoaffectiven Erkrankungen den affektiven Störungen zuzuordnen sind und sich lediglich durch einen höheren Schweregrad und das Vorhandensein psychotischer Symptomatik auszeichnen. Weitere Ideen umfassen jene, dass sich psychotische Symptome auf einem Kontinuum einreihen lassen, auf dem die unterschiedlichen Erkrankungen, wie etwa affektive Störungen und Erkrankungen des Schizophreniespektrums, nicht nach Entitäten, sondern nach Schweregrad der psychotischen Symptomatik eingeteilt werden.

Resümee

Zusammenfassend erschien es für den positiven Behandlungsverlauf der Patientin relevant, ihren subkulturellen Hintergrund und ihr persönliches Krankheitskonzept zu berücksichtigen. Manche Wahrnehmungen und Erlebnisweisen der Patientin, welche aus ärztlicher

Sicht als Symptome bzw. Abweichungen des psychopathologischen Normalzustandes zu bezeichnen waren, wurden von der Patientin als positiv erlebte Fähigkeiten und Gaben bezeichnet und blieben auch nach erfolgreicher antipsychotischer Behandlung unverändert bestehen.

Die vorhandenen Symptome wurden von der Patientin nur teilweise, bzw. abhängig vom Grad der Intensität, als krankheitswertig betrachtet. In diesem Zusammenhang könnten insbesondere Effekte der Dauer der Symptome und der positiven Verstärkung im subkulturellen Kontext der Esoterik sowie psychodynamische Einflüsse eine Rolle in der Aufrechterhaltung von wahrhaft imponierenden Inhalten spielen. Im Laufe des Aufenthaltes konnten zusammen mit Frau S. Überschneidungen der unterschiedlichen Krankheitskonzepte erarbeitet bzw. die Konzepte nebeneinander stehen gelassen werden, wobei man sich darauf einigte, jene Symptome zu behandeln, welche bei der Patientin Leidensdruck erzeugten.

Unter Annahme eines Psychosekontinuums und den Hinweisen für ein vermehrtes Auftreten psychotischer und psychoseartiger Symptomatik bei Menschen mit Interesse an esoterischen und paranormalen Praktiken ist von einem ebensolchen Kontinuum psychotischen Erlebens bei Personen mit esoterischem Interesse auszugehen. Es sollte berücksichtigt werden, dass sich unter dem Deckmantel der Esoterik unter Umständen auch ein manifest psychotisches Krankheitsbild mit Behandlungsnotwendigkeit verbergen kann.

Fazit für die Praxis

- Eine differenzierte Herangehensweise bei der Diagnosestellung und Behandlung könnte bei Menschen mit Interesse an esoterischen Praktiken, unter Annahme eines Kontinuums zwischen Esoterik und psychotischen Erfahrungen, besonders relevant sein.
- Es sollte in Betracht gezogen werden, dass sich unter dem Deckmantel

Hier steht eine Anzeige

Springer

esoterischer Erfahrungen nicht nur psychoseartige, sondern auch bereits manifest psychotische Erkrankungen verbergen können.

- Die Integration des individuellen Krankheitskonzeptes der Patientinnen kann die therapeutische Beziehung und somit positive Behandlungsverläufe fördern.
- Im Rahmen der medizinisch-psychiatrischen und der psychotherapeutischen Behandlung spielt die Arbeit an einem gemeinsamen Verständnis der Beschwerden eine wichtige Rolle. Hierbei kann es notwendig sein, die unterschiedlichen Krankheitskonzepte zunächst nebeneinander stehen zu lassen und schrittweise inhaltlich und begrifflich einander anzunähern.

Korrespondenzadresse

Dr. B. Hinterbuchinger
Klinische Abteilung
für Sozialpsychiatrie,
Universitätsklinik
für Psychiatrie und
Psychotherapie, Medizinische
Universität Wien
Währinger Gürtel 18–20,
1090 Wien, Österreich
barbara.hinterbuchinger@
meduniwien.ac.at

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. B. Hinterbuchinger, Z. Litvan und N. Mossaheb geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Die Angaben betreffend der Patientin wurden entsprechend anonymisiert und abgeändert, sodass eine Identifizierung derselben dem Leser/der Leserin nicht möglich ist.

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made.

Fachkurzinformationen

Bezeichnung des Arzneimittels: Aripiprazol Sandoz 10 mg Tabletten Aripiprazol Sandoz 15 mg Tabletten Aripiprazol Sandoz 30 mg Tabletten Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Jede Tablette enthält 10 mg Aripiprazol. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: 65,97 mg Lactose-Monohydrat je Tablette. Jede Tablette enthält 15 mg Aripiprazol. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: 97,75 mg Lactose-Monohydrat je Tablette. Jede Tablette enthält 30 mg Aripiprazol. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: 196,50 mg Lactose-Monohydrat je Tablette. **Wirkstoffgruppe:** Pharmakotherapeutische Gruppe: andere Antipsychotika, ATC-Code: N05AX12 Anwendungsgebiete: Aripiprazol Sandoz wird angewendet für die Behandlung der Schizophrenie bei Erwachsenen und bei Jugendlichen ab 15 Jahren. Aripiprazol Sandoz wird angewendet für die Behandlung von mäßigen bis schweren manischen Episoden der Bipolar-I-Störung und für die Prävention einer neuen manischen Episode bei Erwachsenen, die überwiegend manische Episoden hatten und deren manische Episoden auf die Behandlung mit Aripiprazol ansprechen. Aripiprazol Sandoz wird angewendet für eine bis zu 12 Wochen dauernde Behandlung von mäßigen bis schweren manischen Episoden der Bipolar-I-Störung bei Jugendlichen ab 13 Jahren. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. **Liste der sonstigen Bestandteile:** Aripiprazol Sandoz 10 mg Tabletten: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Mikrokristalline Cellulose, Hypromellose, Magnesiumstearat (Ph.Eur.), Eisen(III)-oxid (E172); Aripiprazol Sandoz 15 mg Tabletten: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Mikrokristalline Cellulose, Hypromellose, Magnesiumstearat (Ph.Eur.), Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E172); Aripiprazol Sandoz 30 mg Tabletten: Lactose-Monohydrat, Maisstärke, Mikrokristalline Cellulose, Hypromellose, Magnesiumstearat (Ph.Eur.), Eisen(III)-oxid (E172) **Inhaber der Zulassung:** Sandoz GmbH, 6250 Kundl, Österreich **Rezeptpflicht/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig **Stand der Information:** August 2015 Weitere Angaben zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstigen Wechselwirkungen, Nebenwirkungen und Gewöhnungseffekten sowie Angaben zu Schwangerschaft und Stillzeit sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen.

Bezeichnung: IXEL 25 mg und 50 mg – Kapseln **Zusammensetzung:** Jede Hartkapsel enthält 25 mg bzw. 50 mg Milnacipran-Hydrochlorid, entsprechend 21,77 mg bzw. 43,55 mg Milnacipran freie Base. **Hilfsstoffe:** Calciumhydrogenphosphat-Dihydrat, Carmellose-Calcium, Povidon K 30, wasserfreies hochdisperses Siliciumdioxid, Magnesiumstearat, Talkum. Kapselhülle 25 mg: Oberteil und Unterteil (rosa): Titandioxid (E 171), rotes Eisenoxid (E 172), gelbes Eisenoxid (E 172), Gelatine; Kapselhülle 50 mg: Oberteil (rosa): Titandioxid (E 171), rotes Eisenoxid (E 172), gelbes Eisenoxid (E 172), Gelatine; Unterteil (rostfarben): Titandioxid (E 171), rotes Eisenoxid (E 172), gelbes Eisenoxid (E 172), Gelatine **Anwendungsgebiete:** Behandlung von depressiven Episoden („Major Depression“) bei Erwachsenen **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile; in Verbindung mit irreversiblen MAO-Hemmern; in der Stillperiode; bei unkontrollierter Hypertonie sowie bei schwerer oder instabiler koronarer Herzkrankheit, da diese Grunderkrankungen durch eine Erhöhung des Blutdrucks oder der Herzfrequenz beeinträchtigt werden können. **Warnhinweis:** Milnacipran sollte nicht zur Behandlung von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren angewendet werden. Die Informationen bez. Warnhinweisen, Wechselwirkungen und Nebenwirkungen sowie Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. **Abgabe:** Rezept- und apothekenpflichtig, wiederholte Abgabe verboten **ATC-Klasse:** N06AX17 **Zulassungsinhaber:** Pierre Fabre Medicament, Boulogne, Frankreich; **Vertrieb:** Germania Pharmazeutika GesmbH, 1150 Wien

Pregabalin Krka 25 mg Hartkapseln Pregabalin Krka 50 mg Hartkapseln Pregabalin Krka 75 mg Hartkapseln Pregabalin Krka 100 mg Hartkapseln Pregabalin Krka 150 mg Hartkapseln Pregabalin Krka 200 mg Hartkapseln Pregabalin Krka 225 mg Hartkapseln Pregabalin Krka 300 mg Hartkapseln QUALITATIVE & QUANTITATIVE ZUSAMMENSETZUNG Jede Hartkapsel enthält 25 mg, 50 mg, 75 mg, 100 mg, 150 mg, 200 mg, 225 mg, 300 mg Pregabalin. Liste der sonstigen Bestandteile: Kapselhülle: Vorverkleisterte Stärke (Mais), Talkum. Kapselhülle 25 mg Hartkapsel, Titandioxid (E171), Gelatine (E441), Schwarze Drucktinte (Schellak (E904)), Eisenoxid, schwarz (E172), Propylenglycol (E1520). 50 mg, 75 mg Hartkapsel: Titandioxid (E171), Gelatine (E441), Eisenoxid, gelb (E172), Schwarze Drucktinte (Schellak (E904)), Eisenoxid, schwarz (E172), Propylenglycol (E1520). 100 mg Hartkapsel: Titandioxid (E171), Gelatine (E441), Eisenoxid, rot (E172), Weiße Drucktinte (Schellak (E904)), Propylenglycol (E1520), Kaliumhydroxid, Titandioxid (E171). 150 mg Hartkapsel: Titandioxid (E171), Gelatine (E441), Eisenoxid, gelb (E172), Schwarze Drucktinte (Schellak (E904)), Eisenoxid, schwarz (E172), Propylenglycol (E1520). 200 mg, 225 mg Hartkapsel: Titandioxid (E171), Gelatine (E441), Eisenoxid, rot (E172), Eisenoxid, gelb (E172), Eisenoxid, schwarz (E172), Schwarze Drucktinte (Schellak (E904)), Eisenoxid, schwarz (E172), Propylenglycol (E1520). 300 mg Hartkapsel: Titandioxid (E171), Gelatine (E441), Eisenoxid, rot (E172), Eisenoxid, gelb (E172), Eisenoxid, schwarz (E172), Weiße Drucktinte (Schellak (E904)), Propylenglycol (E1520), Kaliumhydroxid, Titandioxid (E171) **ANWENDUNGSGEBIET Epilepsie** Pregabalin Krka wird angewendet zur Zusatztherapie von partiellen Anfällen mit und ohne sekundäre Generalisierung im Erwachsenenalter. **Generalisierte Angststörungen** Pregabalin Krka wird angewendet zur Behandlung von generalisierten Angststörungen bei Erwachsenen. **GEGENANZEIGEN** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der in Abschnitt 6.1 genannten sonstigen Bestandteile. **INHÄBER DER ZULASSUNG KRKA, d. d., Novo mesto Šmarješka cesta 6 8501 Novo mesto Slowenien** **REZEPTPFLICHT/APOTHEKENPFLICHT** Rezept- und apothekenpflichtig **PHARMAKODYNAMISCHE EIGENSCHAFTEN** Pharmakotherapeutische Gruppe: Antiepileptika, andere Antiepileptika; ATC-Code: N03AX16 Detaillierte Informationen zu Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung, Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln oder sonstige Wechselwirkungen, Schwangerschaft und Stillzeit, Nebenwirkungen, Dosierung, Art und Dauer der Anwendung entnehmen Sie bitte dem Austria Codex und/oder der publizierten Fachinformation. * Indikationen laut Fachinformation: Epilepsie und Generalisierte Angststörungen. Pregabalin Krka ist aus patentrechtlichen Gründen für die Behandlung von neuropathischen Schmerzen nicht indiziert. **detaillierte Informationen entnehmen Sie bitte dem Austria Codex und/oder der publizierten Fachinformation. Stand Juli 2015 1. Warenverzeichnis Stand August 2015

Brintellix® 5 mg Filmtabletten Brintellix® 10 mg Filmtabletten Brintellix® 15 mg Filmtabletten (nur Österreich) Brintellix® 20 mg Filmtabletten Qualitative und quantitative Zusammensetzung: Eine Filmtablette enthält Vortioxetinhydrobromid entsprechend 5 mg/10 mg/15 mg/20 mg Vortioxetin. Sonstige Bestandteile: Tablettenkern: Mannitol (Ph. Eur.), Mikrokristalline Cellulose, Hypromellose, Carboxymethylstärke-Natrium (Typ A) (Ph. Eur.), Magnesiumstearat (Ph. Eur.); Filmüberzug: Hypromellose, Macrogol 400, Titandioxid (E 171) und zusätzlich bei 5 mg, 15 mg und 20 mg: Eisen(III)-oxid (E 172), bei 10 mg und 15 mg: Eisen(III)-hydroxid-oxid x H₂O (E 172). **Brintellix® 20 mg/ml Tropfen zum Einnehmen, Lösung (nur Deutschland)** Qualitative und quantitative Zusammensetzung: 1 ml Lösung enthält Vortioxetinlactat entsprechend 20 mg Vortioxetin. 1 Tropfen enthält 1 mg Vortioxetin. Sonstiger Bestandteil mit bekannter Wirkung: Jeder Tropfen enthält 4,25 mg Ethanol. Sonstige Bestandteile: Hydroxypropylbetadex, Ethanol (96 %), Gereinigtes Wasser. **ATC-Code:** N06AX26 **Anwendungsgebiete:** Brintellix® wird angewendet zur Behandlung von Episoden einer Major Depression bei Erwachsenen. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile. Gleichzeitige Anwendung mit nicht-selektiven Monoaminooxidase-Hemmern (MAO-Hemmern) oder selektiven MAO-A-Hemmern (siehe Abschnitt 4.5). **Nebenwirkungen:** Die häufigste NW war Übelkeit. NW waren für gewöhnlich leicht od. mittelschwer u. traten innerh. d. ersten 2 Behandlungswochen auf. Die NW waren i. A. vorübergehend u. führten gewöhnlich nicht zu e. Therapieabbruch. Gastrointestinale NW, wie z. B. Übelkeit, traten b. Frauen häufiger auf als bei Männern. **Psychiatrische Erkrankung:** Häufig (≥ 1/100 bis < 1/10): Abnorme Träume; **Erkrank. d. Nervensystems:** Häufig: Schwindelgefühl, Häufigk. nicht bekannt: Serotonin-Syndrom; **Gefäßkrankung:** Gelegentlich (≥ 1/1000 bis < 1/100): Hitzegefühl; **Erkrank. d. Gastrointestinaltr.** Sehr häufig (≥ 1/10): Übelkeit, Häufig: Diarrhö, Obstipation, Erbrechen; **Erkrank. d. Haut u. d. Unterhautzellgew.** Häufig: Pruritus, einschl. generalisierter Pruritus; Gelegentlich: Nächtliche Schweißausbrüche. **Klasseneffekt** (SSRIs und TCAs): Erhöhtes Risiko für Knochenfrakturen bei Pat > 50 J. Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Dies ermöglicht eine schnelle Identifizierung neuer Erkenntnisse über die Sicherheit. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden. **Inhaber der Zulassung:** H. Lundbeck A/S, Ottiliavej 9, DK-2500 Valby, Dänemark. **Deutschland Verschreibungspflichtig** Weitere Informationen siehe Fachinformation. **Örtlicher Vertreter:** Lundbeck GmbH, Ericusspitze 2, D-20457 Hamburg. **Österreich Verschreibungspflichtig/Apothekenpflicht:** Rezept- und apothekenpflichtig. Weitere Angaben zu Nebenwirkungen, Wechselwirkungen mit anderen Mitteln, Fertilität, Schwangerschaft und Stillzeit, Warnhinweisen und Vorsichtsmaßnahmen für die Anwendung und Gewöhnungseffekten sind der veröffentlichten Fachinformation zu entnehmen. **Örtlicher Vertreter:** Lundbeck Austria GmbH, Dresdner Straße 82, A-1200 Wien. **Stand der Information:** Juni 2015