

Wenn Tabletten zur Sucht werden

SILAMED, 26. April 2022

PD Dr. Marc Vogel

Leitender Arzt Abhängigkeitserkrankungen

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel



Interessenskonflikte

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

Agenda

- 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)
- › Innext 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 [Stembach 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 BetmVV: kontrollierte Substanzen, die teilweise von den Kontrollmassnahmen ausgenommen sind)
- Max. 1 Monatsbedarf abgeben
- Gültigkeit des Rezeptes max. 6 Monate, Repetition nicht erlaubt
- Ihr Einsatz bei PatientInnen in opioidgestützter Behandlung ist daher bewilligungspflichtig (Kantonsarzt)
- Ihr off-label Einsatz ist meldepflichtig (innert 30 Tagen)
- Art. 11, BtmG: 1 Die Ärzte und Tierärzte sind verpflichtet, Betäubungsmittel nur in dem Umfange zu verwenden, abzugeben und zu verordnen, wie dies nach den *anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaften* notwendig ist.
1bis Ärzte und Tierärzte, die als Arzneimittel zugelassene Betäubungsmittel für eine *andere als die zugelassenen Indikationen* abgeben oder verordnen, müssen dies innerhalb von *30 Tagen* den zuständigen *kantonalen Behörden* melden. Sie haben auf Verlangen der zuständigen kantonalen Behörden alle notwendigen Angaben über Art und Zweck der Behandlung zu machen.⁵

Einteilung

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

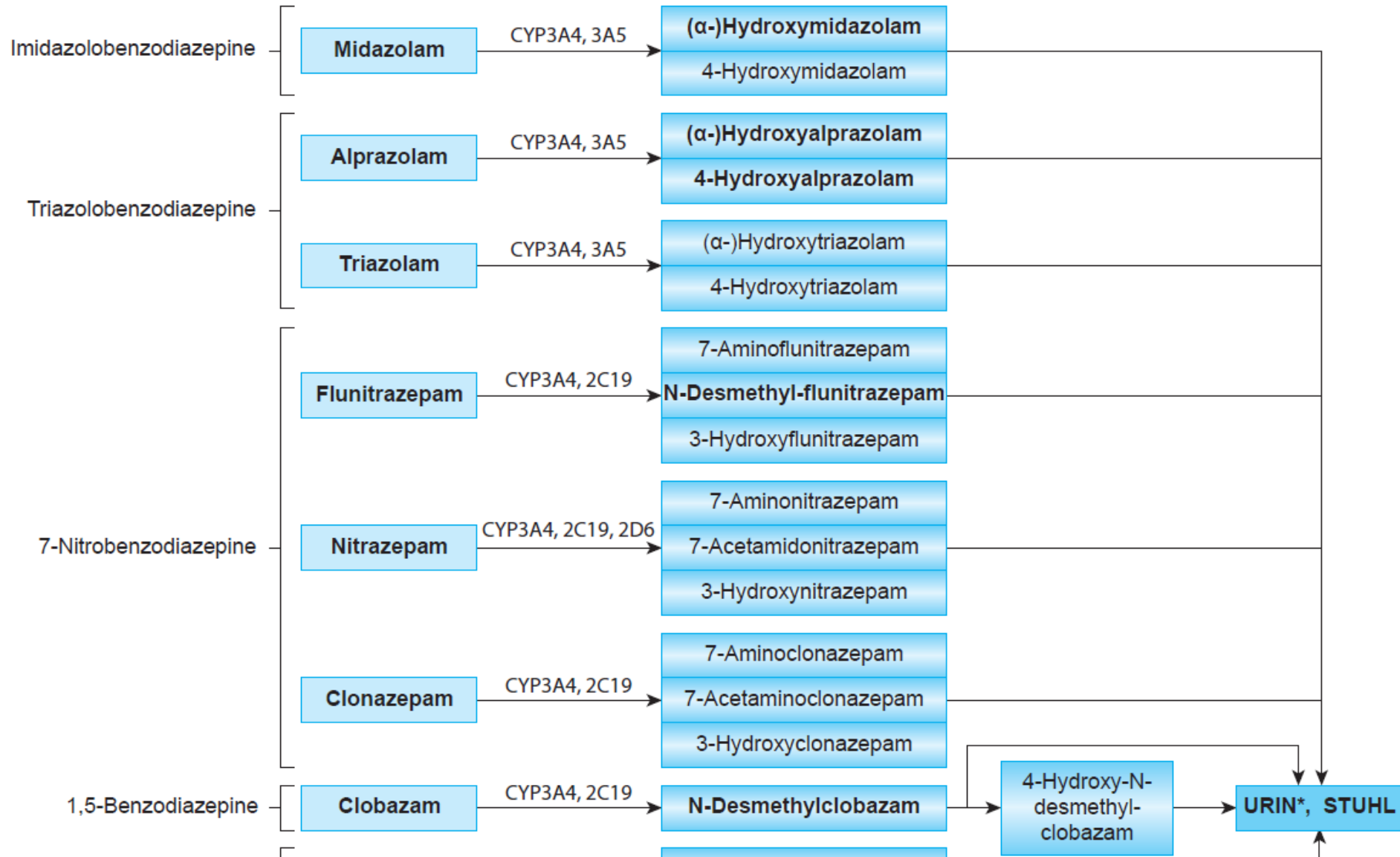
Wirkstoff (Handelsname)	Dosierung (mg)	Maximale Tagesdosis (mg)	Tmax (h) ¹	Halbwertszeit (h) ²	Äquivalenzdosis (mg)
Kurz wirksam (<6h)					
Midazolam (Dormicum)	7.5-15	15	1	1.5-2.5	7.5
Triazolam (Halcion)	0.125-0.25	0.25	1-2	1.5-5.5	0.5
Mittellang wirksam (6-24h)					
Alprazolam (Xanax)	0.5-4	6	1-2	12-15	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)
Lang wirksam (>24h)					
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
Z-Substanzen					
Zolpidem (Stilnox)	10	10	0.5-3	1.5-4	20
Zopiclon (Imovane)	7.5	7.5	1.5-2	4-8	15

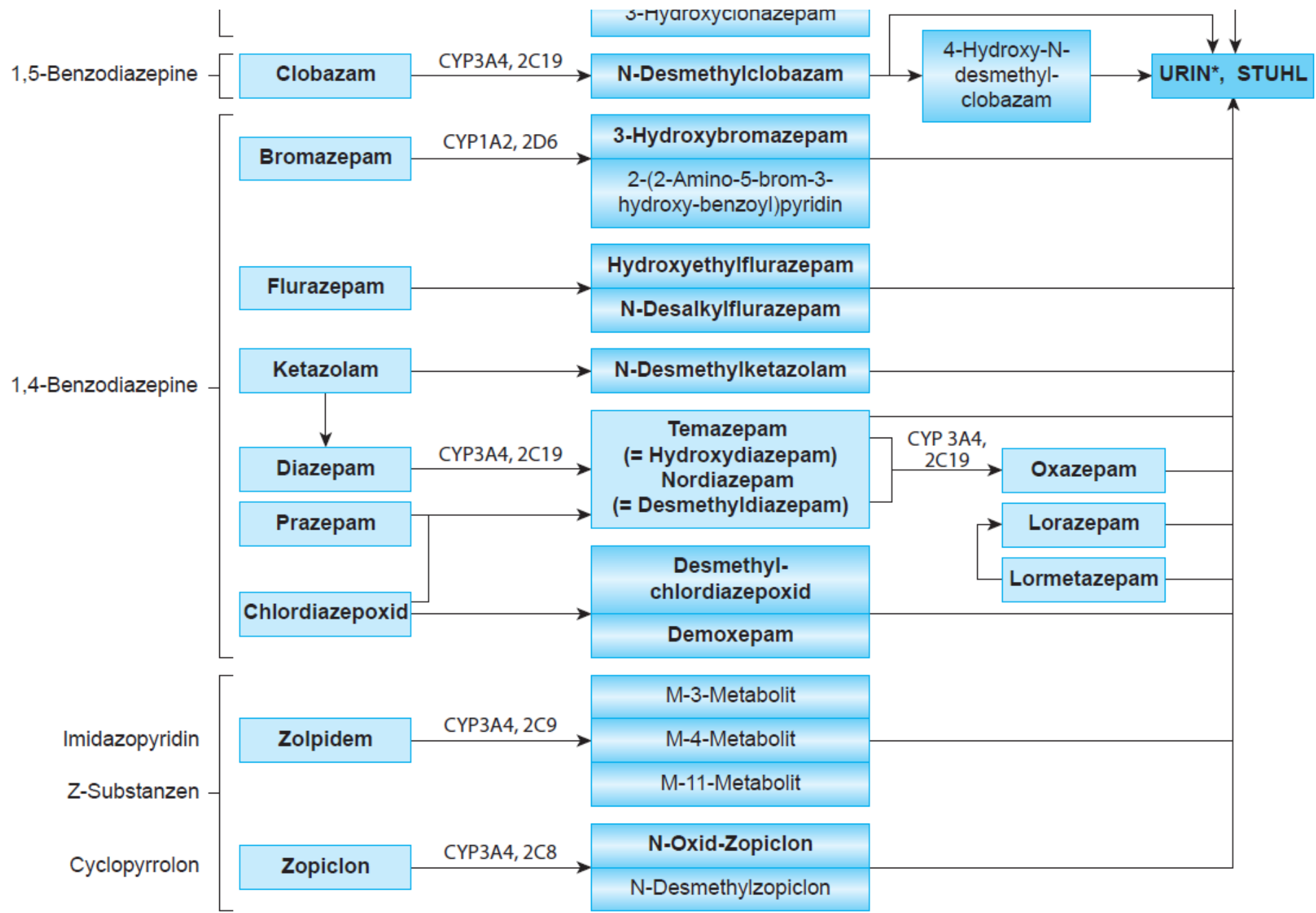
(Vogel, M., & Caflisch, C. (2018). Sedativa und Hypnotika. In M. Soyka, A. Batra, A. Heinz, F. Moggi, & M. Walter (Eds.), Suchtmedizin (pp. 259–278). Urban & Fischer)

Urinalanalysen - Schnelltests

- Dünnes Eis für einen Psychiater auf der SILAMED 😊
- Limitierte Reaktivität im Immunoassay mgl. für Bromazepam, Clonazepam und Lorazepam
- Je nach verwendetem Schnelltest falsch-positive Resultate bei Einnahme von Sertralin (Zoloft®), Efavirenz (Stocrin®), Venlafaxin (Efexor®), Fluoxetin (Fluctine®) und Trimethoprim (Bactrim®)
- Z-Substanzen nicht in den gängigen Schnelltests nachweisbar

Abbauwege (eigenständig erhältliche Präparate durchgehend hinterlegt; pharmakologisch aktive Substanzen/Metabolite fett gedruckt)





Nachweisdauer

	Urin	Blut
Benzodiazepine <ul style="list-style-type: none">• niedrig dosiert, kurze Einnahme, kurze HWZ• höher dosiert, längere Einnahme, lange HWZ	1 Tag bis zu 6 Wochen	meist nicht nachweisbar einige Tage
Zolpidem <ul style="list-style-type: none">• niedrig dosiert• höher dosiert	1 Tag > 1 Woche	meist nicht nachweisbar einige Tage

Neue Benzodiazepine

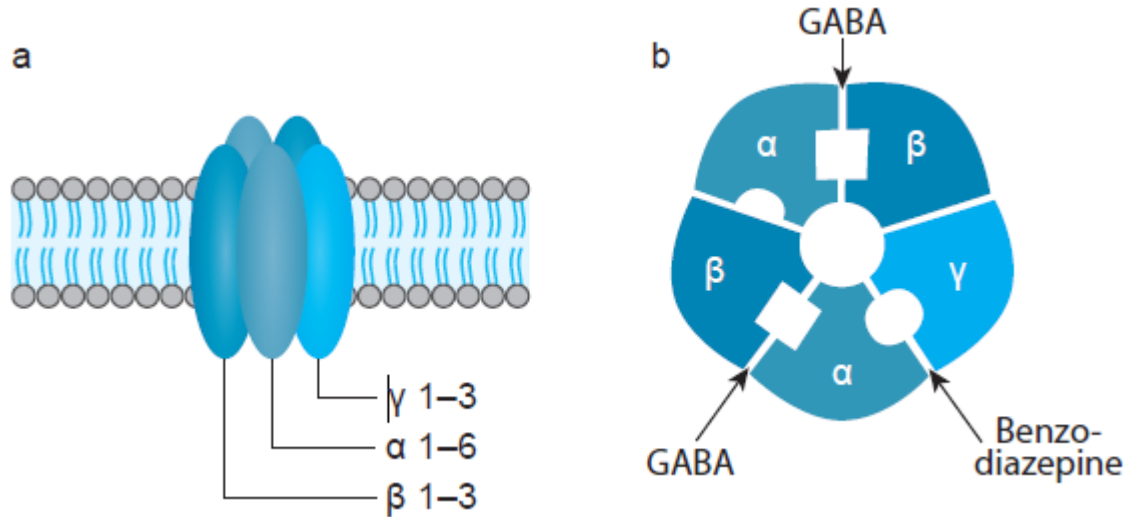
- Teils bekannte, teils neu synthetisierte Substanzen
- Mehr als 30 verschiedene werden in der EU monitorisiert
- 80% der Substanzen sind zwischen 2014-2020 erstmals aufgetaucht
- Wichtigste Substanzen Etizolam und Flualprazolam
- Pharmakologische und toxikologische Eigenschaften sind kaum erforscht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



Photo: Wedinos.

Die Tabletten wurden als 'Diazepam Activis' gekauft, aber enthielten Flubromazolam und Diazepam

Wirkung, Rezeptoreinheiten, klinische Anwendung



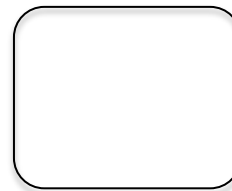
Wirkung	Rezeptoreinheit	Klinische Anwendung
Antikonvulsiv	$\alpha_1, (\alpha_3)$	Epilepsitherapie
Anxiolytisch	$\alpha_2, (\alpha_3)$	Angsterkrankungen, Akutpsychiatrie, Prämedikation
Muskelrelaxierend	$\alpha_2, \alpha_3, \alpha_5$	Spastik
Sedierend/schlafanstossend	α_1	Schlafstörungen
Anterograde Amnesie	α_1, α_5	Prämedikation
Abhängigkeitserzeugend (substanzvermittelte positiv verstärkende/euphorisierende Effekte)	α_1	-

Quizfrage

„Alle Abhängigkeit erzeugenden Substanzen haben eines gemeinsam: Sie führen zu einer Ausschüttung von Dopamin im Nucleus accumbens, einem Teil des Belohnungssystems.“



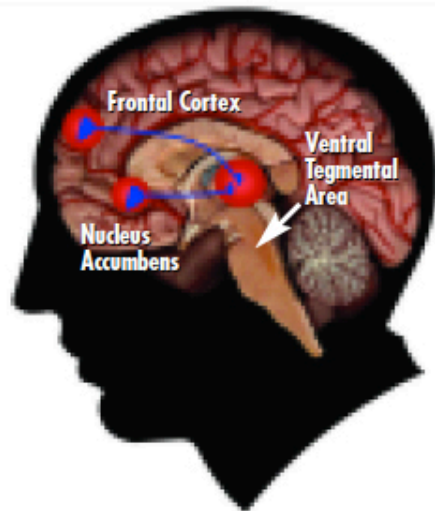
RICHTIG



FALSCH

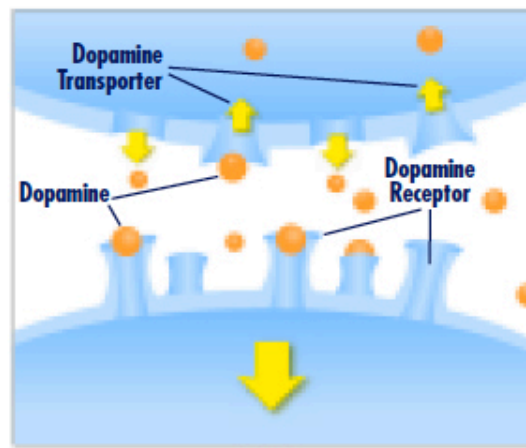
DRUGS OF ABUSE TARGET THE BRAIN'S PLEASURE CENTER

Brain reward (dopamine) pathways



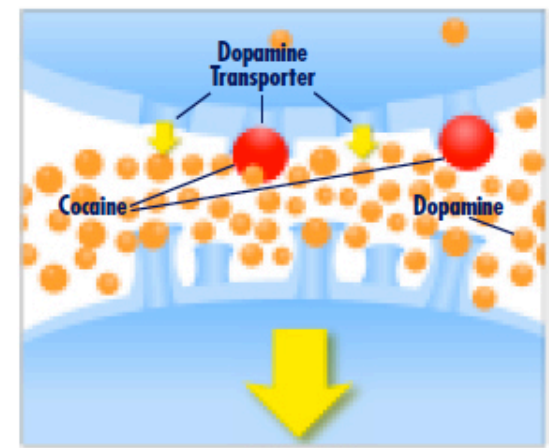
These brain circuits are important for natural rewards such as food, music, and sex.

Drugs of abuse increase dopamine



FOOD

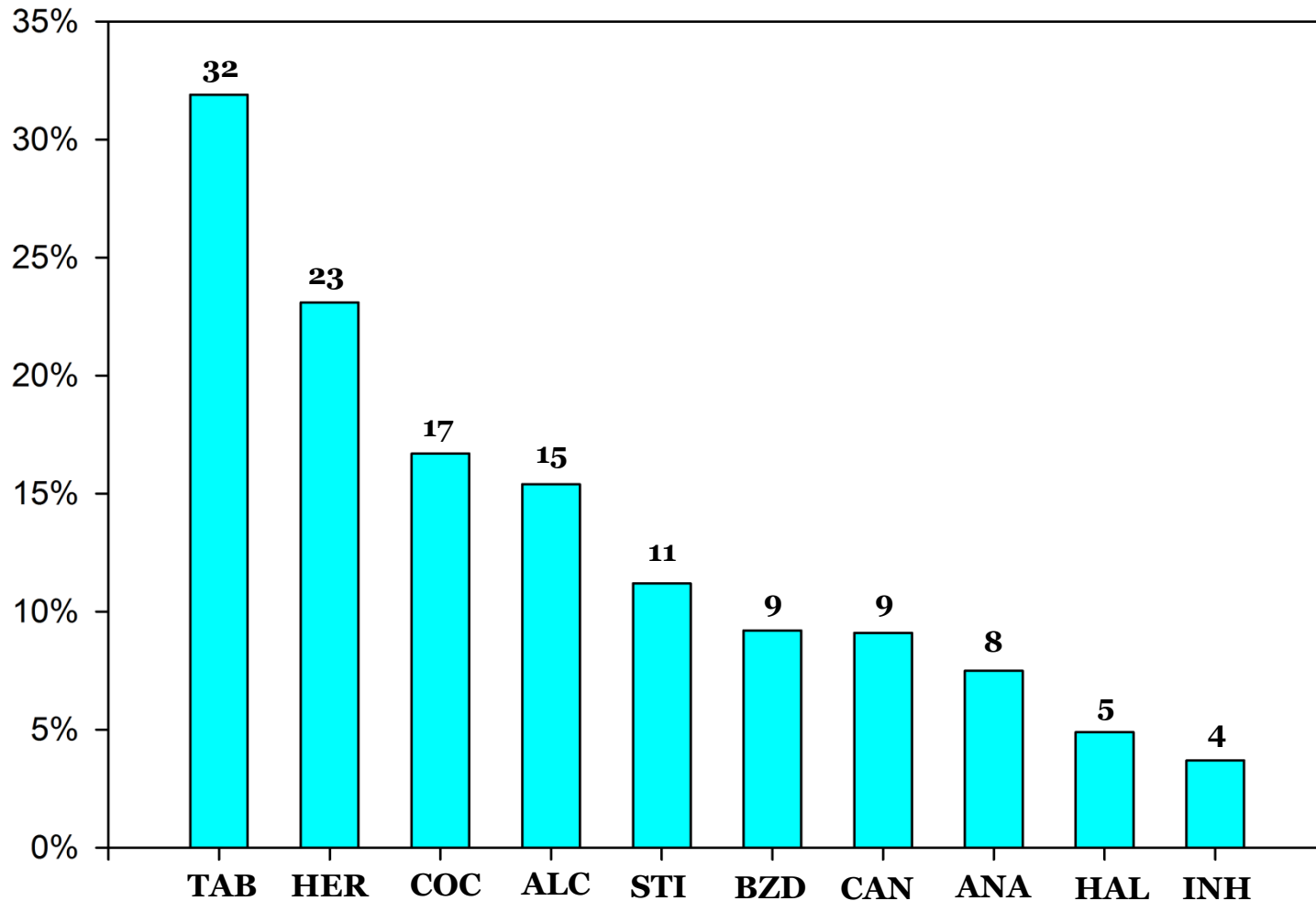
Typically, dopamine increases in response to natural rewards such as food. When cocaine is taken, dopamine increases are exaggerated, and communication is altered.



COCAINE

Quelle: www.drugabuse.gov

Abhängigkeitspotenzial versch. Substanzen



(Anthony et al., 1994)

Klinische Anwendung

- Schlafstörungen
- Angsterkrankungen
- Epilepsie
- Muskelrelaxation
- Prämedikation
- Beruhigung, z.B. bei Erregungszuständen
- Alkoholentzug

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

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

Hochdosisabhängigkeit

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

DHS, 2015

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]

Medikamentenabhängigkeit – wichtige diagnostische Fragen

- › Nehmen Sie seit längerer Zeit Medikamente ein, um sich besser zu fühlen, bsp.weise um
 - › ...negative Gefühle wie Angst, Trauer, Nervosität oder Einsamkeit besser zu ertragen?
 - › ...Schmerzen besser zu ertragen, von denen Sie nicht wissen, woher diese kommen?
 - › ...um besser schlafen zu können?
- › Beunruhigt Sie der Gedanke, einige Tage oder Wochen hierauf verzichten zu müssen?
- › Haben Sie sich einen Vorrat angelegt oder gehen Sie nie aus dem haus, ohne eine „Notfalltablette“ mitzunehmen?
- › Haben Sie die Dosis gesteigert, weil der Effekt nachgelassen hat oder die ursprünglichen Symptome wieder auftraten?
- › Verheimlichen Sie die Einnahme vor anderen?

Nach DHS

Epidemiologie



www.pillsvscandy.com



€ 100

Benzodiazepine werden im Gegensatz zu allen anderen Substanzen häufiger von welcher Bevölkerungsgruppe gebraucht?

A Ältere

B Jüngere

C Männer

D Frauen



€ 100

Benzodiazepine werden im Gegensatz zu allen anderen Substanzen häufiger von welcher Bevölkerungsgruppe gebraucht?

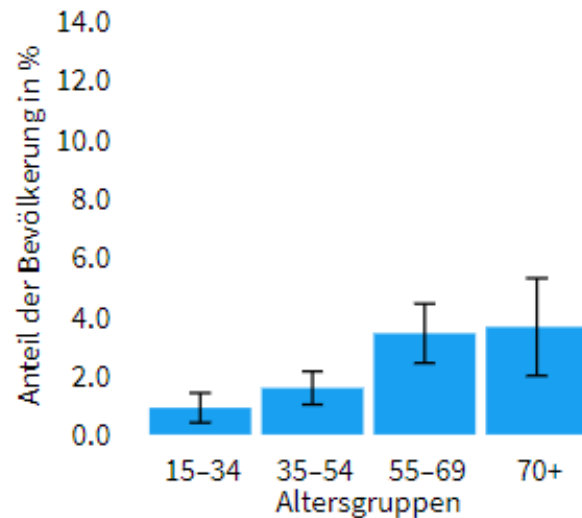
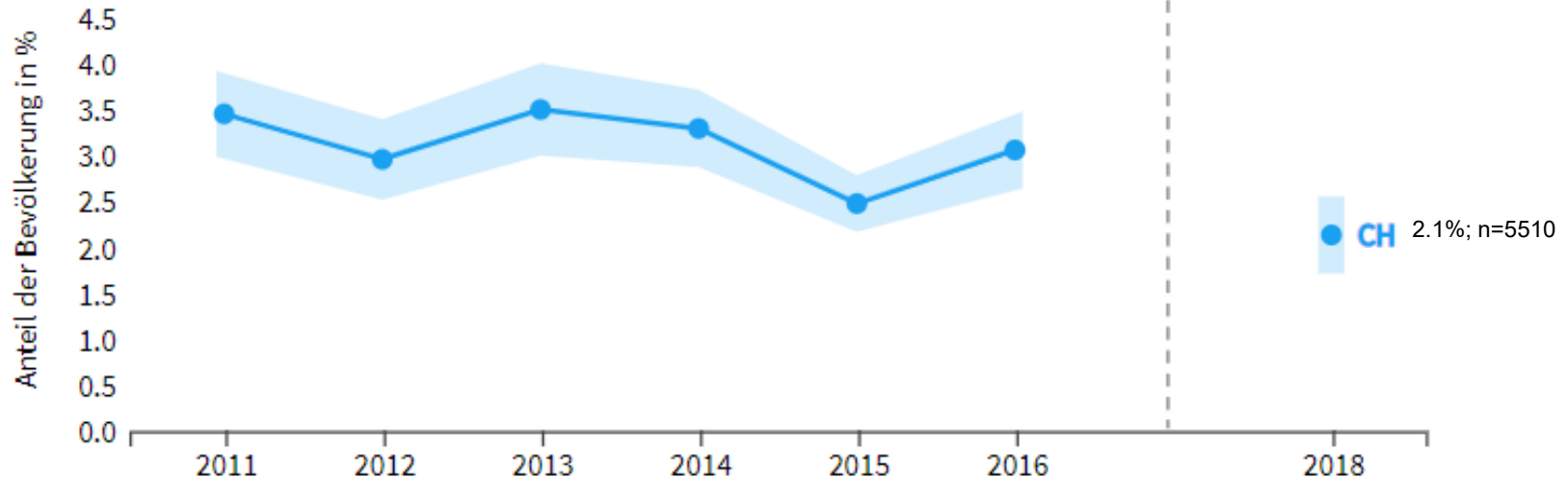
A Ältere

B Jüngere

C Männer

D Frauen

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



Eingenommene Präparate

	Geschlecht	
	männlich	weiblich
<i>n</i>	43	66
Xanax	10.7%	9.7%
Rivotril	0.0%	0.0%
Valium	5.6%	2.0%
Stesolid	2.9%	3.9%
Rohypnol	5.3%	4.4%
Dalmadorm	2.3%	6.7%
Temesta	29.9%	34.1%
Mogadon	1.9%	3.8%
Seresta	11.0%	7.3%
Dormicum	5.1%	13.0%
Lexotanil	10.2%	15.9%
Zolpidem oder Stilnox	50.1%	54.5%
andere	27.3%	12.4%

- Welche Präparate eingenommen werden, hängt im wesentlichen von der Verfügbarkeit (v.a. Verschreibung) ab, aber auch von der Pharmakokinetik (rasche Anflutung) und Galenik

[Suchtmonitoring Schweiz, 2015]

Risikofaktoren für die Abhängigkeitsentwicklung

- *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

Votaw et al., 2019; Soyka, 2018

TRAGÖDIE IN BASEL

Starb Teenager an Mischung von Xanax, Hustensaft und Methadon?

Am Montag starb in Basel ein 15-Jähriger mutmasslich an den Folgen eines Drogen- und Medikamentencocktails, den er konsumierte. Es war das tragische Ende einer Geburtstagsfeier.

06.10.2020 13:34



Blick

TV News Sport Meinung Politik Wirtschaft People Green

▪ Jugendliche packt aus: «Mein Kollege verkauft sein Ritalin» (01:30)

Schüler packen über Medikamenten-Missbrauch aus

«Xanax gibts für 20, Packung Ritalin für 10 Stutz»

Schüler dealen auf dem Pausenplatz mit Medikamenten. Sie konsumieren sie aus Langeweile oder um ihre Ängste vor dem Leistungsdruck abzubauen. Die Suchtgefahr ist bei gewissen Medikamenten so gross wie bei Heroin.

Publiziert: 13:19 Uhr

UPK

Universitäre
Psychiatrische Kliniken
Basel

SEK GELTERKINDEN

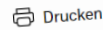
bz

Jugendliche dröhnen sich mit Beruhigungsmitteln zu – neuer Trend?

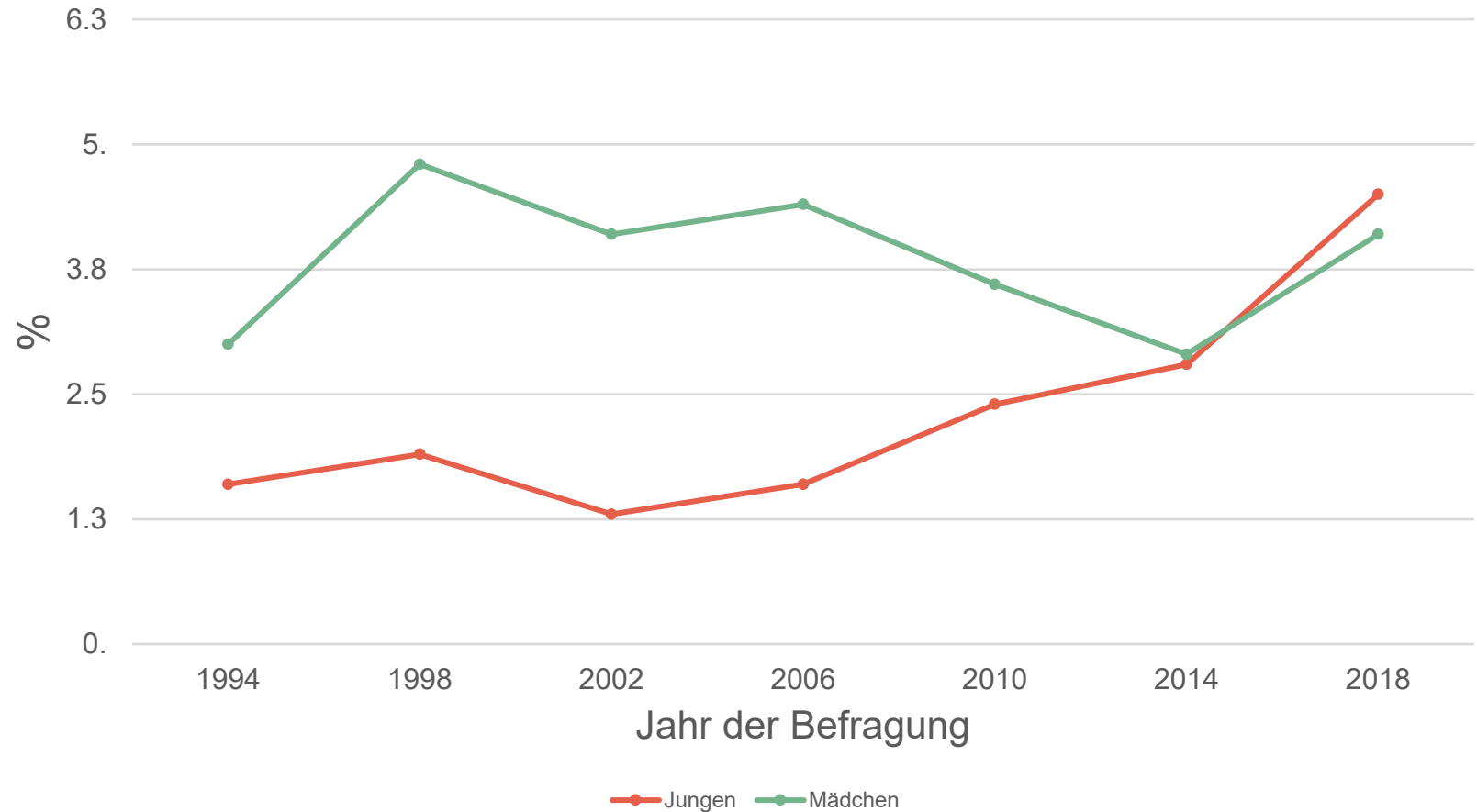
In Gelterkinden wurde ein Sek-Schüler nach Medikamentenmissbrauch ins Spital eingeliefert. Fachleute befürchten einen neuen Trend.

Jocelyn Daloz

16.01.2020, 19:17 Uhr



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

Behandlung

Fallbeispiel Frau S.

- 72-jährige Patientin, die in Begleitung ihrer besorgten Tochter erscheint, die im Radio eine Sendung über Medikamentenabhängigkeit gehört hat
- Seit einem Spitalaufenthalt vor 4 Jahren nimmt sie 1 Tbl. Temesta abends zum Schlafen ein, bei Panikattacken, die sie seit Jahrzehnten kennt, auch gelegentlich 1 Tbl. tagsüber
- Vor ca. 2 Jahren sind ihr während der Ferien des Hausarztes einmal die Tabletten ausgegangen. Sie habe dann «überhaupt nicht» schlafen können, ist zum Hausarzt ihres Mannes gegangen, der ihr ein Rezept geschrieben habe
- Frau S. ist aktiv, kümmert sich regelmässig um ihre Enkel und pflegt diverse Hobbies
- Was möchten Sie noch wissen? Was raten Sie der Patientin und Ihrer Tochter?

Fallbeispiel Frau S.: Verändert sich Ihre Einschätzung, wenn

- die Patientin in den letzten Monaten zunehmend vergesslich wirkt und auch bereits einmal gestürzt ist?
- die Patientin die Enkel regelmässig mit dem Auto von der Schule abholt?
- die Dosis im Verlauf auf Wunsch der Patientin gesteigert werden musste, da nach anfänglich guter Wirkung die Schlafstörungen sich wieder verstärkt haben?

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

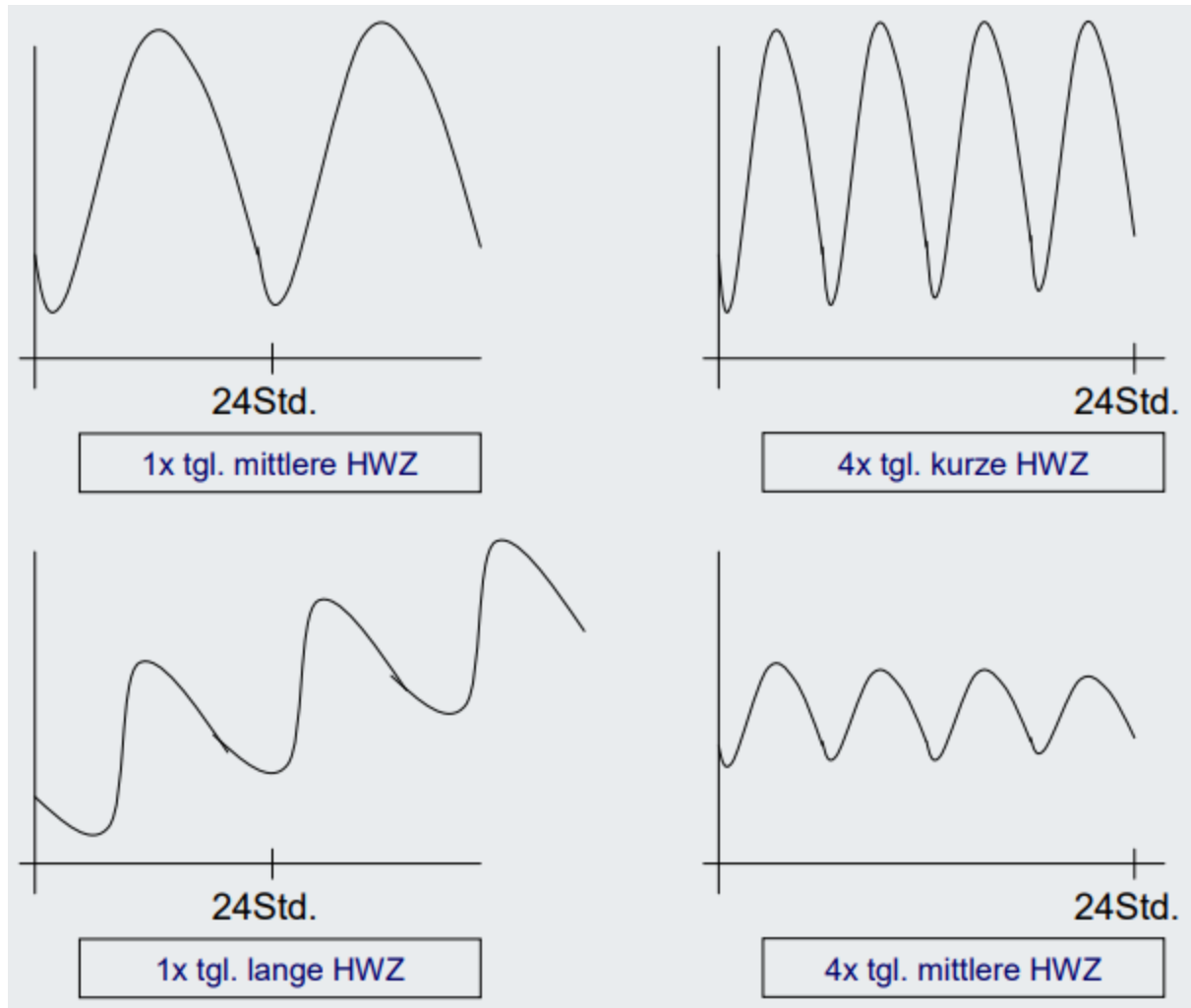
- Das Absetzen von BZD und/oder Z-Substanzen nach regelmäßiger, längerer Einnahme soll in **schrittweiser Dosisreduktion** erfolgen (Empfehlungsgrad A; KKP 97%)
- Die Dosisreduktion sollte mit **mittel- oder langwirksamen BZD** erfolgen (Empf.grad B; KKP 93%)
- Erst nach kurzem Zeitraum der **Stabilisierung** 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%)

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!



Pharmakokinetik im Entzug



Holzbach, 2014

Switch

- Geeignet sind Clonazepam, Alprazolam retard, Oxazepam, mit Einschränkung Diazepam (Cave rasche Anflutung)
- Stufenweise (wegen Sedation am besten mit der Abenddosis beginnen), stationär auch abrupt mit Steuerung durch Reservegabe
- **Vorsicht bei Switch auf Diazepam bei Patienten mit eingeschränkter Leberfunktion (Kumulation!)**
- Bsp. Xanax 10 mg/d entspricht Oxazepam 200-400 mg/d, Gabe 4x tgl. (75mg-75mg-75mg-75mg)
- Aber die berichteten Dosen müssen nicht notwendigerweise gematcht werden

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

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 therapeutische Beziehung

Frau S. – wie ging es weiter?

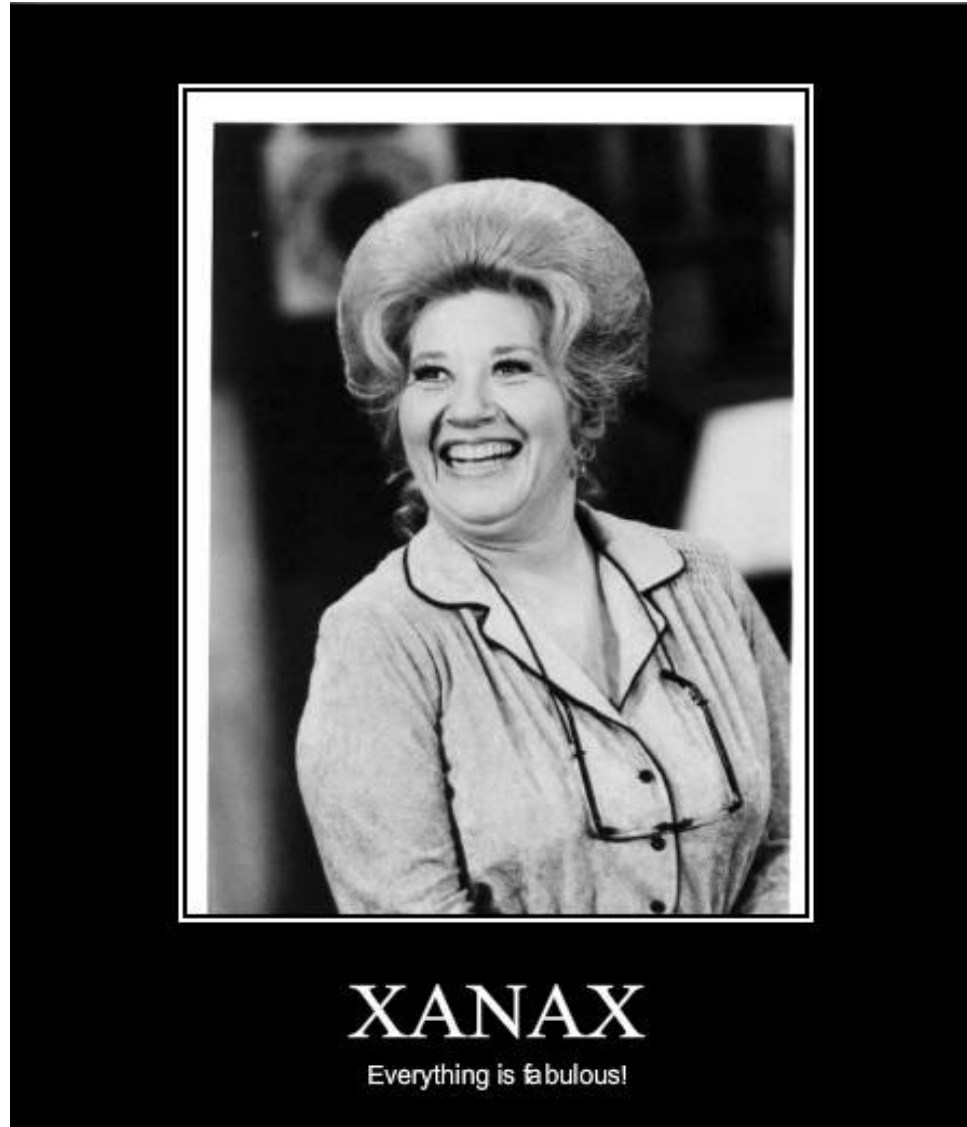
- Vorteile und Risiken der gegenwärtigen und zukünftigen BZD-Einnahme besprochen
- Graduellen Abbau empfohlen
- Frau S. zeigte sich zunächst ablehnend
- Liess sich aber in der Folgekonsultation auf eine Reduktion ein, äusserte aber grosse Angst vor Schlafstörungen und Panikattacken
- Begleitende psychotherapeutische Gespräche, auch in Bezug auf die Panikstörung
- Dosis nach einem Monat halbiert, nach drei Monaten beendet
- Schlaf subjektiv gut, keine Panikattacken

Zusammenfassung

- BZD haben vielfältige Indikationen in der Medizin
- Schon bei Gebrauch über 4-6 Wochen können sich Entzugssymptome einstellen
- Vor allem Frauen, Ältere und psychisch Erkrankte sind gefährdet, aber jeder kann eine Abhängigkeit entwickeln
- Therapie der Wahl ist der graduelle Abbau, evtl. begleitet von psychosozialen Massnahmen; Komplikationen bei abruptem Absetzen sind gefährlich
- Nach Abwägung der Risiken und Vorteile ist auch eine Erhaltungstherapie möglich – nicht jeder muss entzogen werden
- Dies gilt insb. für Hochdosisabhängige
- BZD sind gute und wichtige Medikamente, die aber sehr sorgfältig eingesetzt werden müssen («4K»)

Vielen Dank für die Aufmerksamkeit...

Marc.Vogel@upk.ch



Universität

UPK Universitäre
Psychiatrische Kliniken
Basel