

Benzodiazepinabhängigkeit – sind Substitutionsbehandlungen indiziert?

Rudolf STOHLER¹

Zusammenfassung

Benzodiazepingebrauch und -missbrauch sind weit verbreitet unter Patientinnen und Patienten mit Störungen durch psychotrope Substanzen. Während auf dem Gebiet der Drogen-, Alkohol- und sogar Tabakabhängigkeit „Harm-Reduction-Behandlungsansätze“ zunehmend an Akzeptanz gewinnen, werden entsprechende Behandlungsangebote auf dem Gebiet der Benzodiazepinabhängigkeit kaum untersucht.

Der Artikel plädiert für die Schliessung dieser Forschungslücke und macht einige Vorschläge, bei welchen Gruppen und mit welchen Substanzen das vordringlich zu tun wäre.

Einleitung

Seit geraumer Zeit kann in vielen, vor allem europäischen Ländern ein Trend zur Diversifizierung, Individualisierung und Öffnung der Suchtbehandlungssysteme festgestellt werden (Klingemann & Rosenberg, 2009). Am frühesten haben sich Prinzipien der „Harm Reduction“ auf dem Gebiet der Behandlung Drogenabhängiger etabliert. Seit Mitte der 1980er Jahre verliess eine zunehmende Zahl von Therapeutinnen und Therapeuten den Weg der unbedingten und unmittelbaren Abstinenz. Die Eindämmung der HIV-Epidemie war dringlicher und damit wichtiger geworden (Rhodes & Hedrich, 2010). Im Alkoholbereich wurde die Öffnung vor allem durch die Einsicht vorangetrieben, dass „klassische“, allein abstinenzorientierte Behandlungsangebote wesentliche Teile der Zielgruppe der abhängigen Alkoholkonsumentinnen und -konsumenten nicht erreichen (Dawson et al., 2005). Und auch im Bereich des Tabakkonsums verbreitet sich die Erkenntnis, dass Schädigungen weniger dem Konsum an sich als vielmehr der Konsumform (Zigarettenrauchen) zuzuschreiben sind, woraus sich verschiedene Harm-Reduction-Ansätze herleiten lassen (Haemmig, 2010).

1 PD Dr. med., Leitender Arzt, Psychiatrische Universitätsklinik Zürich, Klinik für Soziale Psychiatrie und Allgemeine Psychiatrie

Bisher hat sich demgegenüber auf dem Feld der Benzodiazepinabhängigkeit erstaunlich wenig getan. Nach wie vor besteht, zumindest auf theoretischer Ebene, weitgehend Einigkeit, dass Entzugsbehandlungen die einzige Therapieoption darstellen (siehe z. B. Denis et al., 2006).

Welche Schäden entstehen durch die Einnahme von Benzodiazepinen?

Die meisten Sorgen machen die Effekte von Benzodiazepinen auf kognitive und motorische Fähigkeiten.

Akute und kurzzeitige Benzodiazepineinnahme behindert die Gedächtnisfunktionen. Während Gedächtnisleistungen für Informationen, die vor einer Benzodiazepineinnahme aufgenommen wurden, nicht eingeschränkt sind (retrogrades Gedächtnis), sind Erinnerungen an solche, die nach der Einnahme erfolgten, in den meisten Untersuchungen beeinträchtigt (anterogrades Gedächtnis). Ob, wann und wie weit solche Einbussen nach Sistierung eines Konsums reversibel sind, ist vorläufig unklar. Bei der Interpretation der Resultate von Untersuchungen, die Nichtkonsumentinnen und Nichtkonsumenten mit Benzodiazepin-Langzeitkonsumierenden vergleichen, ist zu bedenken, dass häufig ein Grund für die Einnahme/Verordnung von Benzodiazepinen bestand – z. B. eine Angststörung. Insofern sind kognitive Leistungen von Langzeitgebraucherinnen und Langzeitgebranchern nicht einfach mit denjenigen von Kontrollgruppen zu vergleichen (Barker et al., 2004; Verdoux et al., 2005).

Speziell bei älteren Menschen sind Unfälle und öfters Hüftfrakturen mit der Einnahme von Benzodiazepinen verknüpft. Auch Verkehrsunfälle sind häufiger bei Benzodiazepinkonsumierenden. Hier muss allerdings ebenfalls festgestellt werden, dass sich Benzodiazepinkonsumentinnen und -konsumenten nicht nur bezüglich ihres Konsums unterscheiden. Meistens lagen Gründe für diesen Konsum vor.

Die negativen Auswirkungen von Benzodiazepinen sind in ihrem Ausmass vermutlich umso ausgeprägter, je höher dosiert und umso länger sie genommen wurden. Zudem wirken nicht alle gleich (Lader, 2011).

Unterschiedliche Gebraucherguppen

Häufig werden Benzodiazepine von älteren Leuten längerfristig eingenommen. Die Verschreibungshäufigkeit ist eher rückläufig, was zum Teil durch die vermehrte Verschreibung von sogenannten Z-drugs (z. B. Zaleplon, Zolpidem und Zopiclon) kompensiert wird. Letztere unterscheiden sich nur geringgradig von Benzodiazepinen.

Weit verbreitet ist ein Benzodiazepinmissbrauch bei Drogenabhängigen. Untersuchungen unter methadonbehandelten Patientinnen und Patienten aus

verschiedenen Ländern zeigen übereinstimmend, dass zwischen 20-70 % regelmässig Benzodiazepine gebrauchen – zum Teil in grotesk hohen Dosierungen (Liebrenz et al., 2010). In dieser Gruppe sind vermehrt Patientinnen und Patienten zu finden, die Traumata erlitten (Vogel et al., 2011).

Effektivität von Entzugsbehandlungen

Patientinnen und Patienten, die mehrere psychotrope Substanzen gebrauchen und zusätzlich hochdosiert Benzodiazepine, meist verschiedener Klassen, einnehmen, lassen sich nur schwer entziehen (Tyrer, 2010). Typischerweise werden sie schon schnell wieder rückfällig und durchlaufen immer wieder Entzugs- und Rückfallzyklen. Die gesundheitlichen Auswirkungen solcher immer wieder scheiternden Entzugsbehandlungen sind wenig untersucht; vermutet kann aber werden, dass sie schädlicher sind als es eine Substitutionsbehandlung mit einem Benzodiazepin wäre, das in vertretbarer Dosierung über eine lange Zeit verschrieben wird.

Weizman und Kollegen verglichen die Auswirkungen einer Entzugsbehandlung mit Clonazepam mit denjenigen einer Erhaltungsbehandlung mit der gleichen Substanz über ein Jahr in einer Gruppe methadonbehandelter Patientinnen und Patienten. 78 % derjenigen in der „Substitutionsbehandlung“ waren in der Lage, keine weiteren Benzodiazepine zu gebrauchen und sich so zu stabilisieren, während dies in der Entzugsgruppe nur Wenigen gelang (Weizman et al., 2003). Die Autoren schlossen daraus, dass diese Gruppe möglicherweise von einer Substitutionsbehandlung mehr profitieren könnte als von immer wiederkehrenden Entzugsbehandlungen.

Dass die wissenschaftliche Literatur bezüglich Substitutionsbehandlungen dünn ist, ist das Eine. Das Andere ist, dass Substitutionsbehandlungen mit Benzodiazepinen in Opiatsubstitutionsbehandlungen gängige Praxis sind, wie die oben zitierten hohen Prävalenzzahlen von Benzodiazepin-Usern zeigen.

Benzodiazepin-Substitutionsbehandlungen müssen evaluiert werden

Wir haben in einem kürzlich erschienen Artikel in der Zeitschrift „Addiction“ dazu aufgerufen, die Frage möglicher Vor- respektive Nachteile einer Substitutionsbehandlung gegenüber (repetitiver) Entzugsbehandlungen zu untersuchen für Patientinnen und Patienten, die einen hohen und wahllosen Konsum von Benzodiazepinen aufweisen, sich nicht erfolgreich entziehen liessen und meist auch noch zusätzliche psychotrope Substanzen einnehmen. Wir schlugen vor, ein langsam anflutendes Benzodiazepin mit einer vergleichsweise langen Halbwertszeit zu verwenden. Dies, um mögliche ungünstige Folgen zu minimieren (Liebrenz et al., 2010). In der daran

anschliessenden Diskussion zeigten sich ähnliche Fronten, wie sie sich schon in der Diskussion um die Einführung von Opiatsubstitutionsbehandlungen zeigten. Skeptiker gegenüber Substitutionsbehandlungen machten geltend, es sei wichtiger, vermehrt zu untersuchen, wie Patientinnen und Patienten besser in Entzugsbehandlung gehalten und hier zu längerfristigen Erfolgen motiviert werden könnten, als den Weg der „bedingungslosen Kapitulation einzuschlagen“ (Soyka, 2010). Und die dringend notwendigen Untersuchungen fehlen weiterhin.

Literatur

- Barker, M. J., Greenwood, K. M., Jackson, M., & Crowe, S. F. (2004). Cognitive effects of long-term benzodiazepine use: a meta-analysis. *CNS Drugs*, 18(1), 37-48.
- Dawson, D. A., Grant, B. F., Stinson, F. S., Chou, P. S., Huang, B., & Ruan, W. J. (2005). Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001-2002. *Addiction*, 100(3), 281-292.
- Denis, C., Fatseas, M., Lavie, E., & Auriacombe, M. (2006). Pharmacological interventions for benzodiazepine mono-dependence management in outpatient settings. *Cochrane Database Syst Rev*, 3, CD005194.
- Haemmig, R. (2010). Tabakkonsum: Was ist das und wie kann der Schaden gemindert werden? *Suchttherapie*, 11, 24-28.
- Klingemann, H., & Rosenberg, H. (2009). Acceptance and therapeutic practice of controlled drinking as an outcome goal by Swiss alcohol treatment programmes. *Eur Addict Res*, 15(3), 121-127.
- Lader, M. (2011). Benzodiazepines revisited - will we ever learn? *Addiction*, 106(12), 2086-2109.
- Liebreuz, M., Boesch, L., Stohler, R., & Cafilisch, C. (2010). Agonist substitution - a treatment alternative for high-dose benzodiazepine-dependent patients? *Addiction*, 105(11), 1870-1874.
- Rhodes, T., & Hedrich, D. (Eds.). (2010). *Harm reduction: evidence, impacts and challenges* (Vol. 10). European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Soyka, M. (2010). To substitute or not substitute-optimal tactics for the management of benzodiazepine dependence. *Addiction*, 105(11), 1876-1877.
- Tyrer, P. (2010). Benzodiazepine substitution for dependent patients-going with the flow. *Addiction*, 105(11), 1875-1876.
- Verdoux, H., Lagnaoui, R., & Begaud, B. (2005). Is benzodiazepine use a risk factor for cognitive decline and dementia? A literature review of epidemiological studies. *Psychol Med*, 35(3), 307-315.
- Vogel, M., Dürsteler-Macfarland, K. M., Walter, M., Strasser, J., Fehr, S., Prieto, L., & Wiesbeck, G. A. (2011). Prolonged use of benzodiazepines is associated with childhood trauma in opioid-maintained patients. *Drug Alcohol Depend*, 119(1-2), 93-98.
- Weizman, T., Gelkopf, M., Melamed, Y., Adelson, M., & Bleich, A. (2003). Treatment of benzodiazepine dependence in methadone maintenance treatment patients: a comparison of two therapeutic modalities and the role of psychiatric comorbidity. *Aust N Z J Psychiatry*, 37(4), 458-463.

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. Rudolf Stohler, Leitender Arzt
Klinik für Soziale Psychiatrie und Allgemeinpsychiatrie
der Psychiatrischen Uniklinik
Zentrum für Abhängigkeitserkrankungen
Selnastr. 9
8001 Zürich

rudolf.stohler@puk.zh.ch

Résumé

L'usage et l'abus de benzodiazépines sont largement répandus parmi les patients atteints de troubles liés aux substances psychotropes. Alors que dans le domaine de la dépendance aux drogues, à l'alcool et même au tabac, l'acceptation des « approches de traitement par réduction des risques » progresse, les offres de traitement correspondantes dans le domaine de la dépendance aux benzodiazépines ont été peu étudiées.

L'article plaide pour le comblement de cette lacune de la recherche et fait quelques propositions sur les groupes et les substances à investiguer en priorité.

Summary

Use and abuse of benzodiazepine are widespread amongst patients with disturbances caused by psychotropic substances. Whereas harm reduction approaches to drug, alcohol and even tobacco addiction are increasingly gaining acceptance, there has been hardly any investigation of equivalent forms of treatment for benzodiazepine addiction.

This article is a call for this research gap to be closed and makes a number of suggestions as to which groups and which substances need this to be done as a matter of urgency.