

# **Benzodiazepine – wenn die Erleichterung verfliegt und die Sucht bleibt**

Update Sucht interdisziplinär

2. September 2021

PD Dr. med. Marc Vogel

Leitender Arzt Abhängigkeitserkrankungen

# Interessenskonflikte

- Beratende Tätigkeit für Camurus, Mundipharma Int. und Novartis
- Kongressunterstützung Mundipharma Int.
- Research Grant Novartis

# Agenda

- Geschichte
- Pharmakologie
- Klinik
- Epidemiologie
- Behandlung

# GESCHICHTE DER BENZODIAZEPINE

- 1957 Entdeckung der Benzodiazepin-Gruppe
- › Chlordiazepoxid 1960 unter dem Handelsnamen **Librium®** eingeführt von Hoffmann-La Roche zur «Behandlung emotioneller, psychosomatischer und muskulärer Störungen»
- › Rasch aufeinanderfolgende Entdeckung neuer Benzodiazepine durch Modifikationen an der Basisstruktur von Chlordiazepoxid und rasanter Anstieg der Benzodiazepinproduktion:
  - VALIUM® (1963)
  - RIVOTRIL® (1973)
  - ROHYPNOL® (1975)
  - DORMICUM® (1982)
- › Innert 2 Jahrzehnten gehörten die Benzodiazepine zu einer der meist verschriebenen Substanzgruppen in der Medizin, speziell in der Behandlung von Angst- und Schlafstörungen, Muskelspasmen und Epilepsie [Sternbach L. H. 1979].



# BZD = kontrollierte Substanzen

- BZD gelten laut BtmG (wie Amphetamine, Halluzinogene) als «psychotrope Stoffe», welche den Betäubungsmitteln weitgehend gleichgestellt sind
- sie sind aber von der BtM-Rezeptpflicht ausgenommen (Verzeichnis b nach BtmVV: kontrollierte Substanzen, die teilweise von den Kontrollmassnahmen ausgenommen sind)
- Gültigkeit des Rezeptes max. 6 Monate, Repetition nicht erlaubt
- Max. 1 Monatsbedarf abgeben
- ihr Einsatz bei PatientInnen in opioidgestützter Behandlung ist daher bewilligungspflichtig (Kantonsarzt)
- ihr off-label Einsatz ist meldepflichtig (innert 30 Tagen)

# Einteilung

- BZD lassen sich klassifizieren nach:
  - chemischer Struktur
  - Rezeptoraffinität
  - **Wirkdauer**
  - **Anflutungsgeschwindigkeit**

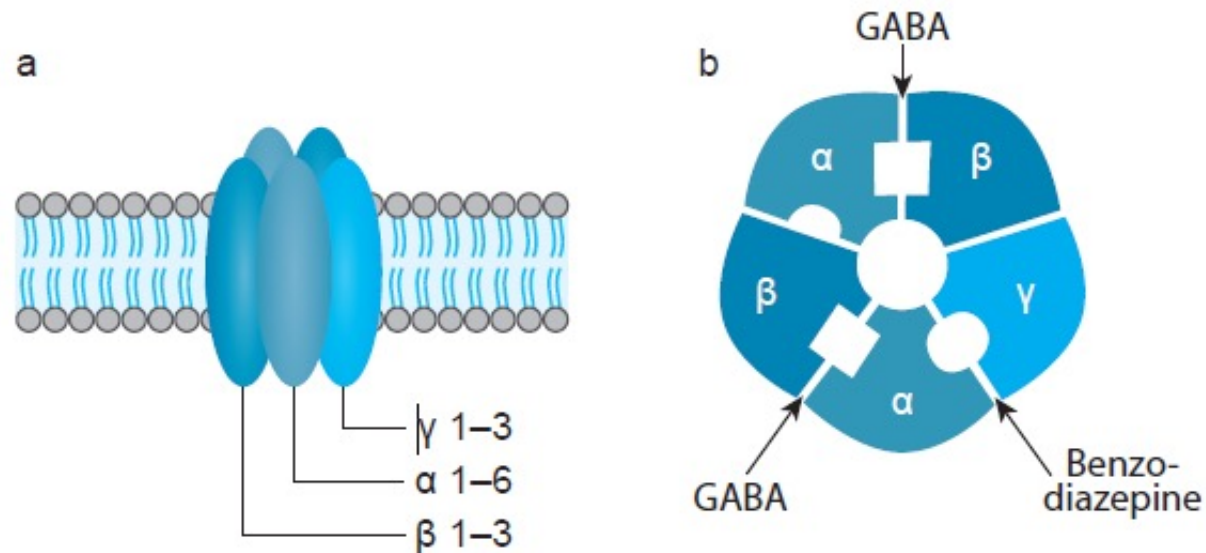
Wirkstoff (Handelsname)	Dosierung (mg)	Maximale Tagesdosis (mg)	Tmax (h) <sup>1</sup>	Halbwertszeit (h) <sup>2</sup>	Äquivalenzdosis (mg)
<b>Kurz wirksam (&lt;6h)</b>					
Midazolam (Dormicum)	7.5-15	15	1	1.5-2.5	7.5
Triazolam (Halcion)	0.125-0.25	0.25	1-2	1.5-5.5	0.5
<b>Mittellang wirksam (6-24h)</b>					
Alprazolam (Xanax)	0.5-4	6	1-2	12-15	1
Lorazepam (Temesta)	1-6	7.5	1-2.5	12-16	2
Oxazepam (Seresta, Anxiolyt)	15-100	150	2-3	7-11	30 (20-40)
<b>Lang wirksam (&gt;24h)</b>					
Bromazepam (Lexotanil)	1.5-9	36	1-2	15-28	6
Clonazepam (Rivotril)	1-4	20	2-4	19-60	1-2
Diazepam (Valium, Psychopax)	5-20	200	0.5-1.5	25-100 (36-200)	10
Flunitrazepam (Rohypnol)	0.5-1	2	0.75-2	16-35	1
<b>Z-Substanzen</b>					
Zolpidem (Stilnox)	10	10	0.5-3	1.5-4	20
Zopiclon (Imovane)	7.5	7.5	1.5-2	4-8	15

# Neue Benzodiazepine

- Teils bekannte, teils neu synthetisierte Substanzen
- Mehr als 30 verschiedene werden in der EU monitorisiert
- 80% der Substanzen sind zwischen 2014-2020 erstmals aufgetaucht
- Wichtigste Substanzen Etizolam und Flualprazolam
- Pharmakologische und toxikologische Eigenschaften sind kaum erforscht und weitgehend unklar
- Zunehmend in gefälschten Diazepam- und Alprazolamtabletten zu finden
- 4% aller beschlagnahmten NPS

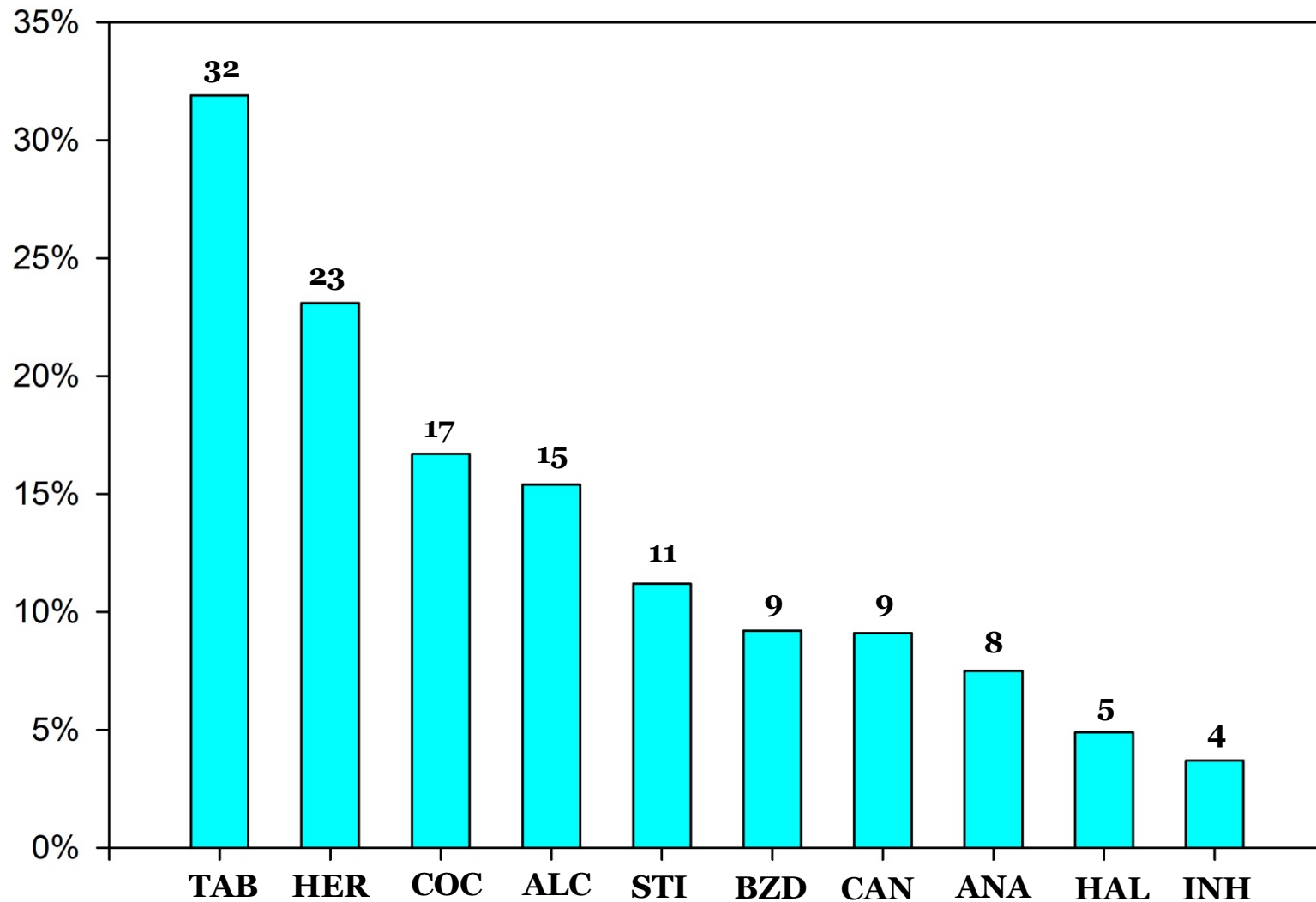


# Wirkung, Rezeptoreinheiten, klinische Anwendung



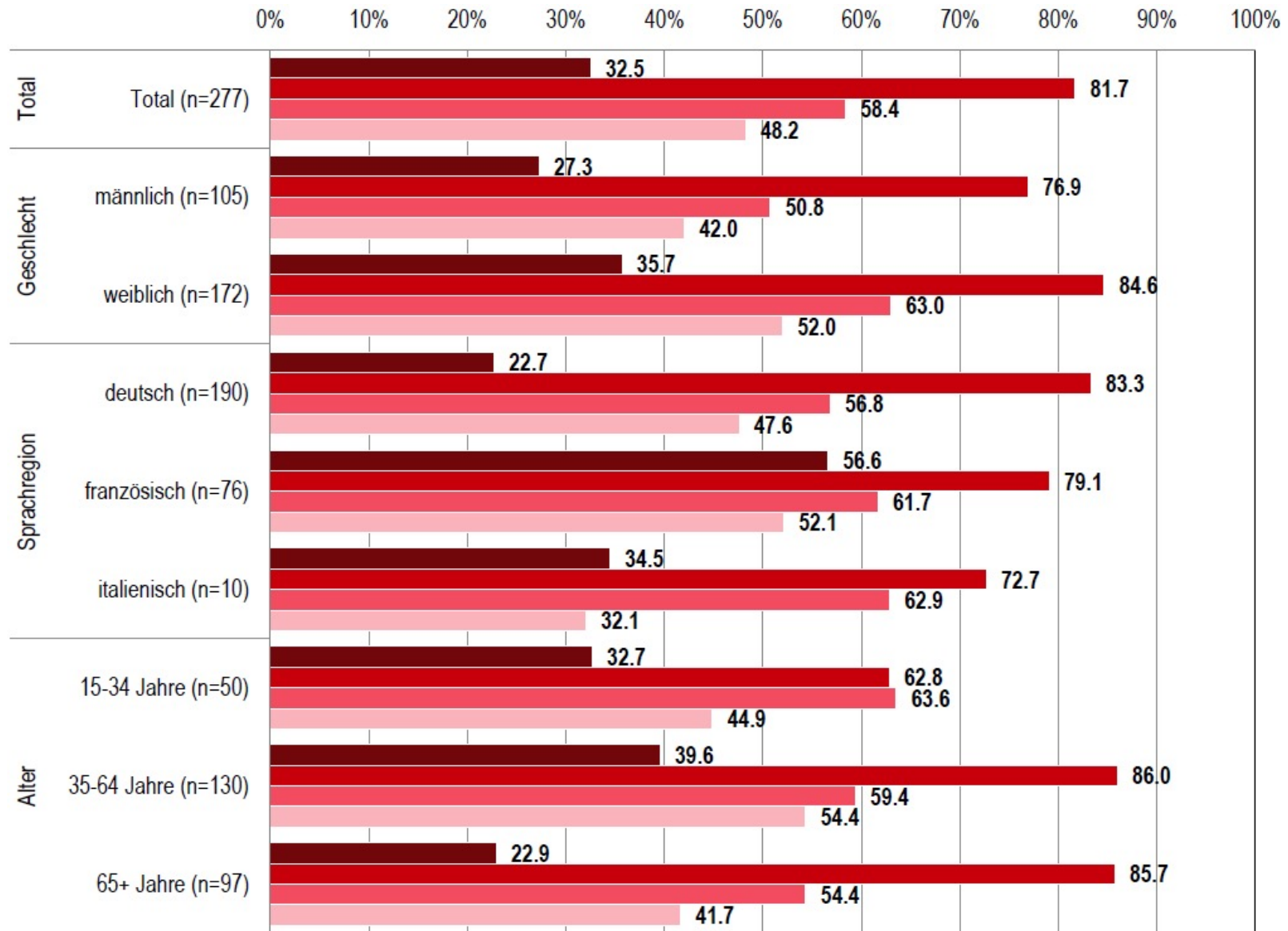
Wirkung	Rezeptoreinheit	Klinische Anwendung
Antikonvulsiv	$\alpha_1, (\alpha_3)$	Epilepsitherapie
Anxiolytisch	$\alpha_2, (\alpha_3)$	Angsterkrankungen, Akutpsychiatrie, Prämedikation
Muskelrelaxierend	$\alpha_2, \alpha_3, \alpha_5$	Spastik
Sedierend/schlafanstossend	$\alpha_1$	Schlafstörungen
Anterograde Amnesie	$\alpha_1, \alpha_5$	Prämedikation
Abhängigkeitserzeugend (substanzvermittelte positiv verstärkende/euphorisierende Effekte)	$\alpha_1$	-

# Abhängigkeitspotenzial versch. Substanzen



(Anthony et al., 1994)

# Einnahmegründe



■ um Ihnen Ängste zu nehmen, also angstmindernd     
 ■ um Ihnen bei Einschlaf- oder Schlafproblemen zu helfen  
■ um Sie zu beruhigen     
 ■ um Anspannungen zu lösen

# Der Zauber verfliegt: Entzugerscheinungen und Toleranz

- Entzugerscheinungen bei 15-30% schon nach 6 Wochen feststellbar, bei anderen auch nach Jahren gar nicht [Lader, 1998]
- Toleranzentwicklung fand sich in einer Studie nur bei ca. 8% [Ray et al., 1992] und entwickelt sich eher für Schlaf und Sedation als für Angstlösung (aber: die längste prospektive Studie zu BZD und Schlaf dauerte nur 8 Wochen)

# Entzugssymptomatik und Häufigkeit

Psychisch	%	Körperlich	%
Schlafstörungen	71-74	Muskelschmerzen/-steifigkeit	49
Angst	49-56	Tremor	38-46
Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit	49	Schwitzen	22-44
Wahrnehmungsänderungen (z.B. met. Geschmack)	>24	Überempfindlichkeit (gegen Geräusche, Licht, Berührung, Schmerz, Gerüche)	>38
Depersonalisations-, Derealisationserleben	24	Kopfschmerzen	38
psychomotorische Unruhe		Übelkeit, Erbrechen, Appetitverlust	36
Müdigkeit, Antriebslosigkeit		Tachykardie, Palpitationen	34
Verwirrung		Schwindel	34
Konzentrations-, Gedächtnisstörungen		Missempfindungen	22
Halluzinationen, Illusionen		Sehstörungen	20
paranoide Vorstellungen		Kreislaufstörung (Hypotonie)	10
andere Psychosen		Delir	7
		Krampfanfälle (Grand mal)	2
		Durchfall	

\* Lader 1998

\* Lader 2011, Laux und König 1987, Schweizer und Rickels 1998

# Niedrigdosisabhängigkeit

<b>Durchschnittliche Tagesdosis</b>	Therapeutische oder sogar tieftherapeutische Dosierungen	<b>Bezugsquelle</b>	Verschreibung durch Arzt
<b>Typischer Patient</b>	Ältere Personen, Frauen, Personen mit Schlaf- oder Angststörungen, Personen mit chronischen Schmerzen	<b>Psych. Komorbidität</b>	Depression, Angststörungen
<b>Einnahmemotive</b>	Behandlung der ursprünglichen Symptomatik, z. B. Schlafinduktion	<b>Häufig gebrauchte Substanzen</b>	Lorazepam, Oxazepam, Zolpidem, Triazolam, Alprazolam, Bromazepam
<b>Applikationsweg</b>	Oral	<b>Überdosis</b>	Selten bis nie
<b>Gebrauch anderer Substanzen</b>	Selten, ggf. Alkohol	<b>Entzugssymptome</b>	Vorhanden
<b>Entstehung</b>	Iatrogen (ärztlich)	<b>Häufigkeit</b>	Häufig

# Hochdosisabhängigkeit

<b>Durchschnittliche Tagesdosis</b>	Deutliches Überschreiten der therapeutischen Dosis	<b>Bezugsquelle</b>	Oft Schwarzmarkt, „Doctor-Shopping“
<b>Typischer Patient</b>	Oft Polysubstanzgebrauchende, Patienten in opioidgestützter Behandlung	<b>Psych. Komorbidität</b>	Abhängigkeitserkrankungen, Angststörungen, PTBS
<b>Einnahmemotive</b>	High-Erleben, Milderung negativer Stimulanzieneffekte, Selbstmedikation von Schlafstörungen, Angst oder posttraumatischen Symptomen	<b>Häufig gebrauchte Substanzen</b>	Diazepam, Flunitrazepam, Midazolam, Alprazolam
<b>Applikationsweg</b>	Meist oral, aber auch nasal oder intravenös	<b>Überdosis</b>	Risiko vorhanden
<b>Gebrauch anderer Substanzen</b>	Häufig Opioiden, Stimulanzien	<b>Entzugssymptome</b>	Vorhanden
<b>Entstehung</b>	Auf dem Boden anderer Abhängigkeitserkrankungen in vulnerablen Populationen	<b>Häufigkeit</b>	Selten

# Diagnosekriterien Abhängigkeit nach ICD-10 (gekürzte Version)

1. Starker Wunsch oder eine Art Zwang zu konsumieren
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich Beginn, Beendigung und Menge des Konsums
3. Körperliches Entzugssyndrom
4. Nachweis einer Toleranzentwicklung
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen und Interessen zugunsten des Konsums
6. Anhaltender Konsum trotz schädlicher Folgen körperlicher, sozialer oder psychischer Art

*Low dose-  
Abhängigkeit*

Die Diagnose soll nur gestellt werden, wenn gleichzeitig 3 oder mehr Kriterien während des letzten Jahres vorgelegen haben.

ICD = International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

Weltgesundheitsorganisation ICD-10 Classifications of Mental and Behavioural Disorder: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines, 1992.



# Leitliniengerechter Einsatz von BZD bei verschiedenen psych. Störungen

- **S3-LL Angststörungen:** BZD sind bei Angststörungen wirksam (LoE Ia). Patienten mit einer Angststörung sollen BZD dennoch aufgrund der gravierenden Nebenwirkungen (Abhängigkeitsentwicklung etc.) **nicht angeboten** werden (KKP). **In Ausnahmefällen** (z.B. schwere kardiale Erkrankungen, Kontraindikationen für Standardmedikamente, Suizidalität) können BZD unter sorgfältiger Nutzen-Risiko-Abwägung **zeitlich befristet** angewendet werden. Die Dosierung ist so niedrig wie möglich aber so hoch wie notwendig zu wählen.
- **S3-LL Schizophrenie:** Bei ausgeprägter Erregung, Angst und innerer Unruhe kann eine **zeitlich befristete** add-on Behandlung mit Benzodiazepinen (z.B. Lorazepam) nach den geltenden Bestimmungen angeboten werden. Eine langfristige Anwendung von Benzodiazepinen soll nicht erfolgen.
- **S3-LL PTBS:** Benzodiazepine sollen **nicht eingesetzt** werden (Empf.grad A, Abstimmungsergebnis: 25/25 (100%)), da **Benzodiazepine unwirksam für Behandlung und Prävention von PTBS** sind. Die Risiken, die mit der Einnahme assoziiert sind, überwiegen gegenüber dem potenziellen kurzzeitigen Nutzen. Es zeigte sich, dass das Risiko eine PTBS zu entwickeln, erhöht ist, wenn eine Einnahme von Benzodiazepinen unmittelbar nach dem Trauma erfolgt. Weiterhin wurden ungünstigere Therapieergebnisse, Aggressionen, Depressionen, Substanzgebrauch und ein allgemein höherer Schweregrad der PTBS im Zusammenhang mit der Einnahme von Benzodiazepinen beobachtet.

# Leitliniengerechter Einsatz von BZD bei verschiedenen psych. Störungen

- **S3-LL Depression:** Benzodiazepine haben praktisch keine antidepressive Wirkung und sind für die Behandlung der Depression nicht zugelassen. Die Indikation von Benzodiazepinen muss letztlich im Individualfall geprüft und hinsichtlich möglicher Risiken (z. B. Sedierung, psychomotorische und kognitive Beeinträchtigung, Komedikation, Abhängigkeitspotential) diskutiert werden, die **Anwendung sollte aber nur kurzfristig erfolgen** (unter vier Wochen)
- **S3-LL bipolare Störung:** Benzodiazepine können **unterstützend zur Reduktion einer Agitiertheit im Rahmen einer manischen Episode** gegeben werden. Wegen des Abhängigkeitsrisikos soll die Behandlung jedoch nur zeitlich eng begrenzt erfolgen. (Empf.grad 0). Ergänzende Akutbehandlung bei Suizidalität **bis 14 Tage** möglich. (Empf.grad 0)
- **S3-LL Demenzen:** Benzodiazepine sollen bei Patienten mit Demenz nur bei speziellen Indikationen **kurzfristig** eingesetzt werden (Empf.grad 0)

# Prävention der Abhängigkeitsentwicklung

- Zurückhaltende und indikationsgeleitete Verschreibung
- 4 K:
  - **K**lare Indikation
  - **K**leinstmögliche Dosis
  - **K**urze Anwendungsdauer (nicht länger als 2-4 Wochen)
  - **K**ein abruptes Absetzen
- Alternative Behandlungen (z.B. KVT bei Insomnie) anbieten

# Nebenwirkungen

- (Tages-)Müdigkeit, übermässige Sedation
- Muskelschwäche, Doppelbilder
- vor allem bei älteren Patienten erhöhtes Risiko von Stürzen und Schenkelhalsfrakturen [Cumming & LeCouteur, 2003; Wadsworth et al., 2005; Bartlett et al., 2009]
- bei langfristiger Einnahme Verschlechterung der Schlafarchitektur [Poyares et al., 2004]
- Emotionale Abstumpfung? [Ashton, 2005]
- Beeinträchtigung kognitiver Fähigkeiten wie Aufmerksamkeit, Lernen, Gedächtnis [z.B. Barker et al., 2004], v.a. bei komplexen Aufgaben [Curran & Gorenstein, 1993]
- evtl. kognitiver Abbau oder Pseudodemenz, Risikoerhöhung für Demenz umstritten [Zhang et al., 2016; Imfeld et al., 2015; Gray et al., 2016; Wu et al., 2009]
- Beeinträchtigung motorischer Fähigkeiten [z.B. Woods et al., 1992]
- wohl auch bei längerer Einnahme und Toleranzentwicklung [Golombok et al., 1988; Curran et al., 1994]
- Bei stabiler Abstinenz wohl reversibel, aber Defizite noch 6 Monate nach letzter Einnahme bei hohen Dosierungen nachweisbar [Tata et al., 1994]
- erhöhtes Unfallrisiko im Strassenverkehr [z.B. Barbone et al., 1998; Dassanayake et al., 2011]

# Diagnostik: Lippstädter Benzo-Check

Die nachfolgenden Fragen beziehen sich auf **im Verlauf der Einnahme aufgetretene oder verschlechterte** Symptome. Dabei spielt es keine Rolle, ob die Symptome auch durch eine andere Erkrankung zu erklären sind. Eine sichere Beurteilung kann nur durch weiterführende Gespräche mit dem Arzt erfolgen. Niemals dürfen Benzodiazepine und Non-Benzodiazepine (Zolpidem, Zopiclon, Zaleplon) schlagartig abgesetzt werden. Sprechen Sie vorher immer mit Ihrem Arzt.

Kreuzen Sie die für Sie zutreffende Antwort an und zählen Sie die Punktzahl zusammen.

- Erleben Sie eine Abschwächung Ihrer Gefühle bis hin zu einer depressiven Verstimmung?
- überhaupt nicht ..... 0 Punkte
  - ein wenig ..... 1 Punkt
  - ziemlich ..... 2 Punkte
  - stark ..... 3 Punkte
  - sehr stark ..... 4 Punkte

- Ist Ihre Konzentrations- und/oder Merkfähigkeit gestört?
- überhaupt nicht ..... 0 Punkte
  - ein wenig ..... 1 Punkt
  - ziemlich ..... 2 Punkte
  - stark ..... 3 Punkte
  - sehr stark ..... 4 Punkte

- Fehlt Ihnen körperliche Energie?
- überhaupt nicht ..... 0 Punkte
  - ein wenig ..... 1 Punkt
  - ziemlich ..... 2 Punkte
  - stark ..... 3 Punkte
  - sehr stark ..... 4 Punkte

- Leiden Sie unter Schlafstörungen?
- überhaupt nicht ..... 0 Punkte
  - ein wenig ..... 1 Punkt
  - ziemlich ..... 2 Punkte
  - stark ..... 3 Punkte
  - sehr stark ..... 4 Punkte

- Haben Sie Ängste?
- überhaupt nicht ..... 0 Punkte
  - ein wenig ..... 1 Punkt
  - ziemlich ..... 2 Punkte
  - stark ..... 3 Punkte
  - sehr stark ..... 4 Punkte

- Schwanken Ihre Gefühle innerhalb eines Tages deutlich?
- überhaupt nicht ..... 0 Punkte
  - ein wenig ..... 1 Punkt
  - ziemlich ..... 2 Punkte
  - stark ..... 3 Punkte
  - sehr stark ..... 4 Punkte

- Reagieren Sie überempfindlich auf Sinnesreize (z.B. blendet Licht, werden Geräusche rasch als Lärm empfunden)?
- überhaupt nicht ..... 0 Punkte
  - ein wenig ..... 1 Punkt
  - ziemlich ..... 2 Punkte
  - stark ..... 3 Punkte
  - sehr stark ..... 4 Punkte



Nehmen Sie das Medikament aus anderen als den ursprünglichen Gründen und Anlässen (z.B. das Schlafmedikament tagsüber, wenn Sie gar nicht schlafen wollen)?

- nie ..... 0 Punkte
- selten ..... 1 Punkt
- manchmal ..... 2 Punkte
- oft ..... 3 Punkte
- sehr oft ..... 4 Punkte

Stolpern Sie ohne ersichtlichen Grund, oder sind Sie gestürzt?

- nie ..... 0 Punkte
- selten ..... 1 Punkt
- manchmal ..... 2 Punkte
- oft ..... 3 Punkte
- sehr oft ..... 4 Punkte

Nutzen Sie zusätzliche Quellen zur Beschaffung des Medikaments (z.B. andere Ärzte, Dritte, Internet, ...) und/oder meiden Sie das Thema Medikamenteneinnahme und/oder nehmen Sie das Mittel heimlich ein und/oder bagatellisieren Sie die eingenommene Menge?

- nie ..... 0 Punkte
- selten ..... 1 Punkt
- manchmal ..... 2 Punkte
- oft ..... 3 Punkte
- sehr oft ..... 4 Punkte

Haben Sie die Dosis gesteigert, weil die Wirksamkeit des Medikaments nachgelassen hat?

- überhaupt nicht ..... 0 Punkte
- ein wenig ..... 1 Punkt
- ziemlich ..... 2 Punkte
- stark ..... 3 Punkte
- sehr stark ..... 4 Punkte

Sind Sie auf das Medikament fixiert (z.B. verlassen Sie das Haus nicht mehr „ohne“) und/oder stehen Sie einer Reduktion oder dem Absetzen des Medikaments skeptisch gegenüber?

- überhaupt nicht ..... 0 Punkte
- ein wenig ..... 1 Punkt
- ziemlich ..... 2 Punkte
- stark ..... 3 Punkte
- sehr stark ..... 4 Punkte

## Tipps

Diesen Test können Sie unter der Adresse [www.lwl-kurzlink.de/benzo-check](http://www.lwl-kurzlink.de/benzo-check) downloaden.

© Dr.med. Rüdiger Holzbach

## Auswertung

### 0 bis 12 Punkte

Noch keine sicheren, typischen Folgeerscheinungen. Sie sollten die Gefahren der Langzeiteinnahme kennen (die in den Fragen angesprochenen Veränderungen) und sich über alternative Behandlungen informieren. Entscheiden Sie dann mit Ihrem Arzt, wie weiter vor zu gehen ist.

### 13 bis 24 Punkte

Die Summe der Veränderungen kommt wahrscheinlich von der Einnahme der Benzodiazepine bzw. Non-Benzodiazepine. Die Fortführung der Einnahme ist problematisch. Das Absetzen der Medikamente ist Ihnen an zu raten, die Weiterverschreibung sollte auf jeden Fall befristet werden. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt. Setzen Sie nicht alleine und niemals schlagartig die Medikamente ab.

### 25 und mehr Punkte

Die Veränderungen kommen mit hoher Wahrscheinlichkeit von der Langzeiteinnahme der Benzodiazepine / Non-Benzodiazepine. Ein ambulanter oder stationärer Entzug ist Ihnen dringend an zu raten. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt. Setzen Sie nicht alleine und niemals schlagartig die Medikamente ab



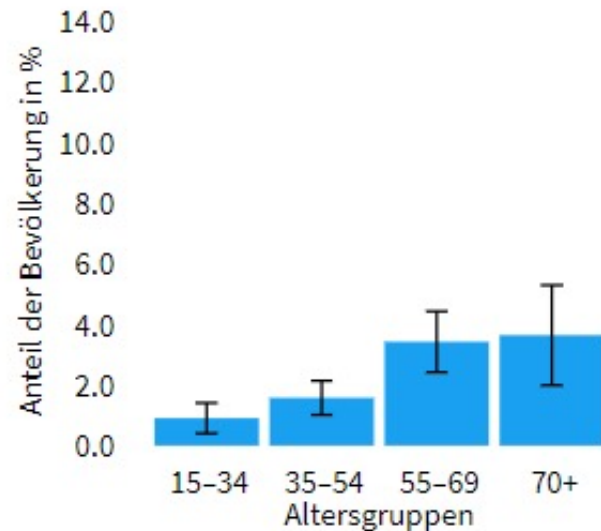
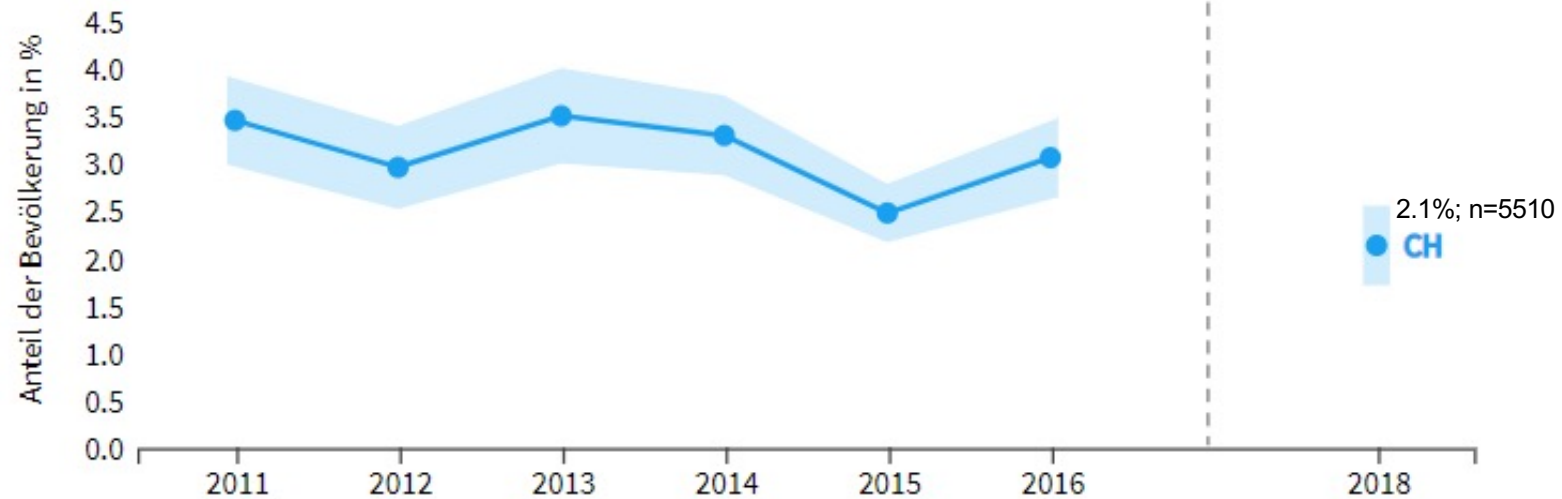
Sucht-Doktor Ausgabe 9: „Das hat mir niemand gesagt... Langzeitgebrauch von Schlaf- und Beruhigungsmitteln“. Bestellung und Download unter der Adresse [www.lwl-kurzlink.de/sd9](http://www.lwl-kurzlink.de/sd9)

# Epidemiologie



[www.pillsvscandy.com](http://www.pillsvscandy.com)

# Tgl. oder fast tgl. Einnahme von Schlaf- oder Beruhigungsmitteln in den letzten 3 Monaten

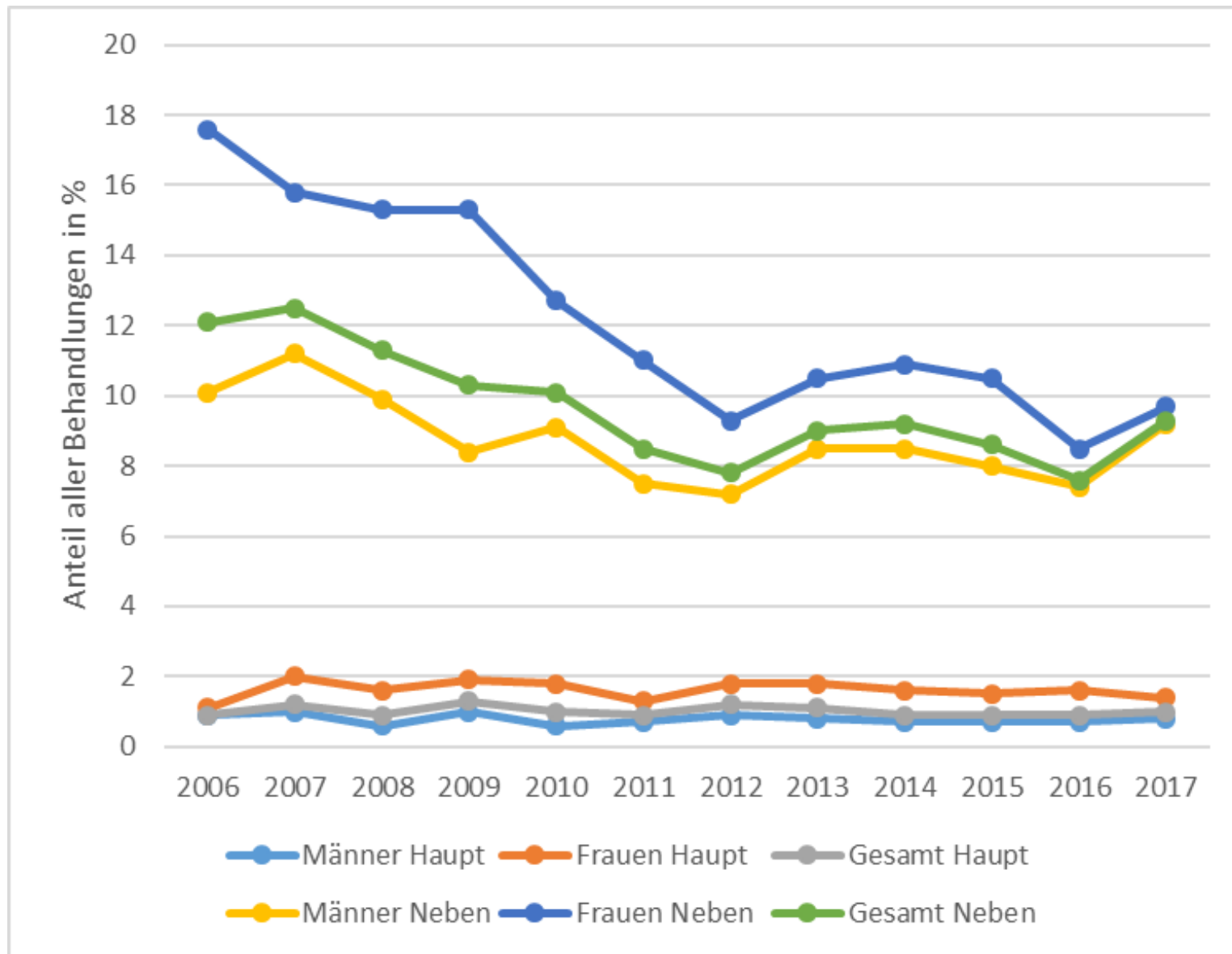




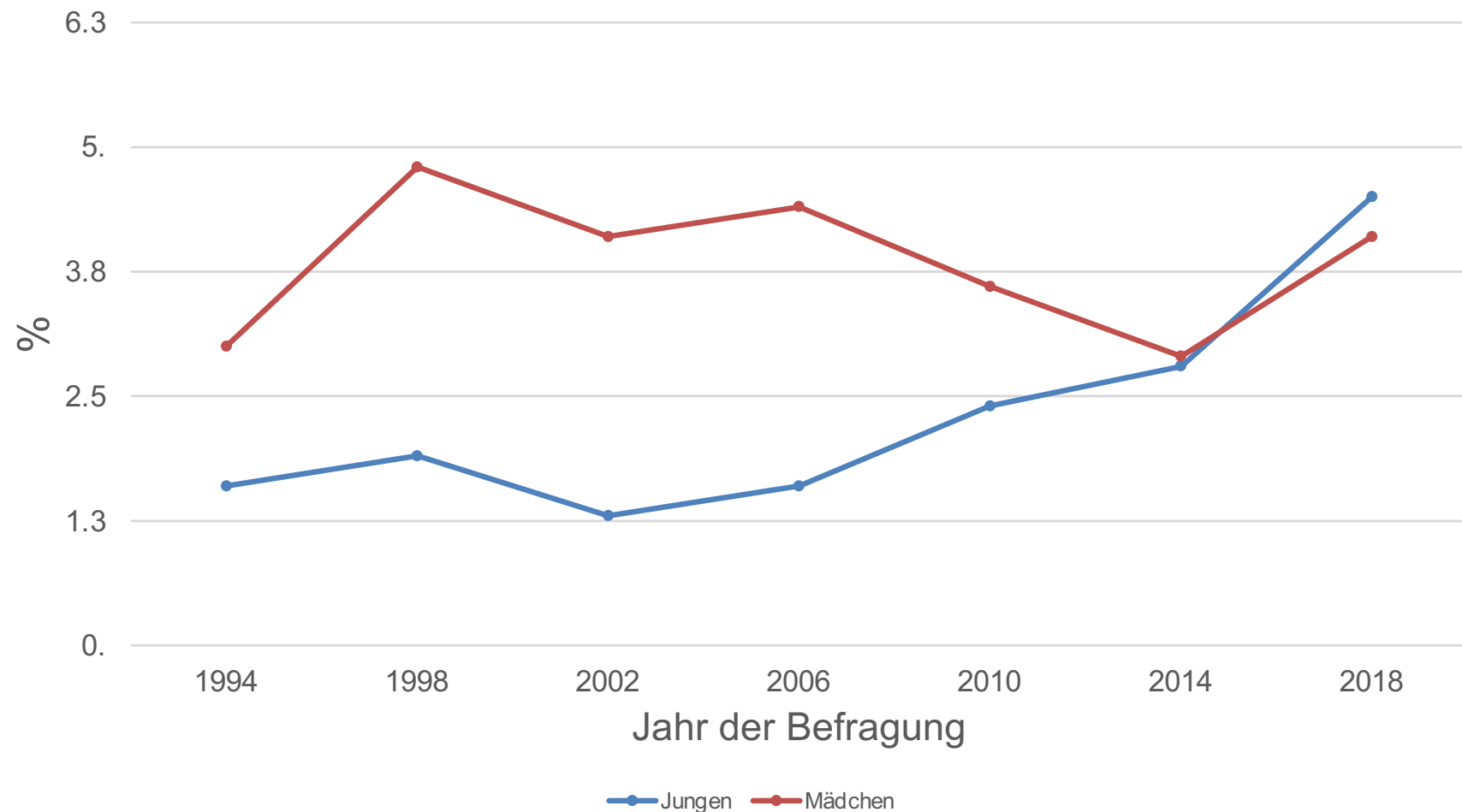
# Risikofaktoren

- *Weibliches Geschlecht*
- *Höheres Alter*
- Anderer Substanzgebrauch (Polysubstanzkonsum)
- Erhalten einer BZD-Verschreibung
- Komorbide psychiatrische Symptome und Störungen, z.B. Angststörungen, Schlafstörungen, affektive Störungen
- Schmerzpatienten
- Medizinische Fachpersonen

# Eintritte mit Haupt- oder Nebenproblem Sedativaabhängigkeit (act-info, 2018)

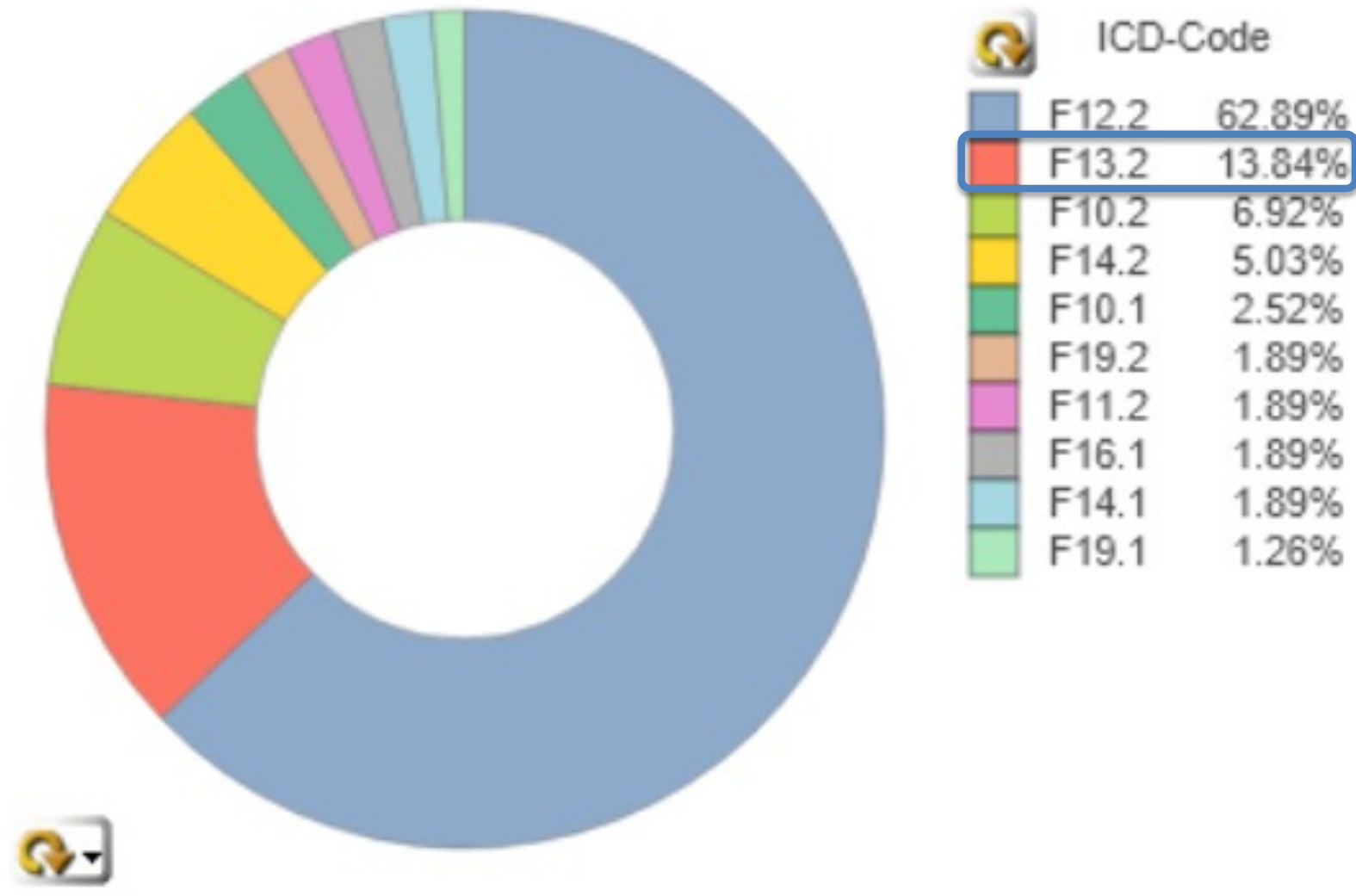


## HBSC - Lebenszeitprävalenz Medikamenteneinnahme mit dem Ziel sich zu berauschen bei 15-Jährigen



Der Konsum bei Jugendlichen scheint zuzunehmen, insb. im Kontext von Mischkonsum, ohne dass aber aktuelle Daten verfügbar sind

# Anteil verschiedener Substanzdiagnosen <20a in der PKM (n=49) 2020



# Low-dose BZD-Abhängigkeit – Nutzen/Risiko einer Entzugsbehandlung

- Nicht jeder muss entzogen werden (Joughin et al., 1991)
- Kein breit anerkannter Algorithmus
- Mögliche Kriterien, anhand derer eine Abwägung zwischen Entzug und Weiterverordnung erfolgen kann:
  - Wirkverlust / Wirkumkehr
  - Gefahr für / manifeste Folgeerscheinungen des Konsums
  - Behandelbarkeit der (vermuteten) psychischen Grundstörung
  - Alter der betroffenen Person
  - Veränderungsbereitschaft / -möglichkeit
  - Allgemeinverfassung

## **S3-Leitline Medikamente: Behandlungsempfehlungen**

- Das Absetzen von BZD und/oder Z-Substanzen nach regelmäßiger, längerer Einnahme soll in **schrittweiser Dosisreduktion** erfolgen (Empfehlungsgrad A; KKP 97%)
- Die Dosisreduktion sollte mit **mittel- oder langwirksamen BZD** erfolgen (Empf.grad B; KKP 93%)
- **Erst nach kurzem Zeitraum der Stabilisierung** mit einer festen Dosis über wenige Tage sollte die Dosisreduktion erfolgen (Empf.grad B, KKP 100%)
- Die Dosisreduktion bei Langzeitabhängigen und bei Hochdosisabhängigkeit erfordert einen **längeren Zeitraum** (KKP 93%)
- Die Dosisreduktion sollte zum Ende der Entzugsbehandlung **in kleineren Schritten** erfolgen als zu Anfang der Behandlung (Empf.grad B; KKP 100%)
- Bei der Beendigung einer BZD-Einnahme soll das Ausschleichen von BZD in Verbindung mit einer **geeigneten psychosozialen Intervention** angeboten werden (Empf.grad A; KKP 100%)

# Psychosoziale Therapien (S3-LL)

- In der allgemeinmedizinischen/hausärztlichen Praxis soll bei Verdacht auf riskanten, schädlichen oder abhängigen Gebrauch von BZD eine **standardisierte Beratung** angeboten werden
- Motivationsphase: **motivierende Gesprächsführung** zur Förderung der Änderungsbereitschaft
- Entzugsphase: In der allgemeinmedizinischen / hausärztlichen Praxis können **bedarfsgerechte, individualisierte Schreiben** zur Unterstützung eingesetzt werden
- Entzugsphase: **Psychoedukation** zur Unterstützung der Änderungsbereitschaft anbieten
- Entzugsphase: **motivierende Gesprächsführung** zur Unterstützung der Änderungsbereitschaft
- Entzugsphase: **Entspannungsverfahren** können supportiv angeboten werden
- Entzugsphase: **kognitive Verhaltenstherapie** (inkl. Vorteilsanalyse, Selbstkontrollmethoden und Ablehnungstechniken) soll angeboten werden, insb. bei Schlaf- und Angststörungen
- Nach Abschluss einer Akut- oder Postakutbehandlung sollte eine **ambulante Nachsorge / Behandlung** angeboten werden

# Ambulant oder stationär?

- Grundsätzlich erster Versuch ambulant, stationär bei:
  - Scheitern des ambulanten Entzuges
  - zu erwartenden schweren Komplikationen (z.B. epileptischen Anfällen)
  - starken Ängsten/Depressionen
  - anderer ausgeprägter Psychopathologie
  - hohen Dosen
- Rascherer Entzug möglich, Abbau anfangs in grösseren Schritten, zum Ende hin langsamer
- Reduktion tgl. oder alle 2 Tage
- Gabe 4x/d, Nachtdosis ist höchste Dosis
- Begleitende Therapien/Tagesstruktur
- Mit dem Abbau ist der Entzug nicht abgeschlossen!



# Können andere Medikamente im Entzug helfen?

- Meta-Analysen (Baandrup et al., 2018; Parr et al., 2009) zeigen keinen sicheren Nutzen irgendeiner Substanz
- evtl. sind Valproat und trizyklische Antidepressiva (TZA) vorteilhaft in Bezug auf Abstinenz
- evtl. sind Pregabalin, Gabapentin, Captodiam, Paroxetin, TZA, Flumazenil vorteilhaft in Bezug auf Entzugssymptome
- Insb. bei Schlafstörungen kann die Gabe von Trazodon, Doxepin oder Mirtazapin Sinn machen

# Erfolgschancen

- Erfolgsquoten
  - bis zu 2/3 der Patienten in der Allgemeinversorgung [Lader, 2011]
  - nur 17% der psychiatrischen Patienten, die mit BZD behandelt werden, hörten damit innerhalb eines Jahres auf [Veronese et al., 2007]
- geringere Erfolgschancen bei [Heather et al., 2011]
  - Älteren
  - körperlicher oder psychischer Komorbidität (insb. anderen Abhängigkeiten, Depression, Persönlichkeitsstörungen)
  - fehlender sozialer Unterstützung
  - vorherigen gescheiterten Abbauversuchen
  - einer schlechten therapeutischen Beziehung

# Empfehlungen bei Hochdosisabhängigkeit

- Gründliches **Assessment** von Gebrauchsmuster, -motiven, Entzugssymptomen und Abhängigkeit (C)
- Optimierung der **OAT-Dosis** manchmal schon erfolgreich (C)
- Klarer **Behandlungsplan** von Vorteil, klares Dosierungsschema
- Zur Stabilisierung reichen in der Regel moderate Dosen (D), es gibt keine Notwendigkeit, gleich hohe Dosen wie berichtet zu verschreiben, auch bzgl. Krampfanfällen (Williams et al., 1996) (III)
- Dosen >30 mg Diazepam-Äquivalente pro Tag sind laut mancher Literatur selten nötig (Dep. of Health, 2007; (C)), in der Praxis aber durchaus
- **Reduktion** auf „therapeutische Dosen“ ist legitimes erstes Ziel (D) wegen hoher Rückfall- und Dropout-Raten im Entzug (McGregor et al., 2003; Vormea et al., 2002, 2003) (Ib); hierauf kann dann aufgebaut werden
- UPs können unterstützend sein (D), sollten aber nur in Absprache mit den Patienten durchgeführt werden
- Remember: Kombination Opioid & BZD birgt Risiken! (D)

# Empfehlungen SSAM zur BZD-Substitution

- Falls vollständige BZD-Abstinenz nicht gelingt, kann BZD-Substitution zur Schadenminderung angezeigt sein (C)
- Für die Substitution wird die Einstellung auf ein BZD mit relativ langsamem Wirkungseintritt und einer mittellangen bis langen Halbwertszeit empfohlen (C)
- Steigerung der Dosis auf eine Erhaltungsdosis, unter der kein nicht verschriebener BZD-Konsum mehr auftritt bei gleichzeitig niedrigen UAW
- Die kontrollierte Abgabe der verordneten BZD-Medikation (ob symptomatisch, therapeutisch oder zur Substitution), gekoppelt an die Opioidagonistenbehandlung, kann sinnvoll sein (D)