

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Prof. Dr. Dieter Naber

Psychiatrische Beeinträchtigungen  
durch den  
Langzeitkonsum von Benzodiazepinen

**Dissertation**

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin  
der medizinischen Universität Hamburg-Eppendorf

vorgelegt von:  
Petra Ellen Susanne Hunold  
Düsseldorf

Hamburg 2014

Angenommen von der medizinischen Fakultät am: 15.12.2014

Veröffentlicht mit Genehmigung der medizinischen Fakultät Hamburg

Prüfungsausschuss, der Vorsitzende: Prof. Dr. Dieter Naber

Prüfungsausschuss, 2. Gutachter: Prof. Dr. Rainer Böger

Prüfungsausschuss, 3. Gutachter: Prof. Dr. Peer Briken

	Seite
<b>1. Einleitung</b> .....	6
1.1. Geschichte .....	6
1.2. Wirkung .....	6
1.3. Toleranz, Abhängigkeit .....	8
1.4. Anwendungsgebiete .....	9
1.5. Nebenwirkungen, Langzeiteffekte .....	11
1.6. Abhängigkeitsentwicklung .....	16
1.6.1. Allgemein .....	16
1.6.2. Drei-Phasen-Modell der Benzodiazepin-Langzeiteinnahme .....	18
1.7. Benzodiazepin-Entzug – Symptome und Verlauf .....	20
1.8. Benzodiazepin-Entzug – Behandlung .....	23
1.9. Zielsetzung .....	25
<b>2. Material und Methode</b> .....	27
2.1. Teilnehmer .....	27
2.2. Testuntersuchungen .....	27
2.2.1. Lippstädter BenzoCheck .....	27
2.2.2. Medikamenten-Bado (Basisdokumentation Medikamentenabhängigkeit Aufnahme / Entlassung) .....	29
2.2.3. Entzugsskala (Hamburger Benzodiazepin-Entzugsskala) .....	30
2.2.4. SCL90-R (Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis) .....	31
2.2.5. BDI (Beck-Depressions-Inventar) .....	33
2.2.6. Nachuntersuchung .....	36
2.2.7. Ablaufplan .....	37
2.3. Statistische Auswertung .....	37
2.4. Methodische Fragen .....	42
<b>3. Ergebnisse</b> .....	44
3.1. Patientenkollektiv .....	44
3.1.1. Aufnahmedaten .....	44
3.1.1.1. Entzugspatienten .....	44
3.1.1.2. Tagesklinische Patienten .....	50
3.1.2. Verlaufsdaten .....	52

3.1.3. 6-Monats-Katamnese .....	56
3.2. Überprüfung des Phasenmodells der Benzodiazepin-Langzeiteinnahme nach Holzbach .....	66
3.2.1. Phaseneinteilung nach kumulierter und einfacher Dosis .....	66
3.2.2. Überprüfung des Phasenmodells anhand des SCL90 .....	67
3.2.3. Phaseneinteilung und BDI .....	70
3.2.3.1. Phaseneinteilung und BDI-Subscore „Apathie“ .....	71
3.2.4. Hamburger Benzodiazepin-Entzugsskala und Phaseneinteilung .....	72
3.2.5. Phaseneinteilung und Begleitdiagnosen .....	74
3.3. Untersuchung der diagnostischen Aussagekraft des Lippstädter BenzoChecks und Ergebnisse des BenzoChecks im Hinblick auf die Phase der Abhängigkeitsentwicklung .....	75
3.3.1. Allgemeine Daten .....	75
3.3.2. Ergebnisse BenzoCheck in Bezug zum Patientenkollektiv .....	76
3.3.3. Untersuchung der Einzel-Items des BenzoChecks .....	77
3.3.4. Ergebnisse des BenzoChecks in Bezug auf die Phaseneinteilung des Langzeit-Benzodiazepin-Konsums .....	78
3.3.4.1. BenzoCheck Subscore und Phaseneinteilung .....	79
3.3.5. BenzoCheck und Antidepressiva .....	79
3.4. Abschlusserhebung und Nachuntersuchung in Bezug zur Phaseneinteilung .....	80
3.4.1. Psychischer Befund zum Entlassungszeitpunkt .....	80
3.4.2. Nachuntersuchung (6 Monate) .....	80
<b>4. Diskussion .....</b>	<b>82</b>
4.1. Ziele .....	82
4.2. Patientenkollektiv .....	82
4.2.1. Aufnahmezeiten .....	82
4.2.2. Verlaufsplan / 6-Monats-Katamnese .....	84
4.3. Phasenmodell .....	84
4.3.1. Kumulative und einfache Dosis .....	84
4.3.2. SCL90 .....	85
4.3.3. BDI .....	86
4.3.3.1. Phaseneinteilung und BDI-Subscore „Apathie“ .....	89
4.3.4. Hamburger Benzodiazepin-Entzugsskala .....	90

4.3.5. Begleitdiagnosen .....	91
4.3.6. BenzoCheck .....	96
4.3.7. Psychischer Befund bei Entlassung.....	97
4.3.8. Rückfallrate nach sechs Monaten.....	97
4.4. BenzoCheck .....	100
4.4.1. Teilkollektive (Tagesklinik ↔ Suchtstation).....	100
4.4.2. Einzel-Items .....	101
4.4.3. BenzoCheck Subscore .....	102
4.4.4. Antidepressiva .....	102
<b>5. Zusammenfassung.....</b>	<b>103</b>
<b>6. Literaturverzeichnis .....</b>	<b>105</b>
<b>7. Anhang.....</b>	<b>116</b>
7.1. Bado-Aufnahme .....	116
7.2. Bado-Entlassung .....	125
7.3. Nachbefragungsbogen.....	127
7.4. BDI.....	130
7.5. SCL90-R.....	132
7.6. Hamburger Benzodiazepin-Entzugsskala .....	134
7.7. BenzoCheck .....	137
7.8. Ablaufplan.....	142
7.9. Äquivalenztabelle nach Holzbach .....	143
<b>8. Danksagung.....</b>	<b>149</b>
<b>9. Lebenslauf .....</b>	<b>150</b>
<b>10. Eidesstattliche Erklärung .....</b>	<b>152</b>

# 1. Einleitung

## 1.1. Geschichte

Benzodiazepine sind die mit Abstand am häufigsten verordneten Tranquilizer (Laux 1989) und gehören zu den meistverwendeten Medikamenten in allen Bereichen der Medizin (König, Laux 1998).

Die erste Substanz dieser Art war das Chlordiazepoxid (Librium®), das von dem polnischstämmigen Apotheker und Chemiker Henryk Sternberg entwickelt wurde (Schütz 1982). Dieser arbeitete in den 1950er Jahren in der amerikanischen Filiale der Schweizer Firma Hoffmann-La Roche.

In den angespannten und belastenden Zeiten des Wiederaufbaus und Wirtschaftsumschwungs suchte man nach einem „schönen Beruhigungsmittel“ (Schütz 1982). Dies herzustellen wurde Sternberg beauftragt. Der Wissenschaftler suchte in seiner Arbeit dabei nach einer völlig neuen chemischen Struktur, die die erwünschten Wirkungen entfalten sollte.

Als Ausgangsbasis wählte Sternberg eine Chinazolinstruktur, da sie leicht zu erhalten, gut variierbar und transformierbar ist (Sternbach 1983). Im Jahr 1957 wurde hieraus das Chlordiazepoxid entwickelt, das auf Grund seiner Wirkungen und geringen Nebenwirkungen dem bis dahin verbreitet eingesetzten Barbiturat deutlich überlegen war.

## 1.2. Wirkung

Chlordiazepoxid besitzt – wie auch später entwickelte Benzodiazepine – ein typisches Wirkprofil: es ist angstlösend, beruhigend, krampflösend, muskelrelaxierend und hat eine emotional ausgleichende Wirkung. Die einzelnen Benzodiazepine unterscheiden sich in diesen Effekten nur wenig.

Aktuell sind 19 verschiedene Benzodiazepine in Deutschland im Handel (Rote Liste 2013).

In ihrer chemischen Struktur handelt es sich bei Benzodiazepinen um Verbindungen, die aus einem Benzolring (meist halogen- oder nitrosubstituiert) und einem sieben-gliedrigen Ringsystem, das zwei Stickstoffatome enthält, bestehen (Benkert, Hippus 1996). Durch die Bindung verschiedener Substituenten an die Ringsysteme ergeben

sich im Wesentlichen quantitative und kaum qualitative Veränderungen: Es entstehen z.B. Unterschiede in der Halbwertszeit oder der relativen Wirkintensität (i.e. der notwendigen mittleren Dosis zur Erzielung einer gleichen Wirkung) (Kapfhammer 1993).

Ihre Effekte entfalten Benzodiazepine, indem sie an spezifische Benzodiazepin-Rezeptoren im Gehirn binden. Diese Benzodiazepin-Rezeptoren befinden sich an GABAergen Synapsen und bewirken eine Verstärkung der durch GABA vermittelten Hemmung (Benkert, Hippus 1996). Somit sind Benzodiazepine in ihrer Wirkart GABA-Synergisten, sie verstärken die GABA-Wirkung. Ohne das Vorhandensein von GABA sind sie unwirksam, im Gegensatz zu den Barbituraten, die auch alleine wirken und worüber sich u.a. deren höheres toxisches Risiko erklärt.

GABA-Rezeptoren sind Transmembranproteine. Sie werden unterteilt in GABA-A und GABA-B, von manchen Autoren auch noch in GABA-C-Rezeptoren (Barnard 1998).

GABA-A-Rezeptoren verändern durch an sie bindende Liganden die Durchlässigkeit insbesondere für Chlorid- und Bikarbonat-Ionen. Sie sind aus fünf verschiedenen Untereinheiten aufgebaut, von denen wieder sieben verschiedene Klassen (die wichtigsten  $\alpha$ ,  $\beta$  und  $\gamma$ ) unterschieden werden. GABA-A-Rezeptoren besitzen Bindungsstellen für Benzodiazepine an der  $\gamma$ - und für Barbiturate an der  $\beta$ -Untereinheit. Sie werden in der Regel darüber definiert, dass sie durch Muscimol erregt und durch Bicuculine antagonisiert werden (Akhondzadeh et al. 2002).

Über den GABA-A Rezeptor entfaltet GABA seine inhibitorische Wirkung. Der Rezeptor kommt praktisch im gesamten Gehirn vor, besonders hohe Konzentrationen finden sich im zerebralen und zerebellären Cortex sowie im limbischen System, eine sehr viel niedrigere Dichte findet sich im Thalamus und unteren Hirnstamm (Higgitt et al. 1988). Die GABA-A-Rezeptoren des Thalamus sind an der Schlafinduktion und seiner Aufrechterhaltung beteiligt.

Durch eine Stimulation der GABA-A-Rezeptoren wird die Chlorid-Durchlässigkeit der Membran erhöht, so dass Zellen mit niedriger Chlorid-Konzentration hyperpolarisiert werden, solche mit hoher depolarisiert (Meldrum 1987). Hierdurch kommt es zu einer Inhibition exzitatorischer Impulse (Wedekind et al. 2005).

An GABA-B-Rezeptoren wird die GABA-Wirkung durch Baclofen imitiert (Meldrum 1987). Hier bewirkt GABA einen erhöhten Kaliumfluss, der zu einer späten postsynaptischen Hemmung führt. Des Weiteren werden über GABA-B-Rezeptoren an postsynaptischen Membranen der Calcium-Einstrom sowie die Freisetzung einzelner Neurotransmitter (so auch der Monoamine) vermindert.

GABA-A-Rezeptoren sind die Hauptvermittler inhibitorischer Impulse im zentralen Nervensystem (Kugaya et al. 2002).

### 1.3. Toleranz, Abhängigkeit

Ogleich Hollister bereits 1961 einen ersten Fall von Benzodiazepin-Abhängigkeit beschrieb (Hollister et al. 1961), hielt man sie über viele Jahre für sichere und effektive Medikamente auch in der Langzeitbehandlung von Schlafstörungen und Ängsten (Rittmannsberger 1993; Ladewig 1990). Erst im Verlauf der Anwendung traten in den 1970er und 1980er Jahren zunehmend Bedenken bezüglich möglicher Entzugssymptome und einer Abhängigkeitsentwicklung auf (Michelini et al. 1996; Müller 1990).

Die biologischen Mechanismen, die für die Entwicklung von Toleranz, Entzugssymptomen und Abhängigkeit verantwortlich sind, sind noch weitgehend unbekannt (Nutt 1990, de las Cuevas et al. 2003).

Es gibt kein einheitliches und abgeschlossenes Konzept, das die Entstehung von Entzugssymptomen und Abhängigkeit unter der Langzeiteinnahme von Benzodiazepinen erklärt, und verschiedene Studien im pharmakologischen, biochemischen und elektrophysiologischen Bereich liefern widersprüchliche Ergebnisse (Michelini et al. 1996).

Von einzelnen Autoren wurde unter einer chronischen Benzodiazepin-Einnahme eine Herabregulierung der Benzodiazepin-Bindungsstellen (Gallager 1984) oder der Benzodiazepin-GABA-A-Komplexe (Miller 1991) vermutet, andere nahmen eine Veränderung allosterischer Modulatoren an (Hu et al. 1994), wieder andere fanden keinerlei derartige Veränderungen (Gallager 1984).

Unterschiedliche Wissenschaftler beschäftigten sich mit veränderten Ionenflüssen, die während des Benzodiazepin-Entzugs festgestellt werden, ohne jedoch wegwei-

sende Erkenntnisse erarbeiten zu können. Little (1988) postuliert, dass eine chronische Stimulation des GABA-A-Rezeptors durch Benzodiazepine zu einer allosterischen Modulation der Benzodiazepin-Erkennungsstelle führt. Hierdurch komme es zu einer verminderten Wirksamkeit von Agonisten und einer gesteigerten Wirksamkeit inverser Agonisten. Ein zu vermutender endogen im Gehirn vorhandener inverser Agonist würde also deutlicher zur Ausprägung kommen und die Entstehung von Toleranz und Entzugssymptomen erklären. Allerdings konnte bis heute kein inverser Agonist nachgewiesen werden.

Bei den sogenannten „Non-Benzodiazepin-Hypnotika“ oder „Z-Substanzen“ wie z.B. Zopiclon, Zolpidem oder Zaleplon handelt es sich um Zyklopyrrolone, die nicht zur Stoffklasse der Benzodiazepine gehören. Sie entfalten ihre Wirkung aber über eine Interaktion mit dem GABA-A-Benzodiazepin-Rezeptor und verdrängen Benzodiazepine aus ihrer Bindung (Benkert 1996). In ihren Wirkungen und Nebenwirkungen – inklusive der Entwicklung von Toleranz, Missbrauch und Abhängigkeit – sind die Z-Substanzen den Benzodiazepinen vergleichbar (Holzbach 2010).

#### 1.4. Anwendungsgebiete

In der klinischen Praxis sind Benzodiazepine in erster Linie zur Überwindung akuter psychiatrischer Krankheitszustände geeignet. Obwohl auch hier nicht leitlinienkonforme Verordnungsweisen feststellbar sind, hat der oftmals sehr weit gefasste Indikationsbereich außerhalb primär psychiatrischer Fragestellung bzw. die Verordnung durch Nicht-Psychiater zur erheblichen Kritik an diesen Medikamenten beigetragen (Poser 1987; Micheline et al. 1996).

Zunächst besitzen Benzodiazepine zahlreiche ausgesprochen günstige Eigenschaften: Es handelt sich um sehr wirksame Pharmaka, ihr Effekt tritt sicher ein, die Dosis ist (bei Kenntnis und Berücksichtigung der Halbwertszeiten) gut bestimm- und steuerbar. Aufgrund ihrer großen therapeutischen Breite sind Benzodiazepine nicht suizidtauglich, i.e. durch orale Aufnahme nur von Benzodiazepinen ist die Vollendung einer Selbsttötungsabsicht nahezu ausgeschlossen (Hollweg, Soyka 1996); auch nach jahrzehntelangem Konsum von Benzodiazepinen konnte keine spezifische Organtoxizität festgestellt werden (Haefley 1983). Benzodiazepine sind sehr gut verträglich, es existiert kaum eine körperliche Erkrankungen, die eine Kontraindikation

für die Einnahme von Benzodiazepinen darstellt, und wesentliche Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten sind praktisch nicht zu erwarten (Schütz 1982).

Besonders prägnant zeigt der „Kreuzspinnenversuch“ die Überlegenheit von Benzodiazepinen gegenüber anderen Beruhigungsmitteln z.B. Neuroleptika: Normalerweise knüpfen Kreuzspinnen radartige Netze. Nach Konsum von Chlorpromazin ist die Spinne so beeinträchtigt, dass nur noch lückenhafte Netzstrukturen gelingen. Nach Gabe von Chlordiazepoxid arbeitet die Spinne „gelassener“, aber geometrisch exakt (Schütz 2012).

Außerhalb der Psychiatrie werden Benzodiazepine zum Beispiel in der Neurologie und Orthopädie als Muskelrelaxantien eingesetzt. Auch finden sie Verwendung als Antiepileptika. In der Anästhesie werden diese Substanzen als Kurzanästhetika gebraucht (Benkert 1996). Darüber hinaus erfolgt ihre Rezeptur aber auch durch Internisten, Gynäkologen und sehr häufig durch hausärztlich tätige Ärzte (Holzbach et al. 2010).

In der Psychiatrie werden Benzodiazepine erfolgreich gegen alle Arten von Angst-, Unruhe- und Spannungszuständen eingesetzt, unabhängig von deren ursächlicher Verwurzelung. Grundsätzlich sollte diese Medikation aber lediglich als Begleittherapie zur Überwindung schwerer akuter Krisensituationen bzw. zur Überbrückung schwieriger Behandlungsabschnitte bis zum Eintritt der Wirkung des zusätzlich verordneten, kausaler wirksamen Medikaments erfolgen (Birkenhäger et al. 1995).

Benzodiazepine haben eine Indikation in der Behandlung von Panikstörungen und generalisierten Angststörungen (Spiegel 1997). Neben dem Einsatz als Notfallmedikament werden sie hier auch flankierend zu einer Psychotherapie verordnet (AWMF-Register 028/022). Dabei muss aber gerade bezüglich dieser Erkrankungen die der Verordnung von Benzodiazepinen immanente Gefahr betont werden, einer Abhängigkeitsentwicklung Vorschub zu leisten und letztlich die Durchführung einer erfolgreichen Psychotherapie zu verhindern: Gerade weil Benzodiazepine so gut anxiolytisch wirksam sind, kupieren sie Ängste und Panik prompt und zuverlässig, so dass die Patienten spontan Entlastung empfinden und im ungünstigen Fall kaum noch Motivation haben, ein anstrengendes Konfrontationstraining durchzuführen (Spiegel et al. 1997). Die Auseinandersetzung mit der Erkrankung scheint aufgrund der raschen und zuverlässigen medikamentösen Hilfe weder notwendig noch lohnenswert,

und es besteht die Gefahr, dass der Patient die Psychotherapie abbricht und die Tabletten weiter konsumiert – intensive Aufklärung und ein optimales Timing sind hier unbedingt notwendig. Außerdem wird häufig angeführt, dass gerade die anxiolytische Wirkung betreffend eine rasche Toleranzentwicklung zu erwarten ist (Klein 2002).

Bei depressiven Patienten werden Benzodiazepine zur Abwendung einer akuten Gefährdung *quoad vitam* infolge schwer zu überwindender Suizidalität oder aber zur Bekämpfung schwerer Krankheitssymptome bis zum Eintreten der Wirkung des Antidepressivums und nicht ausreichender Sedierung durch dieses eingesetzt (Smith et al. 1998). Auch hier sollte die Verordnung von Benzodiazepinen einen engen, definierten Zeitraum umfassen (Laakmann et al. 1996; AWMF-Register nvl-005).

Im Rahmen schizophrener Erkrankungen auftretende Spannungs- und Unruhezustände können in Ausnahmefällen und wiederum für eine nur kurze Zeitspanne mit Benzodiazepinen behoben werden (AWMF-Register 038/009k).

Bei Schlafstörungen ist der Einsatz von Benzodiazepinen in der Regel nicht zu empfehlen. Auch hier kann aber ein umschriebener krisenhafter Zeitraum mit Hilfe dieser Medikamente überbrückt werden. Die Empfehlungen beziehen sich in jedem Fall auf eine kurzzeitige Verordnung von Benzodiazepinen bzw. Non-Benzodiazepin-Hypnotika (Pallenbach 2006).

### 1.5. Nebenwirkungen, Langzeiteffekte

Vor dem Hintergrund der guten und scheinbar problemlosen Wirksamkeit der Benzodiazepine werden deren – zum Teil erheblichen – unerwünschten Wirkungen oftmals vernachlässigt. Am ehesten Berücksichtigung finden noch die akut auftretenden Komplikationen, da diese sofort erlebt, beklagt und ggf. auch behandelt werden (müssen). Bezüglich der Folgen einer längerfristigen Benzodiazepin-Einnahme ist im Wesentlichen die Hochdosis-Abhängigkeitsentwicklung bekannt. Bleibt diese (wie bei der *low-dose-dependence*) hinter einer immer gleich niedrigen Dosierung verschleiert, werden fast regelhaft auch die langsam einsetzenden Benzodiazepin-*verursachten* Gesundheitsstörungen nicht auf diese attribuiert oder gar völlig übersehen (Gorenstein et al. 1995).

Zu den akuten Nebenwirkungen von Benzodiazepinen gehören: Müdigkeit, Schläfrigkeit, Konzentrationsstörungen, verminderte Aufmerksamkeit. Die Reaktionszeiten

erhöhen sich. Die Fahrtauglichkeit kann somit aufgehoben sein. Aufgrund der Muskelrelaxierung kann es zu Stürzen kommen, was besonders im Rahmen der Gerontopsychiatrie zu gefürchteten Verletzungen beiträgt und hier, aber auch sonst speziell bei der Verordnung von lang wirksamen Substanzen berücksichtigt werden muss (Hollweg, Soyka 1996).

Bei Einnahme in Verbindung mit Alkohol oder aber nach intravenöser Gabe kann es zu anterograden Amnesien und orientierten Dämmerzuständen kommen. Überhaupt muss die intravenöse Applikation von Benzodiazepinen vorsichtig und vor allem langsam erfolgen, da ansonsten (insbesondere beim Clonazepam) vorübergehende Atemdepression bis hin zum Atemstillstand, Blutdruckabfall und sogar Herzstillstand drohen (Benkert, Hippus 1996).

Zu den bei längerfristigem Konsum auftretenden Benzodiazepin-Effekten gehören: z.T. ausgeprägte kognitive Störungen mit Einschränkungen von Konzentrations- und Merkfähigkeit (Tata et al. 1994), zunehmende Apathie und Gleichgültigkeit, Depressivität und dysphorische Verstimmungen (Michellini et al. 1996), muskuläre Schwäche mit Neigung zum Stürzen oder Stolpern, Energielosigkeit sowie die Entwicklung eines manifesten Abhängigkeitssyndroms mit Toleranzentwicklung, Dosissteigerung, Einengung auf die Droge und schließlich deren Beschaffung auf illegalen Wegen (Gorenstein et al. 1995; Laux 1989).

Eine wesentlich Rolle spielen hier aber auch sogenannte paradoxe Phänomene: Durch die Einnahme der Substanz treten die gleichen Symptome auf, gegen die sie ursprünglich genommen wurde. So werden Benzodiazepin-bedingte Zustände von Überempfindsamkeit, Erregung, Gefühlsschwankungen, Angst und Schlaflosigkeit oft als Wiederauftreten der Grunderkrankung fehlinterpretiert und mit einer Dosissteigerung beantwortet (Higgitt et al. 1988; Holzbach 2009). Aus dem so initiierten *circulus vitiosus* gibt es dann oftmals ohne suchtmedizinische Unterstützung keinen Ausweg mehr. Außerdem können die Patienten durch die zunehmenden kognitiven Defizite und die sich einstellende Apathie immer schwieriger zu einer Therapie motiviert werden.

Trotz der schwerwiegenden Beeinträchtigungen, die im Zuge einer Langzeiteinnahme von Benzodiazepinen zu erwarten sind (Tata et al. 1994), erfolgt immer wieder deren Verordnung weit über die empfohlenen Zeiträume hinaus. Dabei wird oft mit der anders nicht beherrschbaren Grundstörung argumentiert.

Die Langzeitverordnung von Benzodiazepinen ist nur in wenigen Fällen empfohlen, aber auch dann – aufgrund der zu erwartenden Einschränkungen für das persönliche Erleben, die körperliche Gesundheit und die Lebenszufriedenheit der Patienten – mit großer Skepsis zu betrachten (Michelini et al. 1996).

Für die meisten Formen der Angsterkrankungen wird von einer längerfristigen Benzodiazepin-Gabe abgeraten, zumal im Rahmen der Behandlung dieser Störungen pharmakologische, behaviorale und psychotherapeutische Effekte, die unter anderem auch durch die Verordnung von Tranquilizern hervorgerufen werden, interagieren (Higgitt et al. 1988) und für die anxiolytische Wirkung der Benzodiazepine eine rasche Toleranzentwicklung beschrieben ist (Klein 2002). In Kombination mit einer kognitiven Therapie wird die bedarfsweise Verordnung von Benzodiazepinen bei chronischen Angsterkrankungen empfohlen (Pollack, Allgulander, Bandelow 2003), wobei hier die oben beschriebenen Einwände in vollem Umfang zur Geltung kommen (Spiegel 1997).

Sowohl für das Einsatzgebiet der Depressionen (Poser, Böning, Holzbach et al. 2006) als auch bei Vorliegen von Schlafstörungen (Nowell, Mazumdar, Buysse et al. 1997) wird – unabhängig von der Schwere der Störung, dem Ausmaß einer eventuellen Komorbidität oder dem Zeitraum eines ggf. vorbestehenden Konsums – grundsätzlich zu einer zeitlich befristeten Benzodiazepin-Gabe geraten (AWMF-Register nvl-005).

Die Termini Toleranz, Reboundphänomen, physiologische und psychische Abhängigkeit sowie Suchtverhalten werden im Zusammenhang mit den Folgen einer Langzeiteinnahme von Benzodiazepinen und sogenannten Z-Substanzen wie folgt definiert (Ladewig 1990; Lader 1987):

1. Unter Toleranz versteht man die veränderte Stoffwechsellage, in die ein Organismus bei Gewöhnung an einen Suchtstoff gerät und die zu körperlicher Abhängigkeit führt (Peters 1990). Die zu Beginn einer Medikation zu beobachtende Wirkung lässt im weiteren Verlauf der Behandlung nach. Die Ursachen für die Entwicklung einer Benzodiazepin-Toleranz sind bisher unzureichend erklärt (Heafely 1986; Herberlein et al. 2009).
2. Reboundphänomene treten nach abruptem Absetzen einer kurz- oder längerfristigen Medikamenteneinnahme auf. Sie sind gekennzeichnet durch ein Wie-

derauftreten der ursprünglichen Krankheitssymptome. Diese Symptome sind dabei ausgeprägter als vor Beginn der Behandlung. Das Auftreten eines Rebounds wird durch gegenregulatorische Prozesse erklärt, die geeignet sind, eine Homöostase wiederherzustellen.

3. Die körperliche Abhängigkeit ist durch das Auftreten von Entzugssymptomen gekennzeichnet. Je abrupter das Benzodiazepin abgesetzt wird, desto deutlicher treten Entzugsphänomene auf. Diese bestehen zum einen in psychischen Auffälligkeiten wie Angst, Unruhe, Schlafstörungen und Dysphorie, zum anderen in körperlichen Angstäquivalenten wie Zittern, Schwitzen, Palpitationen und Schwindel sowie in Wahrnehmungsstörungen wie Überempfindlichkeit auf Sinnesreize, Schmerzen, Depersonalisation oder Geschmacksstörungen (Lader 1987).
4. Psychische Abhängigkeit liegt vor, wenn der Betroffene dem subjektiven Eindruck unterliegt, ohne die Substanz den erwünschten seelischen Zustand nicht mehr erreichen zu können. Ihre Entwicklung wird vor allem Lernerfahrungen zugeschrieben (Ladewig 1990).
5. Von Suchtverhalten spricht man, wenn im Bezug auf den Zeitpunkt der Einnahme und die konsumierte Menge einer psychoaktiven Substanz Steuerungs- und Kontrollverlust vorliegen (Ladewig 1990).

Neben der Entwicklung eines manifesten Abhängigkeitssyndroms mit Dosissteigerung und Einengung auf das Suchtmittel wird bei Benzodiazepinen und Non-Benzodiazepin-Hypnotika eine sogenannte „low-dose-dependence“ beschrieben. Hierunter versteht man die Entwicklung einer vornehmlich körperlichen Abhängigkeit ohne gleichzeitige eigentliche Toleranzentwicklung. Viele der mit Benzodiazepinen behandelten Patienten werden zu Dauereinnehmern, ohne dabei die therapeutisch empfohlene Dosis zu überschreiten. Diese Dosis kann aber nicht abgesetzt werden, weil sonst Entzugserscheinungen auftreten: der sogenannte „therapeutic-dose withdrawal“ (Böning, Schrappe 1984). Diese Patienten fallen in der Regel nicht auf und scheinen durch den Konsum nicht gefährdet, da ein suchtspezifisches Verhalten fehlt. Dennoch konnten verschiedene Autoren auch bei diesen Patienten z.T. irreversible Folgeschäden der Langzeit-Benzodiazepin-Einnahme feststellen: So werden und bleiben beispielsweise die motorische Geschwindigkeit, die Koordination

und die verbale Erinnerungsfähigkeit nachhaltig gestört (Gorenstein et al. 1995). Bei Niedrigdosisabhängigen findet sich eine signifikante Vergrößerung der Hirnventrikel, diese ist bei Hochdosisabhängigen noch ausgeprägter. Die äußeren Liquorräume vergrößern sich in Abhängigkeit von der Dauer der Benzodiazepin-Einnahme (nicht der Dosis) (Schmauss et al. 1987).

Während die Folgen der Hochdosisabhängigkeitserkrankung in der Regel für den Patienten und sein Umfeld deutlich wahrnehmbar und mit direkten Konsequenzen für die Lebensführung des Patienten behaftet sind, treten die aufgrund einer low-dose-dependence sich einstellenden Störungen langsam auf, werden weniger dramatisch wahrgenommen und somit von therapeutischer und Patientenseite oftmals unterschätzt und nicht ursächlich der Langzeiteinnahme zugeordnet.

Ob und in welchen Fällen sich aus einer Niedrigdosis-Abhängigkeit ein manifestes Abhängigkeitssyndrom entwickelt, ist wenig beforscht. Einige Autoren beschreiben ein „drug-seeking“ oder „craving“ auch für Patienten, die längerfristig unter einer niedrigdosierten Benzodiazepin-Medikation stehen und fordern daher auch die „low-dose-dependence“ als echte Form der Abhängigkeit anzuerkennen (Linden et al. 1998; Sieb et al. 1995).

Holzbach (2009) geht in seinen Überlegungen noch einen Schritt weiter, indem er den Weg von der low-dose-dependence zur manifesten Suchterkrankung als ein Kontinuum mit unterschiedlicher Symptomatik auf gleicher physiologischer Basis beschreibt. Diesen Überlegungen folgend beschreibt er drei Phasen der Benzodiazepin-Abhängigkeit:

1. Die Phase der Wirkumkehr

Sie ist gekennzeichnet durch das Auftreten relativer Entzugserscheinungen ohne Dosissteigerung und entspricht zusammen mit der Apathie-Phase der sogenannten low-dose-dependence. Aufgrund einer Toleranzentwicklung bei fehlender Dosissteigerung kommt es laut Holzbach zur relativen Unterdosierung mit Auftreten entsprechender Entzugserscheinungen.

## 2. Die Phase der Apathie

Die Apathie-Phase entwickelt sich aus der Phase der Wirkumkehr heraus und wird charakterisiert durch eine moderate Dosissteigerung und resultierende psychophysische Symptome (kognitiv-mnestische Defizite, fehlende körperliche Energie und emotionale Indifferenz).

## 3. Die Sucht-Phase

In der Sucht-Phase kommt es zur deutlichen Dosissteigerung, der Patient benötigt zusätzliche Beschaffungsquellen, es kommt zu Kontrollverlust und Intoxikation. Die Droge wird zunehmend zum Lebensmittelpunkt.

Näheres hierzu im Kapitel 1.6.2.

## 1.6. Abhängigkeitsentwicklung

### 1.6.1. Allgemein

Aktuell gibt es wenige Untersuchungen zu der Frage, in welchen Fällen die therapeutische Gabe von Benzodiazepinen eine überdauernde Einnahme dieser Medikamente verursacht. In einer Studie betrachteten Holzbach et al. (Holzbach 2008), inwiefern eine Langzeiteinnahme von Benzodiazepinen durch deren Verordnung bei in vollstationärer Behandlung befindlichen depressiven Patienten induziert wurde. Im Ergebnis wurde gefunden, dass Benzodiazepine vor der Entlassung aus der Klinik abgesetzt werden sollten, um eine Abhängigkeitsentwicklung zu verhindern, wenngleich die Langzeitkonsumenten in der Regel Patienten waren, die bereits vor ihrer Hospitalisierung Benzodiazepine einnahmen. Zwischen dem Risiko für eine Entwicklung von Missbrauch oder aber Abhängigkeit konnte nicht differenziert werden, wobei nur eine geringe Gefahr für das Induzieren einer Hochdosisabhängigkeit zu bestehen scheint.

Das Risiko der Entwicklung einer Substanzabhängigkeit hängt grundsätzlich von verschiedenen Faktoren ab und wird mit dem sogenannten Suchtdreieck (Suchtdreieck von Kielholz & Ladewig 1973) prägnant beschrieben: die Suchtentstehung wird durch gesellschaftliche, persönlichkeitsimmanente und substanzspezifische Faktoren beeinflusst.

Innerhalb der Benzodiazepine scheinen einzelne Substanzen mit einem besonders hohen Risiko behaftet, eine Abhängigkeitsentwicklung auszulösen. Dieses Risiko entsteht nicht durch die spezifische intrinsische Wirkung der Substanz am Benzodiazepin-Rezeptor; diese ist bei allen Benzodiazepinen gleich (Haefely 1983). Unterschiede im Abhängigkeitspotential ergeben sich wahrscheinlich vielmehr durch pharmakokinetische Eigenschaften, wie Resorptionsgeschwindigkeit, Rezeptoraffinität und Halbwertszeit der Substanz (Müller 1990). Die hierzu formulierten Hypothesen sprechen dafür, dass das Suchtpotential umso höher ist, je deutlicher und kurzfristiger die erwünschte Wirkung eintritt.

Interessant ist auch die Frage nach den psychologischen Faktoren, die zur Aufrechterhaltung des süchtigen Verhaltens beitragen.

Implizit die fortgesetzte Einnahme und Verordnung begründende „Mythen“ über Benzodiazepine (auf Seiten der Betroffenen und der Therapeuten) sind vielfältig (Holzbach 2006). So werden falsche Heils- und Hilfserwartungen mit der Langzeitgabe von Benzodiazepinen verknüpft. Die Niedrigdosisabhängigkeit wird nicht als solche bewertet und deren Konsequenzen nicht erkannt. Viele fürchten die Komplikationen einer Entzugsbehandlung und erwarten hiervon keine Verbesserung des Befindens. Außerdem wird der Effekt des Benzodiazepins auf eine eventuell vorliegende psychiatrische Grunderkrankung bisweilen falsch eingeschätzt und bei Absetzen ein massives Rezidiv befürchtet. Besonders fatal wirken sich in diesem Zusammenhang sicher die negativen Konsequenzen der Langzeitmedikation mit Benzodiazepinen aus, die einen aktiven Ausstieg durch Adynamie und kognitive Einschränkungen erschweren.

Gerade infolge der low-dose-dependence entstehen für den Patienten erheblich gesundheitliche Konsequenzen, die leider wenig publik sind und daher vielfach übersehen werden (Holzbach 2006).

Forschung und Information auf dem Sektor der Medikamentenabhängigkeit tun somit dringend Not. Obgleich verschiedenen Studien zufolge die Verordnungszahlen für Benzodiazepine zulasten der gesetzlichen Krankenkassen in den letzten 15 Jahren rückläufig sind, lässt sich parallel hierzu eine erhebliche Zunahme der Verschreibungen dieser Medikamente auf „alternativem“ Weg, nämlich durch die Verwendung von Privatrezepten nachweisen (Hoffmann et al. 2006). Insgesamt kam es zu einer Zunahme der Betroffenen von 800.000 Medikamentenabhängigen in Deutschland im Jahr 1994 (Glaeske 1995) auf 1,4 -1,5 Millionen Medikamentenabhängige im Jahr 2004 (Jahrbuch Sucht 2012).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die längerfristige Einnahme von Benzodiazepinen nicht nur nicht zielführend ist, die Grunderkrankung hierdurch nur vorübergehend unterdrückt wird, vielmehr schadet der Langzeitkonsum dem Individuum, generiert er doch erhebliche seelische und körperliche Folgeerscheinungen. Auf diese Weise werden weder die Folgen der unbehandelten Grunderkrankung verhindert, noch die Lebenstauglichkeit des Betroffenen dauerhaft erhöht. Aufgrund der Langzeit-Benzodiazepin-Einnahme entstehen zusätzliche Erkrankungen und Gesundheitsstörungen mit entsprechenden Konsequenzen für die Inanspruchnahme zusätzlicher diagnostischer und therapeutischer Bemühungen, Leistungen der Krankenkasse und des Sozialamtes.

#### 1.6.2. Drei-Phasen-Modell der Benzodiazepin-Langzeiteinnahme

Im Laufe jahrzehntelanger klinischer Beobachtungen entwickelte Dr. Rüdiger Holzbach das 3 Phasen-Modell der Benzodiazepin-Langzeiteinnahme. In Abhängigkeit von der konsumierten Benzodiazepin-Dosis beschreibt er dabei klinische Syndrome, die er mit spezifischen Einflüssen der konsumierten Substanzmenge in Verbindung bringt.

So unterscheidet er die Phasen der Wirkumkehr, der Apathie und der Sucht (Holzbach 2010):

##### Phase 1: Langzeitkonsum ohne Dosissteigerung; „Wirkumkehr“

Die Patienten konsumieren eine konstante Menge des Benzodiazepins. Die Substanz wird also regelmäßig konsumiert, so dass eine Gewöhnung eintritt. Dieser Entwicklung wird dann nicht durch Dosiserhöhung begegnet. In der Folge kommt es zur relativen Unterdosierung, die wiederum Entzugserscheinungen verursacht. Das resultierende Symptombild sei laut Holzbach gekennzeichnet durch die typische Trias:

- Verstärkung der Symptome der psychischen Grunderkrankung (nach freiem Intervall),
- Stimmungslabilität und
- gestörtes Körpergefühl. Zusätzlich träten häufig
- Ängste,
- Schlafstörungen und
- Dysphorie auf.

## Phase 2: Moderate Dosissteigerung; Apathie-Phase

Die Patienten steigern die Dosis auf etwa 2 - 3 Tabletten pro Tag, wodurch die Benzodiazepin-Wirkung verstärkt wird und im Verlauf zusätzlich Langzeitnebenwirkungen auftreten. Diese Phase sei durch folgende typische Trias und fakultative akzessorische Symptome geprägt:

- abgeschwächtes Gefühlserleben
- Vergesslichkeit und geistige Leistungsminderung
- gestörtes Körpergefühl / verminderte körperliche Energie sowie

fakultativ akzessorisch:

- verminderte Fähigkeit zur Selbstkritik
- Überforderung in / Vermeiden von neuen / belastenden Situationen
- gereizte Verstimmungszustände
- Konfliktvermeidung
- muskuläre Schwäche, ggf. mit Reflexverlust (Sturzgefahr!)
- Appetitlosigkeit
- Vermeidung des Themas Tabletten / heimliche Einnahme

## Phase 3: Deutliche Dosissteigerung; Sucht-Phase

Die konsumierte Substanzmenge steigert sich deutlich. Die Droge wird immer mehr zum zentralen lebensbestimmenden Element. Holzbach beschreibt folgende charakteristische Trias:

- zusätzliche Beschaffungsquellen (z.B. mehrere Ärzte, Internet)
- Kontrollverlust / Intoxikationszeichen
- Abstumpfung und fehlende Selbstkritik

Die ICD10 Kriterien der Abhängigkeit seien erfüllt (Dilling et al 2000):

1. Ein starker Wunsch oder eine Art Zwang, psychotrope Substanzen zu konsumieren.
2. Verminderte Kontrollfähigkeit bezüglich des Beginns, der Beendigung und der Menge des Konsums.
3. Ein körperliches Entzugssyndrom bei Beendigung oder Reduktion des Konsums, nachgewiesen durch die substanzspezifischen Entzugssymptome oder durch die Aufnahme der gleichen oder einer nahe verwandten Substanz, um Entzugssymptome zu mildern oder zu vermeiden.

4. Nachweis einer Toleranz. Um die ursprünglich durch niedrigere Dosen erreichte Wirkung der psychotropen Substanz hervorzurufen, sind zunehmend höhere Dosen erforderlich.
5. Fortschreitende Vernachlässigung anderer Vergnügen oder Interessen zugunsten des Substanzkonsums, erhöhter Zeitaufwand, um die Substanz zu beschaffen, zu konsumieren oder sich von den Folgen zu erholen.
6. Anhaltender Substanzkonsum trotz Nachweis eindeutiger schädlicher Folgen, wie z.B. Leberschäden durch exzessives Trinken, depressive Verstimmungen infolge starken Substanzkonsums oder drogenbedingte Verschlechterung kognitiver Funktionen. Es soll dabei festgestellt werden, dass der Konsument sich tatsächlich über Art und Ausmaß der schädlichen Folgen im Klaren war oder dass zumindest davon auszugehen ist.

#### 1.7. Benzodiazepin-Entzug – Symptome und Verlauf

Seit Einführung der Benzodiazepine in den 1960er Jahren werden Entzugssymptome bei deren Absetzen beschrieben (Hollister et al. 1961). Das tatsächliche Risiko einer Abhängigkeitsentwicklung erkannte man aber in der Breite erst im Laufe der 1980er Jahre (Winokur et al. 1980). In der Folge wurde begonnen, auftretende Entzugssymptome zu beschreiben, zu sammeln und zu klassifizieren. Verschiedene Skalen zur Feststellung und Bewertung der Auftretenden Beschwerden und Auffälligkeiten wurden entwickelt (Couvée et al. 2002).

Dabei werden je nach Dosierung, Dauer der Einnahme und Art des Benzodiazepins verschiedene Akzentuierungen der klinisch auftretenden Entzugssymptome beschrieben (Böning et al. 1984; Rickels et al. 1990): Nach einer Phase von 7 - 12 Abstinenztagen, die ohne nach außen feststellbare Veränderung verlaufen, können Delirien oder auch Krampfanfälle beobachtet werden (insbesondere bei Benzodiazepinen mit einer längeren Halbwertszeit).

Je angstlösender das zuvor eingenommene Benzodiazepin wirkt, desto mehr stehen Angstphänomene bis hin zu psychotischen Verkennungen im Vordergrund des Krankheitsbildes.

Auch bei Patienten mit einer sogenannten low-dose-dependence können im Verlauf des Entzuges Ängste, (Kopf)Schmerzen, Schlaflosigkeit, Anspannung, Schwitzen,

Konzentrationsstörungen, Zittern, Missempfindungen und auch Müdigkeit als Hauptsymptome des Entzuges beobachtet werden. Typischerweise zeigen die Symptome sofort nach Absetzen von Placebo ihre maximale Ausprägung, während sie nach Unterbrechen der Einnahme von Benzodiazepinen während der ersten Wochen an Schwere zunehmen (Busto et al. 1986).

Die Ausgestaltung und subjektiv erlebte Schwere der Entzugserscheinungen ist dabei durch Charaktereigenschaften des Betroffenen mitbedingt. So prophezeien ein hohes Maß an Passivität und abhängigem Verhalten ebenso wie hohe Werte für Neurotizismus (Rüesch P., Hättenschwiler J. 2001) und Vermeidungsverhalten schwerere Verlaufsformen (Schweizer et al. 1998).

Hallstorm et al. (1981) fanden in ihrer Untersuchung keinen Unterschied der Entzugssymptome zwischen Patienten mit Hoch- bzw. Niedrigdosisabhängigkeit.

Schöpf (1981) berichtet unter dem langsamen Entzug einer jahrelang eingenommenen therapeutischen Dosis von Benzodiazepinen anhand von Kasuistiken über Störungen der sensorischen Perzeption sowie Depersonalisations- und Derealisationsphänomenen, verbunden mit einer Mischung aus Aufmerksamkeits-, Konzentrations- und Antriebsstörungen.

Im Einzelnen werden folgende Symptome als typisch für den Benzodiazepin-Entzug beschrieben (Benzodiazepine Withdrawal Questionnaire, Couvée et al. 2002):

1. Derealisationserleben
2. Geräuschempfindlichkeit
3. Lichtempfindlichkeit
4. Geruchsempfindlichkeit
5. Berührungsempfindlichkeit
6. komischer Geschmack im Mund
7. Muskelschmerzen
8. Muskelzuckungen
9. Beben oder Zittern
10. Stechen und Missempfindungen in Händen und Füßen
11. Benommenheit
12. Ohnmachtsgefühl

13. Krankheitsgefühl
14. Depressivität
15. Augenbrennen
16. Gefühl, dass Gegenstände sich bewegen obwohl sie still stehen
17. optische und akustische Halluzinationen
18. Unfähigkeit, Bewegungen zu kontrollieren
19. Gedächtnisverlust
20. Appetitverlust

Mehrfach wurde der Versuch unternommen, mittels speziell entwickelter Fragebögen nicht nur den Verlauf eines Medikamentenentzuges zu beschreiben, sondern auch das Vorliegen des Entzuges selbst diagnostizieren und zu erwartende Entzugskomplikationen vorhersagen zu können (Couvée et al. 2002).

Die Testungen zeigen sich in der Regel bezüglich der Reliabilität (Zuverlässigkeit) und Objektivität (Unabhängigkeit vom Untersucher) unproblematisch. Eine ausreichende Validität (der Test misst, was er zu messen vorgibt), um mit Hilfe von Symptomchecklisten eine sichere Diagnose stellen zu können, wird bisher nicht erreicht (Couvée et al. 2002; Busto et al. 1989). Aufgrund sich stark überschneidender Symptomspektren gelingt vor allem die Differentialdiagnose zu psychiatrischen Erkrankungen und hier insbesondere zu Depressionen und Angsterkrankungen nicht sicher, während prognostische Angaben in limitiertem Rahmen möglich sind (Couvée et al. 2002).

In dem von ihm entwickelten „Lippstädter BenzoCheck“, der im Rahmen dieser Studie erstmals wissenschaftlich evaluiert wird, beschreitet Holzbach mittels eines kombinierten Vorgehens einen alternativen Weg: Befindlichkeitsfragen und objektivierbare, harte Daten werden parallel angesprochen und abgefragt. Möglicherweise gelingt mit dieser Checkliste eine sicherere Diagnostik, darüber hinaus könnte der Test im Sinne einer Selbsttestung Patienten die Augen für mögliche Nebenwirkungen bis hin zur Abhängigkeitsentwicklung öffnen.

## 1.8. Benzodiazepin-Entzug – Behandlung

Je nach Halbwertszeit des verwendeten Benzodiazepins treten 2-10 Tage nach dessen Absetzen Entzugssymptome auf, die in der Regel 5-15 Tage anhalten (Benkert et al. 2011).

Um die Schwere der Symptomatik abzumildern und in der Hoffnung, Komplikationen hierdurch verhindern zu können, erfolgt das therapeutische Absetzen der Benzodiazepine niemals abrupt. Das schrittweise Ausschleichen der Substanz verhindert das Auftreten von Entzugssymptomen dabei nicht, es verringert aber die Auftretenswahrscheinlichkeit von Krampfanfällen und mildert das Entzugssyndrom ab, wobei die Entzugsdauer durch das protrahierte Vorgehen verlängert wird und hiermit auch der Zeitraum, in dem die Patienten unter den Entzugssymptomen leiden (Rickels et al. 1990).

Die Herausforderung der Entzugsbehandlung besteht im Absetzen des Benzodiazepins unter gleichzeitiger Beherrschung der auftretenden Beschwerden, insbesondere der Angst (Ashton 1994).

Je kürzer die Halbwertszeit des zu entziehenden Medikaments und je stärker seine Wirkung, desto größer ist die Gefahr eines abrupt auftretenden und stark ausgeprägten Entzugssyndroms (Benkert et al. 2011). Das Umsetzen auf ein langwirksames Benzodiazepin, wie früher empfohlen wurde (Roy-Bryne et al. 1989), hat keinen nachweisbaren Vorteil (Benkert et al. 2011).

Um bei kurz wirksamen Mitteln starke Spiegelschwankungen, die als Entzug empfunden werden können, zu vermeiden und gleichzeitig die Kumulation eines lang wirksamen Benzodiazepins zu verhindern, empfiehlt Holzbach (Holzbach 2006) die Gabe einer Substanz ohne aktiven Metaboliten und mit mittlerer Halbwertszeit wie Oxazepam, wobei die Gesamtdosis auf kleinere Einzelgaben über den Tag verteilt werden soll.

Unterschiedliche Autoren raten, den Medikamentenentzug über einen Zeitraum von durchschnittlich 6 Wochen durchzuführen (Ashton 1994; Benkert 2011; Rickels et al. 1990).

Verschiedene Absetzschemata (Ashton 1994; Benkert 2011) existieren, allen gemeinsam ist die Strategie, zunächst einen hohen Anteil (50%) des Benzodiazepins zu reduzieren und im Verlauf immer langsamer und vorsichtiger vorzugehen.

Der Medikamentenentzug wird in der Regel im vollstationären Setting durchgeführt. Um hierdurch entstehende Hürden für den Patienten zu verkleinern und Kosten zu reduzieren, entstanden auch Projekte zur ambulanten Entzugsbehandlung (Pallenbach 2006).

Zur Unterstützung der Therapie werden verschiedene Medikamente erfolgreich angewandt: So kommen u.a. Clonidin, Propranolol, Carbamazepin zur Bekämpfung körperlicher Erscheinungen zum Einsatz, auch die Behandlung mit Antidepressiva oder (niederpotenten) Neuroleptika ist erfolgversprechend (Ashton 1994; Roy-Bryne et al. 1993; Holzbach 2008). Der Stellenwert einer zusätzlichen Psychotherapie ist umstritten (Bonnet 2004).

Holzbach (2006) entwickelte das folgende, in den LWL-Kliniken Warstein und Lippstadt zur Anwendung kommende schematische Vorgehen:

Entsprechend der von ihm erarbeiteten Äquivalenztabelle erfolgt zu Therapiebeginn ein Umsetzen der Medikation auf Oxazepam.

Patienten mit einer Hochdosis-Abhängigkeit (über 20mg Diazepam-Äquivalent bzw. 60mg Oxazepam-Äquivalent) erhalten zusätzlich Valproinsäure (3-4 x 300mg/d, „loading dose“)

Bei Hochdosis-Abhängigen über 100mg Oxazepam werden 50mg des Tranquillizers täglich reduziert, unter 100mg 30mg alle 2 Tage, unter 40mg 10mg alle zwei Tage und ab 20mg 5mg zweitäglich.

Bei Niedrigdosis-Abhängigen wird zunächst reduziert auf 50mg Oxazepam, dann wird die Dosis alle zwei Tage um 5mg verringert.

Insgesamt ist es kaum möglich, das Ende der Entzugsbehandlung exakt zu definieren. Viele Patienten haben noch über Wochen Schwierigkeiten, mit einer veränderten (Körper-)Wahrnehmung zurecht zu kommen bzw. leiden unter dem Wiederauftreten von Symptomen der ursprünglichen Krankheit (derentwegen das Medikament verordnet worden war), einige zeigen auch über Monate Entzugssymptome, obwohl kein Konsum mehr erfolgt (Holzbach 2006).

Der Besuch von Selbsthilfegruppen kann sowohl den Entzug unterstützen als auch die spätere Abstinenz fördern (Tattersaa et al. 1991).

Follow-up Untersuchungen ergeben unterschiedliche Resultate die Langzeit-Abstinenz nach einer Benzodiazepin-Entzugsbehandlung betreffend (Rickels et al. 1991; Holm 1990; Bergmann et al. 1989).

Ein hohes Rückfallrisiko korreliert mit weiblichem Geschlecht, Single-Dasein, täglichem Gebrauch und hoher Ausgangsdosis (Holm 1990).

Umgekehrt werden bessere Ergebnisse bei jüngeren Patienten, geringer Entzugssymptomatik und geringerer Persönlichkeitsstörung gefunden (Holton et al. 1992).

Nach einer Benzodiazepin-Entzugsbehandlung fanden Bergman et al. (Bergman et al. 1989) das Befinden der Patienten grundsätzlich gebessert, neuropsychologische Einschränkungen aber blieben auch bei fortgesetzter Abstinenz bestehen.

#### 1.9. Zielsetzung

Die vorliegenden Zahlen bezüglich der Entwicklung der Benzodiazepin-Abhängigkeit sind alarmierend, umso mehr nimmt es Wunder, wie wenig Aufmerksamkeit dieser Problematik bisher in der Öffentlichkeit und der Fachpresse zuteil wurde. Folgerichtig wurde 2006 die „Medikamentenabhängigkeit“ (Initiative Nachrichtenaufklärung, INA) zum am meisten vernachlässigten Medienthema gewählt.

Es ist anzunehmen, dass über einen längeren Zeitraum mit Benzodiazepinen und Non-Benzodiazepin-Hypnotika behandelte Menschen nahezu ausnahmslos bezüglich ihres subjektiven Erlebens, aber auch ihrer beruflichen und sozialen Leistungsfähigkeit von einem Ausschleichen dieser Medikamente profitieren. Untersuchungen hierzu finden sich allerdings kaum, so dass eine gezielte Betrachtung dieser Thematik im Rahmen einer umfangreichen Studie zweckmäßig erscheint.

Es bleibt festzustellen, dass in den vergangenen Jahren sehr interessante und zum Teil wegweisende Grundlagenforschungen im Bereich der Benzodiazepin-Abhängigkeit durchgeführt wurden. Diese fanden aber bisher keinen Bezug zur Praxis, und wesentliche Fragestellungen (etwa zur low-dose-dependence) blieben außer Acht.

Relevante Beobachtungen wurden nicht auf ihre klinische Relevanz und therapeutische Bedeutung hin untersucht (Holzbach 2004).

Diese Studie soll dazu beitragen, Benzodiazepin-Abhängige aus dem Dunkel der Nichtbeachtung zu holen, Interesse auf ihr Schicksal zu wenden, hilfreiche Behandlungs- und Diagnosestrategien sowie ein fundierteres, klinisches Konzept der Benzodiazepin-Abhängigkeit zu entwickeln.

Mit Holzbach (2004) muss festgestellt werden, dass, wenn Suchtkranke die vergessenen Kinder der Psychiatrie sind, Benzodiazepin-Abhängige als vergessene Kinder der Suchtmedizin gelten können. In Einklang mit seinen Studienergebnissen ist zu betonen, dass mehr Forschung auf dem Gebiet der Benzodiazepine eine notwendige Konsequenz der Verordnungsgewohnheiten sein sollte und sich im Interesse der Patienten auswirken wird.

Im Rahmen dieser Studie werden folgende Hypothesen überprüft:

1. Die Entwicklung der Benzodiazepin-Abhängigkeit zeigt einen phasenhaften Verlauf.
2. Die Phasen der Benzodiazepin-Abhängigkeit entsprechen den von Holzbach formulierten Abläufen.
3. Die Kenntnis über den phasenhaften Verlauf der Benzodiazepin-Abhängigkeit kann die Güte der Behandlung verbessern.
4. Die Phaseneinteilung der Benzodiazepin-Abhängigkeit beinhaltet wesentliche Implikationen zur Planung und Steuerung der Weiterbehandlung nach einem Medikamentenentzug.
5. Der BenzoCheck kann Selbsterkenntnis und Selbstdiagnose der Betroffenen verbessern und damit eine Therapiemotivation geben bzw. unterstützen.
6. Mit Hilfe des BenzoChecks können Langzeitkonsumenten (im Mindesten Patienten der Suchtphase) identifiziert werden.

## 2. Material und Methode

### 2.1. Teilnehmer

In die Studie aufgenommen wurden insgesamt 255 Patienten, die während des Untersuchungszeitraumes von 2008 bis 2010 in der LWL-Klinik Lippstadt stationär oder teilstationär behandelt wurden.

Die Klientel der abhängigkeitskranken Personen generierte sich dabei aus Patienten, die in der Station SL01 (qualifizierte Entzugsbehandlung) im vollstationären Rahmen von Benzodiazepinen bzw. Non-Benzodiazepin-Hypnotika entzogen wurden.

Zur Überprüfung von Sensitivität und Spezifität des Lippstädter BenzoChecks wurden als Kontrollgruppe 154 Patienten der Tagesklinik Lippstadt in die Studie aufgenommen. Eine dieser Patienten konsumierte aufgrund orthopädischer Probleme ein Benzodiazepin, sie wurde aus der Studie ausgeschlossen. Die teilnehmenden tagesklinischen Patienten bearbeiteten den Lippstädter BenzoCheck zum Zeitpunkt ihrer Aufnahme.

### 2.2. Testuntersuchungen

#### 2.2.1. Lippstädter BenzoCheck

Der Lippstädter BenzoCheck wurde von Dr. Rüdiger Holzbach entwickelt und soll eine Orientierung ermöglichen, ob und in welcher Stärke unerwünschte Benzodiazepin-Wirkungen bei einem Patienten feststellbar sind. Er dient dabei zunächst weniger als Diagnoseinstrument, sondern zunächst zur Förderung der Motivation von Betroffenen. Im Sinne einer kommunikativen Zirkularität fungieren die formulierten Fragen als Information über mögliche Nebenwirkungen von Benzodiazepinen im Laufe einer Langzeiteinnahme. Patienten, die entsprechende Symptome an sich entdecken, sind somit gezwungen, ihr Konsumverhalten kritisch zu reflektieren und die Notwendigkeit einer Entzugsbehandlung zu erwägen.

Der BenzoCheck entstand durch jahrelange klinische Beobachtung von Betroffenen sowie gezielte Befragung derselben.

Der Test fragt zwölf Items ab, die sich auf die von Dr. Holzbach beschriebenen Stadien der Benzodiazepin-Abhängigkeit beziehen und zielt somit auf körperlich-

neurologische und psychische Symptome sowie auf Phänomene im Umgang mit der Substanz. Er existiert in einer Version „für Patienten“ und einer solchen „für Ärzte“ als Selbst- bzw. Fremdbeurteilungsskala, wobei beide Skalen die gleichen Items abfragen.

Je nach Aussagekraft des untersuchten Items werden in sieben Fällen 0-4 (0,1,2,3,4) und in fünf Fällen 0-8 (0,2,4,6,8) Punkte vergeben, so dass insgesamt maximal 68 Punkte erreicht werden können.

Folgende, eher unspezifische Symptome erhalten je nach Ausprägungsstärke maximal vier Punkte:

- Erleben Sie eine Abschwächung Ihrer Gefühle bis hin zu einer depressiven Verstimmung?
- Schwanken Ihre Gefühle innerhalb eines Tages deutlich?
- Ist Ihre Konzentrations- und/oder Merkfähigkeit gestört?
- Fehlt Ihnen körperliche Energie?
- Nehmen Sie das Medikament aus anderen als den ursprünglichen Gründen und Anlässen (z.B. das Schlafmedikament tagsüber, wenn Sie gar nicht schlafen wollen)?
- Leiden Sie unter Schlafstörungen?
- Haben Sie Ängste?

Die im Folgenden aufgeführten, eher spezifischen Symptome werden mit bis zu 8 Punkten bewertet:

- Stolpern Sie ohne ersichtlichen Grund oder sind Sie gestürzt?
- 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?
- Nutzen Sie zusätzliche Quellen zur Beschaffung des Medikaments (z.B. andere Ärzte, Dritte, Internet,...) und/oder vermeiden Sie das Thema Medikamenteneinnahme und/oder nehmen Sie das Mittel heimlich ein und/oder bagatellisieren Sie die eingenommene Menge?
- Reagieren Sie überempfindlich auf Sinnesreize (z.B. blendet Licht, werden Geräusche rasch als Lärm empfunden)?
- Haben Sie die Dosis gesteigert, weil die Wirksamkeit des Medikaments nachgelassen hat?

Zur persönlichen Auswertung für den Patienten werden folgende Kriterien angegeben:

**0 - 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 - 24 Punkte:**

*Die Summe der Veränderungen kommt wahrscheinlich von der Einnahme der Benzodiazepine / Non-Benzodiazepine. Die Fortführung der Einnahme ist problematisch. Das Absetzen der Medikamente ist Ihnen anzuraten, 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 anzuraten. Sprechen Sie mit Ihrem Arzt. Setzen Sie nicht alleine und niemals schlagartig die Medikamente ab.*

Seine Gütekriterien als Messinstrument insbesondere zur Identifikation von Patienten der Suchtphase / Hochdosisabhängigen sollen im Rahmen dieser Studie überprüft werden.

### 2.2.2. Medikamenten-Bado

(Basisdokumentation Medikamentenabhängigkeit Aufnahme / Entlassung)

Die für diese Untersuchung entwickelte Basisdokumentation für Patienten mit Medikamentenabhängigkeit wurde bei der Aufnahme und bei der Entlassung des Patienten verwendet.

Sie bezieht sich in erster Linie auf Patienten mit einer Benzodiazepin-Abhängigkeit, erfasst aber auch weitere süchtig konsumierte Medikamente wie freiverkäufliche oder rezeptpflichtige Schmerzmittel.

Neben den Grundangaben zu Geschlecht, Alter, Familie, Schulbildung, beruflicher Situation werden Daten zur Suchtanamnese erhoben.

Es werden Anlass und Motivation für die aktuelle Kontaktaufnahme zur Klinik, Suchterkrankungen bei Verwandten oder im Freundeskreis abgefragt, ebenso wie psychiatrische Diagnosen, körperliche Erkrankungen mit Schmerzen, Zigaretten- bzw. Alkoholkonsum und die Einnahme von Antidepressiva und Neuroleptika.

Die Dokumentation berücksichtigt in erster Linie Benzodiazepine, die Art der konsumierten Substanz, Konsumgewohnheiten, die Beschaffung der Medikamente sowie die Entwicklung der Abhängigkeit mit Angaben über die konsumierte Menge, Toleranzentwicklung, Kontrollverlust und Wirkumkehr. Berücksichtigt werden auch bisherige Behandlungen und Behandlungsversuche.

Entsprechende Informationen können zu anderen süchtig konsumierten Medikamenten aufgenommen werden, wobei Mehrfachnennungen möglich und erwünscht sind.

Die „Basisdokumentation Medikamentenabhängigkeit Entlassung“ erfasst Angaben zur durchgeführten Therapie, der Schwere der Entzugssymptomatik, eingesetzten Medikamenten, Änderungen des psychischen und körperlichen Befundes sowie der sozialen Situation und der geplanten Weiterbehandlung.

### 2.2.3. Entzugsskala (Hamburger Benzodiazepin-Entzugsskala)

Die Hamburger Benzodiazepin-Entzugsskala, entwickelt von Dr. Rüdiger Holzbach, fragt typische körperliche und psychische Phänomene ab, die während eines Benzodiazepin-Entzugs auftreten können. Die Skala besteht aus 74 Items, für die ein Schweregrad von „überhaupt nicht“ über „ein wenig“, „ziemlich“ und „stark“ bis hin zu „sehr stark“ angegeben werden kann und bezieht sich auf die vorhergegangenen sieben Tage. Im Rahmen der 5er-Skalierung können je Item 0 (überhaupt nicht) bis 4 (sehr stark) Punkte erreicht werden; Maximalwert insgesamt: 296.

Darüber hinaus wird der Grad der globalen Beeinträchtigung durch die beschriebenen Symptome während der letzten sieben Tage in einer visuellen Analogskala abgebildet.

#### 2.2.4. SCL90-R (Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis)

Im Allgemeinen lässt sich die Befindlichkeit von Suchtpatienten reliabel, objektiv und valide durch nicht primär suchtspezifische Testungen wie den BDI oder SCL90-R feststellen (Holi et al. 1998; Meeuwesen et al. 1992).

Der SCL90-R ist ein Selbstbeurteilungstest und blickt in dieser Ausrichtung auf eine lange Tradition zurück. Er erfasst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome innerhalb eines Zeitraumes von sieben Tagen. Dieser Zeitraum stellt nach Derogatis das optimale Zeitfenster dar, um den aktuellen klinischen Zustand einer Person zu messen.

Insbesondere die Weltkriege des 20ten Jahrhunderts generierten Untersuchungen an Verletzten und durch die Kriegserfahrungen veränderten Menschen, wodurch die Hirnforschung, aber auch die psychiatrische Traumatologie wegweisend beeinflusst wurde. Psychiatrische Testuntersuchungen sollten helfen z.B. die Wehrdiensttauglichkeit zu überprüfen, Folgen des Kriegseinsatzes messbar zu machen u.v.a.m.

Als erster Persönlichkeitstest wurde von Woodworth das „Personal data sheet“ im Jahr 1919 entwickelt (Wikipedia 2014). Dieser Fragebogen sollte der amerikanischen Armee helfen, Rekruten zu identifizieren, die infolge ihrer Persönlichkeit besonders gefährdet waren, während eines Kampfeinsatzes einen sogenannten „shell shock“ („Schützengrabenschock“, „Kriegsneurose“) zu erleiden (Gregory 2010). Während der Originaltest im Ersten Weltkrieg nicht mehr zum Einsatz kam, fanden er und spätere Entwicklungen im Weiteren dennoch vorwiegend im militärischen Bereich Anwendung (Wolfen 2005).

Als erste Vorläuferin des SCL90-R gilt die „Discomfort scale“ von Kellman und Frank. Sie wurde 1954 entwickelt und bestand aus 31 Items, die den Grad von Unbehagen und Belastung wiedergeben sollten. Seitdem fand eine fortwährende Überarbeitung und Verbesserung der Testmethode statt (Wolfen 2005).

1957 ergänzte Frank die Version zur SCL 41, wobei jedes Item eine vierstufige Skalierung erhielt. Hieraus entwickelten 1965 Lipman et al. eine überarbeitete Fassung mit 65 Merkmalen (Franke 2000). Diese fand vor allem bei einer Studie über die Auswirkung von Meprobromat und Chlordiazepoxid auf Angstpatienten Anwendung (Wolfen 2005).

Derogatis et al. entwickelte 1973 den SCL90, der, wie einige Vorgänger, Faktorenstruktur aufwies und eine Fünf-Punkt Antwortmöglichkeit enthielt (Wolfen 2005).

Die Testuntersuchung bezieht sich auf neun Skalen (Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus), die Schwere der Belastung wird von 0 = „überhaupt nicht“ bis 4 = „sehr stark“ angegeben.

Drei globale Kennwerte geben Auskunft über das Antwortverhalten bei allen Items:

- GSI (Global Severity Index): misst die grundsätzliche psychische Belastung;
- PSDI (Positive Symptom Distress Index): misst die Intensität der Antworten;
- PST (Positive Symptom Total): erfasst die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt.

Zu betonen bleibt, dass die SCL90-R keine psychiatrische Diagnose erstellt, sondern ein Befindlichkeitsmuster.

1977 löste sich Derogatis aus dem bisherigen Arbeitskreis und veränderte den SCL90, indem er statt „How much are you bothered by...?“ „How much are you distressed by...?“ fragte und somit mehr auf das subjektive Leid und den tatsächlichen Grad der Beeinträchtigung abhob. Darüber hinaus modifizierte er einige Items und entwickelte eine Fremdbeurteilungsversion. Die neue Testversion nannte er „SCL90-R“ („R“ für „revised“) (Derogatis et al. 1999; Wolfen 2005).

Der SCL90-R entwickelte sich seit den 70er Jahren zu einem der am häufigsten eingesetzten psychometrischen Testverfahren. Studien in verschiedenen Ländern belegen die Anwendbarkeit in unterschiedlichen soziokulturellen Traditionen (Holi et al. 1998); auch im Rahmen hausärztlicher Tätigkeiten kann der SCL90-R hilfreiche Daten liefern und wird zunehmend als valides Messinstrument eingesetzt (Meeuwesen et al. 1992).

Unter psychiatrischen Fragestellungen fanden zahllose Studien unter Verwendung des SCL90-R statt. Nicht zuletzt dient der Test oftmals als Standardverfahren zur Evaluation des Therapieerfolges stationärer psychiatrischer Behandlung im Sinne einer Prä-/Postmessung.

Neben allgemeiner diagnostischer, therapeutischer und qualitätsüberprüfender Fragestellungen wurde der SCL90-R aber auch in einer Vielzahl weiterer Untersuchungen eingesetzt. So erfolgten Studien zum Einnahmeverhalten psychotroper Medikamente und vorliegender Stresssymptome (Magni et al. 1986). Im Zusammenhang mit dem Konsum von Benzodiazepinen wurden Studien zur Lebensqualität (Vorma et al. 2004), aber auch zur Identifikation von Risikofaktoren (Kan et al. 2004) und zur Beschreibung von Benzodiazepin-Gebrauchern (Lagro-Janssen et al. 1993) mit Hilfe des SCL erfolgreich durchgeführt.

Selbst Reliabilität und Validität neu eingeführter psychometrischer Testmethoden werden mit dem SCL90 überprüft (Tyrer et al. 1990; Kan et al. 1999).

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung findet der SCL90-R Anwendung sowohl als Verfahren zur Messung des Grades der seelischen Belastung von Benzodiazepin-Abhängigen vor während und nach der Entzugsbehandlung als auch zur Überprüfung der Aussagkraft der von Holzbach entwickelten BenzoCheck und Validierung des 3-Phasen-Modells.

#### 2.2.5. BDI (Beck-Depressions-Inventar)

Der BDI wurde als Instrument zur Messung von Verhaltensmanifestationen der Depression entwickelt. Beck erstellte den BDI aus primär klinischen Befunden (Beck et al. 1961).

Zur Messung von Depressivität und Grad der Belastung der Patienten vor, während und nach der Entzugsbehandlung mussten im Rahmen der vorliegenden Untersuchung ausreichend valide und reliable Testverfahren gefunden werden.

Vor dem Hintergrund der skizzierten Fragestellungen interessierte vor allem auch die Anfangsbefindlichkeit der Betroffenen in Abhängigkeit von der konsumierten Substanzmenge und daher zu vermutenden bzw. zu beweisenden Phase der Abhängigkeitsentwicklung sowie eine nachzuweisende Befundverbesserung infolge des qualifizierten Medikamentenentzuges.

Aaron Temkin Beck wurde am 18.07.1921 in Providence, Rhode Island, geboren. Er ist Psychiater und Psychotherapeut. Wie alle damals ausgebildeten Psychotherapeuten lernte Beck Psychotherapie in der Tradition des zu dieser Zeit dominanten Therapieverfahrens: der Psychoanalyse. Beck graduierte am Philadelphia Psychoanalytic Institute und arbeitete zwei Jahre (1950-1952) am psychoanalytischen Krankenhaus in Stockbridge, Massachusetts (Smith 2009).

Im Verlauf seiner beruflichen Tätigkeit begann Beck sich weniger für das „Unbewusste, tief in der Psychopathologie des Menschen Verborgene und mehr für die aktuelle Logik der vom Patienten vorgetragene Emotionalität zu interessieren. Er kam zu dem Erkenntnis, dass sich wesentliche psychoanalytische Grundannahmen nicht halten bzw. nachweisen ließen (Beck et al. 2001).

Ausgehend von den Denkwahrscheinlichkeiten, aus denen heraus depressives Erleben zu entstehen bzw. zumindest unterhalten zu werden schien, entwickelte Beck eine Psychotherapieform, die auf eine Modifikation identifizierter Fehlinterpretationen hin abzielte und begründete somit die Kognitive Verhaltenstherapie (Smith 2009).

Der BDI wurde als Instrument zur Messung der Verhaltensmanifestationen der Depression entwickelt.

Ursprünglich wollte Beck mit Hilfe des Inventars bestimmte psychoanalytische Thesen zur Depressionsentstehung überprüfen (Beck et al. 1961). Da in der klinischen Praxis eine sehr niedrige Übereinstimmung der Diagnostiker untereinander bestand, benötigte er ein valides und reliables Messinstrument (Beck et al. 1961).

Beck entwickelte den BDI aus primär klinischen Befunden. Entsprechend seiner Erfahrungen benannte er depressionsspezifische Charakteristika. Diese stimmten mit den in der Literatur zu findenden Beschreibungen von Depressionen überein. Aus diesen Charakteristika entwickelte er 21 Kategorien, denen er jeweils 4 bis 5 Selbstbewertungsaussagen zuordnete. Diese Aussagen beschrieben den Schweregrad der Ausprägung des betreffenden Symptoms.

Die einzelnen Kategorien wurden ausschließlich auf der Basis des sichtbaren und zugänglichen Verhaltens der Depressiven gewählt und bilden bewusst keine kausale Theorie zum der Depressionsentstehung zugrunde liegenden psychischen Prozess ab (Beck et al. 1961).

Die Antworten beziehen sich auf die letzte Woche einschließlich des Erhebungstages. Die 21 Gruppen umfassen die Bereiche:

- A. traurige Stimmung,
- B. Pessimismus,
- C. Versagen,
- D. Unzufriedenheit,
- E. Schuldgefühle,
- F. Strafbedürfnis,
- G. Selbsthass,
- H. Selbstanklage,
- I. Selbstmordimpulse,
- J. Weinen,
- K. Reizbarkeit,
- L. sozialer Rückzug / Isolierung,
- M. Entschlussunfähigkeit,
- N. negatives Körperbild,
- O. Schlafstörungen,
- P. Arbeitsunfähigkeit,
- Q. Ermüdbarkeit,
- R. Appetitverlust,
- S. Gewichtsverlust,
- T. Hypochondrie,
- U. Libidoverlust.

Die angekreuzten Antworten werden mit einer Punktzahl bewertet und die sich ergebende Summe der Einzelwerte ermittelt. Bei zwei Antworten wird nur der höhere Wert berücksichtigt, wird bei Item „S“ (Gewichtsverlust) die Zusatzfrage (absichtlich?) mit „ja“ beantwortet, gilt für dieses Item der Wert „0“. Insgesamt können 0 - 63 Punkte erzielt werden, wobei der kritische Wert bei 18 liegt.

In der Evaluation der so entwickelten Testmethode fanden Beck und seine Mitarbeiter diese als zuverlässig in der Diagnose einer Depression. Auch gelang mittels der Testung eine gute Differenzierung zwischen verschiedenen Schweregraden der Depression. Entsprechend konnten ebenso Entwicklungen bezüglich Änderungen der Intensität der Erkrankung gemessen werden (Beck et al. 1961).

Nach Einführung des Beck-Depressions-Inventar fand die Untersuchungsmethode auch im Bereich der Suchtmedizin breite Anwendung. Zahlreiche Belege zeigen einen Zusammenhang zwischen Benzodiazepin-Abhängigkeit und Depressivität, namentlich auch mit Bezug zur Schwere des Entzuges bzw. zur weiteren Prognose (Dara et al. 2000; Schweizer et al. 1998; Joughin 1991).

Inwiefern aber Verbindungen zwischen der Ausgangsdosis eines Benzodiazepins zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme und resultierenden Symptomen oder in diesem Zusammenhang auch Schwierigkeiten im Rahmen der Entzugsbehandlung bestanden, wurde nicht überprüft bzw. keiner zugrundeliegenden Problematik wie z.B. dem Phasenmodell nach Holzbach zugeordnet. Die vorliegenden Studien weisen den BDI als ein verlässliches Instrument zur Messung von Depressivität auch im Rahmen der Benzodiazepin-Abhängigkeit aus.

#### 2.2.6. Nachuntersuchung

Zur Klärung der subjektiven Zufriedenheit sowie zur Gewinnung von Daten zum Umgang mit den Suchtmitteln nach der Entlassung wurde ein speziell hierfür entwickelter Fragebogen eingesetzt.

Die 13 Fragen beziehen sich auf:

1. Befindlichkeit seit der Entzugsbehandlung
2. Benzodiazepin-Konsum seit der Entzugsbehandlung
3. aktueller Benzodiazepin-Konsum
4. Ursachen eines Rückfalls
5. Konsum anderer Suchtmittel
6. Einschätzung der Medikamentenprobleme im Vergleich mit der Zeit vor der Therapie
7. soziale Unterstützung
8. Therapien wegen Suchtproblematik seit der Entlassung
9. Besuch Selbsthilfegruppe
10. aktuelle berufliche Situation
11. aktuelle finanzielle Situation
12. Partnerschaft
13. aktuelle Wohnsituation

### 2.2.7. Ablaufplan

Die Beschriebenen Untersuchungen wurden den Probanden entsprechend einem gestaffelten Ablaufplan vorgelegt:

Bei der Aufnahme erhielten die zu Befragenden den Lippstädter BenzoCheck für Patienten, der Lippstädter BenzoCheck für Ärzte wurde parallel ausgefüllt. Gleichzeitig wurden die Probanden aufgefordert, die Selbstbeurteilungsbögen (Hamburger Benzodiazepin-Entzugsskala, SCL90-R und BDI) zu bearbeiten.

Innerhalb der ersten Woche wurde die „Basisdokumentation Medikamentenabhängigkeit Aufnahme“ im Rahmen einer persönlichen Befragung durchgeführt, die Entzugsskala wurde wiederholt.

In den folgenden Wochen erhielten die Probanden wöchentlich die Hamburger Benzodiazepin-Entzugsskala, in der zweiten und vierten Woche wurde zusätzlich der SCL90-R durchgeführt sowie in der vierten Woche darüber hinaus der BDI. Probanden, die über vier Wochen in Behandlung blieben, erhielten ab der fünften Woche nur noch wöchentlich die Hamburger Benzodiazepin-Entzugsskala.

Zur Entlassung wurden neben der Erhebung der „Basisdokumentation Medikamentenabhängigkeit Entlassung“ die Hamburger Benzodiazepin-Entzugsskala und die SCL90-R wiederholt.

Zur Nachuntersuchung nach 6 Monaten erhielten die Patienten die Hamburger Benzodiazepin-Entzugsskala, den SCL90-R, den BDI sowie den Bogen zur Nachuntersuchung auf postalischem Weg.

### 2.3. Statistische Auswertung

Zur statistischen Auswertung wurden die Patientendaten in ein SPSS-Programm (Statistical Package for the Social Sciences) eingegeben.

Die SPSS Software ist eine modular aufgebaute Sammlung von Programmen, mit der verschiedene statistische Fragenstellungen erschlossen und grafisch dargestellt werden können.

Wichtige Vokabeln sowie Testverfahren werden im Folgenden kurz vorgestellt:

➤ Skalierung von Merkmalen:

Merkmale können sich in verschiedener Weise voneinander unterscheiden. Insbesondere können die Unterschiede qualitativer oder quantitativer Natur sein. Quantitative Differenzen können mit regelmäßigen oder unregelmäßigen Abständen auftreten. Entsprechend werden unterschieden:

- **Nominalskalen:** Die Merkmale sind unterschiedlich ausgeprägt, besitzen aber keine natürliche Rangfolge (z.B. evangelisch, katholisch, muslimisch, jüdisch etc.).
- **Ordinalskalen:** Die Merkmale sind unterschiedlich ausgeprägt und besitzen eine natürliche Rangfolge, die Größe des Unterschieds zwischen den Merkmalen kann aber nicht definiert werden (z.B. größer – kleiner, hoch – mittel – niedrig etc.).
- **Intervallskalen:** Die Merkmale sind unterschiedlich ausgeprägt und besitzen eine natürliche Rangfolge, die Abstände zwischen den Merkmalsausprägungen können exakt bestimmt werden (z.B. Körpertemperatur).

➤ Normalverteilung = Gauß-Verteilung

Die Normalverteilung fordert eine symmetrische Verteilung numerischer Daten. Mittelwert und Median sind gleich. Sie wird abgebildet durch die sogenannte „Gaußsche Glockenkurve“. Über 95% aller Werte (einer ausreichend großen Grundgesamtheit) liegen innerhalb der Entfernung zweier Standardabweichungen vom Mittelwert.

Aus der Normalverteilung folgt der „zentrale Grenzwertsatz“: Verteilungen, die durch Überlagerung einer großen Zahl von unabhängigen Einflüssen entstehen, sind unter schwachen Voraussetzungen annähernd normalverteilt.

➤ Abhängige Stichproben = verbundene Stichproben = gepaarte Stichproben

Abhängige Stichproben finden sich meistens bei wiederholten Messungen an dem gleichen Untersuchungsobjekt (z.B. Befinden eines Patienten zu Behandlungsbeginn und im weiteren Verlauf).

➤ Unabhängige Stichproben

Zwischen den Elementen der Stichproben besteht kein Zusammenhang (z.B. Elemente der Stichproben kommen aus unterschiedlichen Populationen).

➤ Parametrische Statistik

In der parametrischen Statistik wird angenommen, dass die Variablen aus einer Familie vorgegebener Wahrscheinlichkeitsverteilung (meist: der Normalverteilung) stammen.

➤ Nichtparametrische Statistik = parameterfreie Statistik

Bezüglich der Variablen wird keine Verteilungsannahme vorgenommen. Die Variablen nennt man daher auch „verteilungsfrei“.

➤ Häufigkeitsverteilung

Die Häufigkeitsverteilung ist eine Methode zur statistischen Datenbeschreibung. Zu jedem vorkommenden Wert (z.B. Alter der Individuen in einer Population) wird angegeben, wie häufig dieser vorkommt.

➤ Häufigkeitstabelle

Daten einer Erhebung liegen zunächst weitgehend ungeordnet vor, so dass bei wachsendem Datenvolumen immer mehr Unübersichtlichkeit entsteht.

Werden die vorkommenden Beobachtungswerte aber geordnet zusammengefasst und tabellarisch dargestellt, erhält man einen Überblick über die Auftretenshäufigkeit der einzelnen Parameter.

➤ Fehler 1. Art =  $\alpha$ -Fehler

Beim Test einer Hypothese liegt ein Fehler 1. Art vor, wenn die Nullhypothese zurückgewiesen wird, obwohl sie wahr ist (durch falsch-positive Ergebnisse), z.B. ein Patient wird als krank bezeichnet, obwohl er gesund ist.

➤ Statistische Signifikanz

- Unterschiede zwischen statistischen Messgrößen gelten als „signifikant“, wenn die Wahrscheinlichkeit ihres zufälligen Auftretens kleiner als eine definierte Schwelle ist.
- Diese kritische Schwellenhöhe wird als Irrtumswahrscheinlichkeit bezeichnet und mit dem Signifikanzniveau ausgedrückt.
- In dieser Studie wurde als Signifikanzniveau festgelegt:  $p \leq 0,05$  (i.e. die Wahrscheinlichkeit für einen Fehler 1. Art [Irrtumswahrscheinlichkeit] liegt unter 5%).

➤ Varianzanalyse

Die Varianzanalyse (ANOVA = analysis of variance) bezeichnet eine große Gruppe statistischer Verfahren mit unterschiedlicher Anwendung. Grundsätzlich werden mit Hilfe dieser Verfahren Gesetzmäßigkeiten aufgedeckt, die hinter einer gegebenen Datenmenge liegen.

Im einfachsten Fall erfolgt die Testung des Einflusses nominalskalierter auf intervallskalierte Daten (z.B. Staatsangehörigkeit und Schuhgröße).

Es existieren Verfahren für normalverteilte und nicht-normalverteilte Stichproben.

➤ Chi-Quadrat-Test

Der Chi-Quadrat-Test wird hier verwendet für intervallskalierte, normalverteilte Variablen. Er wird zur Überprüfung von Häufigkeitsverteilungen auf stochastische Unabhängigkeit eingesetzt.

➤ T-Test für unabhängig Stichproben

Mittels T-Test für unabhängige Stichproben werden zwei unabhängige Stichproben mit gleichen Standardabweichungen verglichen. Der T-Test überprüft dabei, ob die Mittelwerte der zugehörigen Grundgesamtheiten verschieden sind.

Getestet werden daher intervallskalierte, normalverteilte Variablen.

➤ T-Test für abhängige Stichproben

Der T-Test für abhängige Stichproben findet Verwendung zur Überprüfung zweier abhängiger Stichproben. Auch hier arbeitet der Test, indem die Mittelwerte der beiden Grundgesamtheiten dahingehend untersucht werden, ob sie gleich sind oder einer kleiner ist als der andere.

Erneut benötigt der Test intervallskalierte, normalverteilte Variablen.

➤ Wilcoxon-Test

Sind die Variablen zweier Grundgesamtheiten ordinalskaliert oder intervallskaliert und nichtparametrisch, wird mit dem Wilcoxon-Test gearbeitet. Mit seiner Hilfe wird die Signifikanz der Übereinstimmung zweier abhängiger Verteilungen untersucht.

➤ Friedmann-Test

Bei drei oder mehr abhängigen, nichtparametrischen Stichproben kommt der Friedmann-Test zum Einsatz, um die Gleichheit der Mediane der Stichproben abzuklären.

Ein signifikantes Ergebnis weist darauf hin, dass der Median mindestens einer der Stichproben sich deutlich von den Medianen der anderen unterscheidet; dies kann aber auch durch extreme Unterschiede der Verteilungen bedingt sein.

➤ Post-hoc-Tests

Mit Hilfe von Post-hoc-Tests werden durch paarweise Mittelwertvergleiche oder durch Bildung von Teilgruppen Aussagen darüber möglich, welche Mittelwerte signifikant voneinander abweichen.

Die diversen Testentwürfe unterscheiden sich z.B. darin, ob sie gleiche Varianzen in allen Gruppen fordern oder aber gleiche Stichprobenumfänge.

Der hier angewandte Scheffé-Test vergleicht Mittelwertpaare und fordert Varianzhomogenität. Die Stichprobenumfänge können ungleich sein.

## 2.4. Methodische Fragen

Um eine bessere Vergleichbarkeit der Daten zu ermöglichen, wurde die von den Patienten konsumierte Benzodiazepin-Dosis entsprechend der verwendeten Substanz in äquivalente Diazepam-mengen umgerechnet. Zugrunde gelegt wurde die im Anhang befindliche Äquivalenztabelle.

Neben der täglich eingenommenen Dosis wurde auch die kumulierte Dosis berechnet.

Die kumulierte Dosis soll dabei die infolge der (langsamen) Verstoffwechslung angehäufte und somit zum Aufnahmezeitpunkt tatsächlich im Körper angereicherte Medikamentenmenge beschreiben, während die einfache Dosis die täglich konsumierte Medikamentendosis meint.

Für einen Bezug auf die kumulierte Dosis spricht die Erwartung, unter Verwendung dieser Angabe den biochemischen Realitäten (i.e. der Medikamentenmenge, unter deren Einfluss der Patient aktuell tatsächlich steht) näherzukommen.

Im klinischen Alltag gewinnt die kumulative Dosis insbesondere bei der Frage nach möglichen Intoxikationen Relevanz. Für die Dosisfindung im Rahmen der Planung einer Entzugsbehandlung – und damit die Kupierung möglicher Entzugssymptome – ist sie von untergeordneter Bedeutung.

Die Halbwertszeiten der einzelnen Benzodiazepine variieren erheblich (untereinander und auch von Mensch zu Mensch) und sind nicht zuletzt abhängig von wirksamen Metaboliten (Benkert, Hippus, 2011). Angaben zu einzelnen Medikamenten sind unsicher, von zahlreichen Variablen abhängig und in der Praxis wenig handhabbar. So wird zum Beispiel die Halbwertszeit von Flurazepam mit 1,5-100 Stunden, die von Nitrazepam mit 10-18 Stunden und die von Temazepam mit 8-13 Stunden angegeben (Möller 1993).

In der Praxis hat die aktuell konsumierte tägliche Benzodiazepin-Dosis für die Entzugsbehandlung mit Einstellung auf Oxazepam und sukzessivem Ausschleichen dieser Substanz hohe Relevanz. Es entspricht dem klinischen Eindruck, dass diese Dosis den Entzug wesentlich prägt.

Methodisch wurde hier sowohl mit der einfachen als auch der kumulierten Substanzmenge gerechnet.

Wenn nicht anders angegeben, wurde die einfache Dosis gewählt.

Zum praktischen Vergleich wurde eine Einteilung der Entzugs-Patienten der Studie in die von Holzbach formulierten Phasen des Benzodiazepin-Langzeitkonsums vorgenommen.

Zugrunde gelegt wurde eine Phasendefinition über die Dosis entsprechend klinischer Erfahrungen:

Ein Relativer Entzug wurde bei Benzodiazepin-Dosen bis einschließlich 20mg Diazepam-Äquivalent angenommen, Apathie bei Mengen zwischen 20 und 40mg und Sucht bei Konsum von mehr als 40 mg Diazepam-Äquivalent pro Tag.

### 3. Ergebnisse

#### 3.1. Patientenkollektiv

##### 3.1.1. Aufnahmedaten

##### 3.1.1.1. Entzugspatienten

Von den insgesamt 101 Studienteilnehmern in der Station SL01 der Suchtabteilung der LWL-Klinik Lippstadt waren 39% männlich, 61% weiblich.

Das Alter lag im Durchschnitt bei 50 Jahren  $\pm$  13 Jahre.

**Tabelle 1: Familienstand, Wohnen**

	<b>[%]</b>
<b>Verheiratet</b>	36
<b>Eheähnliche Beziehung</b>	5
<b>Ledig</b>	36
<b>Geschieden</b>	20
<b>Verwitwet</b>	4
<b>Alleine lebend</b>	40
<b>Nur mit Partner</b>	26
<b>Mit Partner und Kinder</b>	18
<b>Nur mit Kindern</b>	5
<b>Mit Eltern</b>	5
<b>Wohnung im Elternhaus</b>	2
<b>Wohngemeinschaft</b>	4
<b>Wohnheim</b>	1

36% der Untersuchten waren verheiratet, 5% lebten in einer eheähnlichen Beziehung, 36% waren ledig, 20% geschieden und 4% verwitwet.

40% der Patienten lebten alleine, 26% nur mit dem Partner zusammen, 18% mit Partner und Kindern, 5% nur mit den Kindern. Weitere 5% lebten zusammen mit den

Eltern, 2% hatten eine Wohnung im Haus der Eltern. 4% der Betroffenen lebten in einer Wohngemeinschaft, 1% in einem Wohnheim.

**Tabelle 2: Berufsausbildung, Berufstätigkeit**

	<b>[%]</b>
<b>Keine Berufsausbildung</b>	14
<b>Ausbildung abgebrochen</b>	8
<b>Lehre abgeschlossen</b>	55
<b>Meister</b>	2
<b>FH – Abschluss</b>	5
<b>Universitätsabschluss</b>	13
<b>Arbeitslos</b>	32
<b>Angestellt / Verbeamtet</b>	12
<b>Arbeiter</b>	2
<b>Facharbeiter</b>	1
<b>Selbständig</b>	7
<b>In Lehre</b>	1
<b>Schüler / Studenten</b>	2
<b>Hausfrau</b>	8
<b>Rentner</b>	33
<b>Gelegenheitstätigkeit</b>	1

Zum Bildungstand ergab sich, dass 14% der Patienten keine Berufsausbildung begonnen hatten, 8% hatten die Ausbildung abgebrochen. 55% hatten eine Lehre er-

folgreich absolviert, 2% den Meistertitel erlangt. 5% verfügten über einen Fachhochschul-, 13% über einen Universitätsabschluss.

32% der Betroffenen waren arbeitslos, 12% Angestellte oder Beamte, 2% Arbeiter, 1% Facharbeiter und 7% selbstständig. 1% befand sich in einer Lehre, 2% waren Schüler bzw. Studenten, 8% Hausfrauen und 33% Rentner. 1% ging einer Gelegenheitstätigkeit nach.

**Tabelle 3: Psychopharmaka, Patienten der Suchtstation**

<b>Substanz</b>	<b>insgesamt</b>	<b>&lt; 2 Wochen</b>	<b>2 – 6 Wochen</b>	<b>6 – 12 Wochen</b>	<b>&gt; 12 Wochen</b>
<b>Antidepressivum</b>	42	1	3	0	38
<b>Neuroleptikum hochpotent, konventionell</b>	3	0	0	1	2
<b>Neuroleptikum hochpotent, atypisch</b>	1	0	0	0	1
<b>Neuroleptikum niederpotent</b>	5	0	0	1	4

42 der Patienten wurden bei ihrer Aufnahme auch mit einem Antidepressivum behandelt, davon 38 seit mehr als zwölf, drei zwischen zwei und sechs und einer unter zwei Wochen.

Zwei der Patienten erhielten seit mehr als zwölf Wochen ein hochpotentes (konventionelles) Neuroleptikum, ein Patient seit sechs bis zwölf Wochen, ein weiterer seit über zwölf Wochen ein Atypikum.

Niederpotente Neuroleptika wurden von fünf Patienten konsumiert, davon von einem Patienten seit sechs bis zwölf Wochen, von vier weiteren seit über zwölf Wochen.

Als Zusatzdiagnose fand sich bei 13 Betroffenen „depressive Episode“, bei ebenfalls 13 „rezidivierende depressive Störung“, bei zwei „Schizophrenie“, bei keinem „schizoaffektive Störung“, bei elf „Persönlichkeitsstörung“, bei 16 „Anpassungsstö-

„somatoforme Störung“, bei zehn „Phobie“ und bei 21 „sonstige Angststörung“.

Zehn der Untersuchten litten an einer komorbiden Alkohol-, 14 an einer Opiat-abhängigkeit (legale Opiate).

Der regelmäßige Benzodiazepin-Konsum erstreckte sich im Durchschnitt über 8,3 Jahre  $\pm$  8,2 Jahre.

**Tabelle 4: Benzodiazepin-Konsum**

„kein“ Konsum	< 2 Wochen	2 – 6 Wochen	6 – 12 Wochen	> 12 Wochen
1%	1%	6%	7%	85%

85% der Konsumenten nahmen das Benzodiazepin länger als 12 Wochen ein, 7% 6-12 Wochen, 6% 2-6 Wochen und 1% unter 2 Wochen. 1 Patient bestand darauf, gar keine Benzodiazepine konsumiert zu haben, hatte aber einen positiven Urin-Befund für Benzodiazepine (neben Opiaten).

Die konsumierte Menge lag im Schnitt bei 39mg  $\pm$  55mg Diazepam-Äquivalent. Maximal wurden 250mg, mindestens 5mg Diazepam-Äquivalent eingenommen.

Die eingenommen Substanzen verteilen sich wie folgt auf die Probandenpopulation:

**Tabelle 5: Konsumierte Substanz**

<b>Konsumierte Substanz</b>	<b>Prozent der Befragten [%]</b>
Alprazolam	4
Bromazepam	10
Clobazam	1
Clonazepam	1
Clotiazepam	1
Diazepam	19
Dikaliumclorazepat	3
Flunitrazepam	3
Lorazepam	19
Lormetazepam	1
Midazolam	2
Nitrazepam	3
Oxazepam	14
Tetrazepam	4
Triazolam	1
Unklar	6

Bezüglich der Beschaffungswege gaben zahlreiche Patienten mehrere Quellen an.

**Tabelle 6: Beschaffungswege**

<b>Beschaffungsweg</b>	<b>Anzahl</b>
Verschreibung durch einen Arzt	63
Verschreibung durch mehrere Ärzte	33
Szenekontakte	6
Rezeptfälschung	1
Direktabgabe Apotheke	3
Verwandte / Bekannte	12
Diebstahl Arbeitsplatz	2
Diebstahl Verwandte	1
Ausland	2
Internet	5

Insgesamt berichteten 63 Betroffene, die Benzodiazepine durch Verschreibung eines einzigen Arztes zu erhalten, 33 holten sich Rezepte bei mehreren Ärzten. Sechs erhielten die Substanzen über Szenekontakte, einer begang Rezeptfälschung. Drei Patienten erhielten Benzodiazepine durch Direktabgabe der Apotheke, zwölf von Verwandten oder Bekannten. Zwei der Probanden stahlen die Tranquilizer am Arbeitsplatz, einer bestahl Verwandte. Zwei besorgten sich die Beruhigungsmittel im Ausland, fünf über das Internet.

Im Falle einer Verschreibung der Substanzen erhielten 54 Betroffene ausschließlich Kassenrezepte, 18 Kassen- und Privatrezepte. 9 Patienten waren privat versichert und erhielten Privatrezepte, während 8 Kassenpatienten ausschließlich Privatrezepte bekamen. 4 der Befragten mussten für ein ausgestelltes Privatrezept eine Gebühr beim verschreibenden Arzt entrichten.

### 3.1.1.2. Tagesklinische Klientel

Von den 153 **tagesklinischen Klienten** der Kontrollgruppe waren 37% männlich und 63% weiblich.

Das Alter lag im Durchschnitt bei 40 Jahren  $\pm$  13 Jahre.

**Tabelle 7: Gegenüberstellung Alter und Geschlecht der tagesklinischen und stationären Patienten**

	<b>Tagesklinik-Patienten</b>	<b>Entzugs-patienten</b>	<b>Signifikanz*</b>
<b>Anzahl</b>	n = 153	n = 101	-
<b>Alter (Jahre)</b>	39,8 ( $\pm$ 12,7)	49,7 ( $\pm$ 12,8)	p < 0,001
<b>Geschlecht (Frauen/Männer)</b>	58,4 % / 41,6 %	63 % / 27%	n.s.

\* T-Test für die Mittelwertgleichheit

Drei der Patienten nahmen ein Antidepressivum seit weniger als zwei Wochen ein, vier seit zwei bis sechs, vier seit sechs bis zwölf und 61 seit über zwölf Wochen.

Hochpotente konventionelle Neuroleptika wurden von jeweils einem Patienten seit weniger als zwei bzw. seit zwei bis sechs Wochen und von sieben Patienten seit über zwölf Wochen eingenommen.

Atypika erhielten 18 Patienten seit über zwölf und ein Patient seit zwei bis sechs Wochen.

Niederpotente Neuroleptika wurden einem Patienten seit weniger als zwei Wochen, einem Patienten seit zwei bis sechs und 18 Patienten seit über zwölf Wochen verschrieben.

Benzodiazepine konsumierte keiner der tagesklinischen Patienten.

**Tabelle 8: Psychopharmaka, Patienten der Tagesklinik**

Substanz	insgesamt	< 2 Wochen	2 – 6 Wochen	6 – 12 Wochen	> 12 Wochen
Antidepressivum	72	3	4	4	61
Neuroleptikum hochpotent, konventionell	9	1	1	0	7
Neuroleptikum hochpotent, atypisch	19	0	1	0	18
Neuroleptikum niederpotent	20	1	1	0	18

**Tabelle 9: Gegenüberstellung Aufnahmemedikation der tagesklinischen und stationären Patienten**

	Tagesklinik- Patienten	Entzugs- patienten	Signifikanz
Antidepressivum	47,4%	43,3%	n.s.
Hochpotentes Neuroleptikum	5,8%	2,1%	n.s.
Atypisches Neuroleptikum	13,2%	2,1%	p = 0,008*
Niederpotentes Neuroleptikum	9,7%	5,2%	n.s.
Benzodiazepine	0,0%	100%	p < 0,001*

\*Chi-Quadrat Pearson Test

Als Diagnose fand sich bei 38 Betroffenen „depressive Episode“, bei 49 „rezidivierende depressive Störung“, bei 16 „Schizophrenie“, bei 4 „schizoaffektive Störung“, bei 10 „Persönlichkeitsstörung“, bei 34 „Anpassungsstörung“, bei keinem „somatoforme Störung“, bei 11 „Phobie“ und bei 9 „sonstige Angststörung“. Alkohol- oder opiatabhängig war keiner der Untersuchten.

Im Vergleich mit den Patienten der Station SL01 ergab sich folgendes Bild:

**Tabelle 10: Gegenüberstellung der Aufnahmediagnosen der Tagesklinikpatienten und der Nebendiagnosen der Patienten der Suchtstation**

<b>Diagnose</b>	<b>[%] Suchtstation</b>	<b>[%] Tagesklinik</b>
<b>Depressive Episode</b>	13	25
<b>Rezidivierende depressive Störung</b>	13	32
<b>Schizophrenie</b>	2	11
<b>Schizoaffektive Störung</b>	0	3
<b>Persönlichkeitsstörung</b>	11	7
<b>Anpassungsstörung</b>	16	22
<b>Somatoforme Störung</b>	7	0
<b>Phobie</b>	10	7
<b>Sonstige Angststörung</b>	21	6
<b>Alkoholabhängigkeit</b>	10	0
<b>Opiatabhängigkeit</b>	14	0

### 3.1.2. Verlaufsdaten

Die in die Studie aufgenommenen und in der Suchtstation behandelten Patienten befanden sich durchschnittlich 21 Tage  $\pm$  11 Tage in Therapie.

Die Entlassung aus der vollstationären Behandlung erfolgte in 75% der Fälle regulär. 13% brachen die Therapie vor, 7% nach Ende des Entzuges ab. 1% wurde vor und 4% wurden nach Abschluss des Entzuges disziplinarisch entlassen.

Nach dem Krankenhausaufenthalt begaben sich 82% der Betroffenen in ihre eigene Wohnung, 1% in ein Wohnheim. 11% wurden in eine stationär-psychiatrische, 1% in eine stationär-somatische und 2% in eine stationär-psychosomatische Klinikabteilung verlegt. 3% der Patienten wurden in die Sucht-Reha vermittelt.

**Tabelle 11: Nachsorge / Weiterbehandlung**

<b>Nachsorge</b>	<b>[%]</b>
Eigene Wohnung	82
Wohnheim	1
Stationär psychiatrische Klinik	11
Stationär somatische Klinik	1
Stationär psychosomatische Klinik	2
Sucht-Reha	3
Beratungsstelle Besuch sicher	5
Beratungsstelle Besuch unsicher	5
Ambulante Entwöhnung	2
Ambulante Psychotherapie, Termin	13
Ambulante Psychotherapie unsicher	9
Psychiatrische Institutsambulanz Termin	4
Psychiatrische Institutsambulanz unsicher	1
Sucht-Tagesklinik vorbereitet	2
Weiterbehandlung Suchtklinik sicher	14
Weiterbehandlung Suchtklinik unsicher	2
Psychiatrische Klinik sicher	9
Psychiatrische Klinik unsicher	1
Hausarzt sicher	61
Hausarzt unsicher	6
Psychiater sicher	22
Psychiater unsicher	3
Suchtambulanz Klinik sicher	7
Suchtambulanz Klinik unsicher	2
Suchtgruppe der Klinik sicher	1

Obiger Tabelle sind die geplanten nachstationären Maßnahmen zu entnehmen. Es handelt sich nicht um den therapeutischen Rat zur Weiterbehandlung, sondern um eine Dokumentation der erklärten und erkennbaren Absichten der Patienten. „Sicher“ bzw. „vorbereitet“ bedeutet, dass der Patient selbst nachweisbar entsprechende Termine vereinbart hat bzw. dass von der Station aus die notwendigen Kontakte geknüpft worden sind. „Unsicher“ bezeichnet eine eher vage Absichtserklärung.

Unterstützung im Bereich Wohnen wurde von den wenigsten Patienten in Anspruch genommen.

Bezüglich der Nachbehandlung wollte die überwiegende Mehrzahl der Patienten sich (ausschließlich) dem Hausarzt anvertrauen.

Die körperliche Befindlichkeit zum Entlassungszeitpunkt wurde vom Behandlungsteam in 6% der Fälle als „sehr verbessert“, in 76% als „verbessert“, in 17% als unverändert und in je 1% als „verschlechtert“ bzw. „sehr verschlechtert“ bewertet.

Bezüglich des psychischen Befindens schätzten die Behandler 8% der Probanden zum Entlassungszeitpunkt als „sehr verbessert“, 76% als „verbessert“, 13% als unverändert, 3% als „verschlechtert“ und 1% als „sehr verschlechtert“ ein.

Bei 1 Patienten hatte sich im Laufe der Entzugsbehandlung die soziale Situation verbessert, bei den restlichen 100 Personen war diese unverändert geblieben.

Die Schwere des Entzuges nahmen die Behandler bei 1 Patienten als „sehr schwer“, bei 7 als „schwer“, bei 52 als mittelschwer, bei 36 als „leicht“ wahr. Bei 5 Betroffenen konnten keine Entzugssymptome objektiviert werden.

Zur Entzugsbehandlung mussten die meisten Patienten von der/den ursprünglich konsumierten Substanz/en auf Oxazepam umgestellt werden. Dies gelang bei 88 Personen problemlos, bei 6 mit leichten und bei 1 mit großen Problemen. 14 Betroffene hatten bereits im Vorfeld (aber nur zum Teil ausschließlich) Oxazepam konsumiert.

35% der Betroffenen erhielten während der Entzugsbehandlung kein Carbamazepin, da eine low-dose-dependence bestand. Bei 1% der Patienten konnte aufgrund einer

Unverträglichkeit dieses Antikonvulsivum nicht verordnet werden. Die Umstellung auf Carbamazepin gestaltete sich in allen Fällen problemlos.

5% der Patienten erhielten primär Valproat, 1% wurde bereits bei Aufnahme mit Carbamazepin behandelt.

Bei 43% ergab sich aus anderen als den oben ausgeführten Gründen keine Indikation zur Carbamazepin-Gabe.

Insgesamt wurden 14 Patienten längerfristig auf ein Antikonvulsivum eingestellt. 4 erhielten die entsprechende Substanz nach der stationären Aufnahme unverändert zur Vormedikation weiter. Bei 3 Patienten konnte die Vorbehandlung mit einem Antikonvulsivum im Behandlungsverlauf beendet werden. 4 Patienten wurden neu auf einen Krampfhemmer eingestellt.

4% der Betroffenen erhielten das Antikonvulsivum aus unspezifischer Indikation, 1% aufgrund einer Epilepsie, 2% zur Prophylaxe bei bekannter Krampfneigung, 7% als Entzugsmedikation.

Ein Antidepressivum wurde 13% der Patienten unverändert zur Vormedikation weiter verordnet. Die antidepressive Medikation wurde bei 7% der Probanden während der stationären Behandlung abgesetzt, bei 1% reduziert. Bei 4% der Patienten war eine Erhöhung der Antidepressivagabe notwendig, 1% wurde auf ein neues Antidepressivum umgestellt. Bei 2% der Betroffenen wurde der Stimmungsaufheller neu verordnet und im Verlauf wieder abgesetzt, 7% erhielten das Medikament neu, aber in niedriger Dosierung, 20% neu in therapeutischer Dosierung. 46% des Patientenkollektivs wurde nicht antidepressiv behandelt.

Hochpotente Neuroleptika bekamen im Behandlungsverlauf 15 Patienten. In einem Fall wurde die Vorbehandlung unverändert fortgesetzt. Bei 2 Patienten musste die Vormedikation erhöht, bei 2 konnte sie abgesetzt werden. 10 Patienten wurden neu auf ein hochpotentes Neuroleptikum eingestellt, davon 2 in niedriger und 8 in voller therapeutischer Dosis.

Niederpotente Neuroleptika wurden 32 Patienten verordnet. 1 erhielt die Substanz unverändert weiter, bei 1 wurde sie abgesetzt, bei 1 wurde die Dosis im Vergleich zur Aufnahmemedikation erhöht. 1 Patient wurde bezüglich des niederpotenten Neuroleptikums umgestellt. Die Neubehandlung mit einem niederpotenten Neurolepti-

kum wurde bei 6 Personen im Verlauf wieder beendet. 20 Betroffene erhielten das Neuroleptikum neu und in niedriger, 2 in hoher Dosis.

Die Eingewöhnung auf der Station gelang zu 61% problemlos. 25% der Patienten hatten leichte, 13% große Probleme, sich auf der Station einzuleben.

69 Betroffene konnten das Gruppentherapieangebot gut nutzen, 14 nahmen interessiert, aber ohne sich persönlich einzubringen teil, während 5 sich in Abgrenzung übten und 9 passiv wirkten. 2 Patienten zeigten sich in den Gruppen kontraproduktiv.

Bei 91% der Patienten verlief der Entzug komplikationslos. 4% entwickelten somatische Probleme, 3% dekompenzierten psychisch.

2% litten unter einer somatischen und psychischen Dekompensation. 1 Patient erlitt einen epileptischen Anfall.

Ein Delir trat in keinem Fall auf.

### 3.1.3. 6-Monats-Katamnese

Sechs Monate nach der Entlassung aus der LWL-Klinik Lippstadt wurden den Studienteilnehmern Nachuntersuchungsfragebögen zugesandt. 86 (85%) der 101 Patienten schickten die ausgefüllten Bögen zurück.

Detaillierte Angaben der Patienten zur subjektiven Einschätzung ihrer aktuellen Lebenssituation können der folgenden Tabelle entnommen werden. Die berufliche und vor allem gesundheitliche Lage wurde von den Betroffenen sechs Monate nach der Entlassung tendenziell eher als mäßig bis schlecht eingestuft, während relativ viele Zufriedenheit im privaten Bereich bekundeten.

Im Gesamturteil dominierten moderate Ergebnisse, die Urteile befanden sich zwischen „gut“ und „schlecht“, deutlich weniger in extremen Bereichen.

**Tabelle 12: Lebenssituation, Selbsteinschätzung, Anzahl Personen**

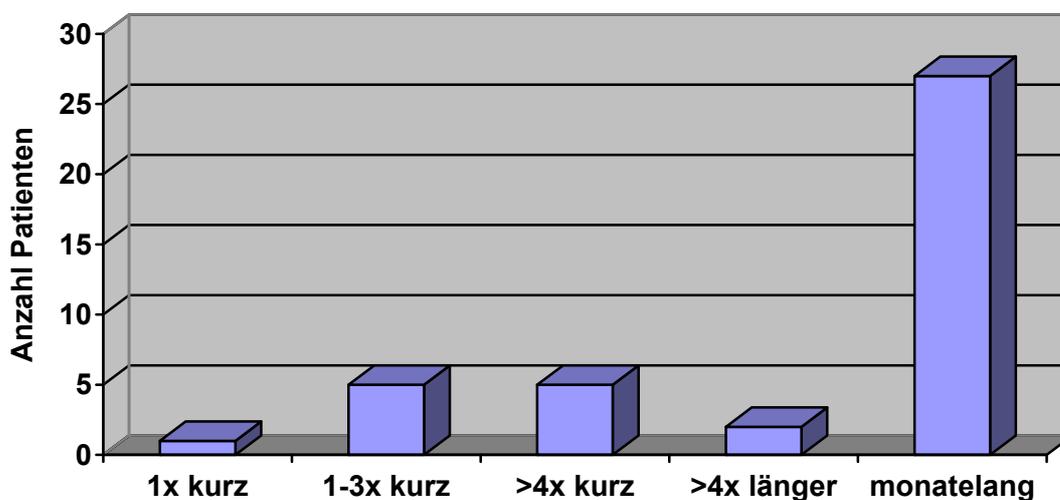
	Sehr gut	Gut	Mittel- mäßig	Schlecht	Sehr schlecht
<b>Privat</b>	10	35	18	16	7
<b>Beruflich</b>	5	19	17	15	15
<b>Gesundheitlich</b>	5	25	15	28	13
<b>Gesamturteil</b>	6	23	23	25	8

Die Häufigkeit eines *Rückfalls mit Benzodiazepinen* lag sechs Monate nach der Entlassung bei 43 Patienten (50% der Nachuntersuchten, 43% aller Studienteilnehmer).

Davon berichteten 5 über mehr als 4 kurze Rückfälle, 5 über 1-3 kurze Rückfälle und 1 über 1 kurzen Rückfall. 2 der Betroffenen gaben an, häufiger als viermal länger rückfällig gewesen zu sein, 27 konsumierten bereits monatelang erneut.

43 (50% der Nachuntersuchten, 43% aller Studienteilnehmer) Patienten erlitten innerhalb von sechs Monaten keinerlei Rückfall.

**Graphik 1: Rückfälle mit Benzodiazepinen**



*Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung* berichteten 54 Patienten (63% der Nachuntersuchten, 53% des Gesamtkollektivs), keine Benzodiazepine einzunehmen, 32 gaben an (37% der Nachuntersuchten, 32% des Gesamtkollektivs), aktuell Benzodiazepine zu konsumieren.

39 der Teilnehmer erlebten den Rückfall als „nicht angenehm“, jeweils 1 Teilnehmer gab an, den Rückfall „stark“ bzw. „sehr stark“ als positiv empfunden zu haben.

Im Erleben der Betroffenen hatten unterschiedliche Faktoren den Rückfall jeweils herbeigeführt.

*Suchtdruck* wurde von 4 respektive 5 Patienten als „starker“ bzw. „sehr starker“ Verursacher angesehen. 3 gaben an, dieser habe eine geringe Rolle gespielt. 29 meinten, dass Suchtdruck das Auftreten des Rückfalls nicht beeinflusst habe.

*Krankheitssymptome* erlebten 10 bzw. 5 der Betroffenen als „sehr starken“ bzw. „starken“ den Rückfall verursachenden Faktor; 2 Probanden hielten derartige Symptome für „etwas“ und 24 für den Rückfall „nicht“ beeinflussend.

*Verführung* schilderten 2 Befragte als „etwas“ den Rückfall verursachend.

3 Betroffene erlebten *Konflikte mit den Angehörigen* als „stark“, 4 als „etwas“ rückfallauslösend.

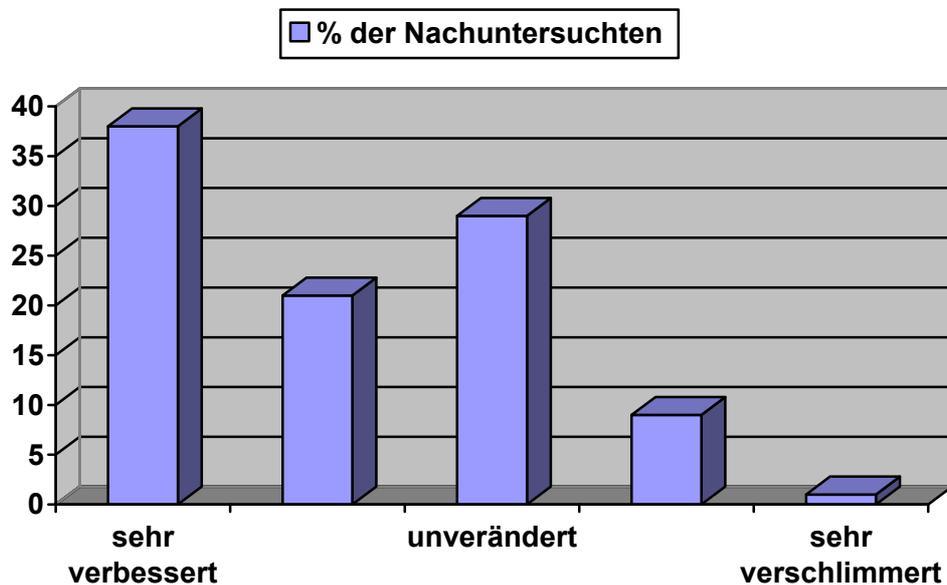
*Konflikte am Arbeitsplatz* wurden von 3 Betroffenen als „sehr starker“, von 1 als „starker“ und von 2 als „leichter“ Auslöser für den Rückfall verantwortlich gemacht.

*Sonstige Gründe* gaben 19 der Befragten als „sehr starken“ bzw. „starken“ Rückfall-Motivator an.

Keiner der nachuntersuchten Patienten gab an, Kokain zu konsumieren; 2 berichteten, Opiate einzunehmen.

Die folgende Graphik stellt das subjektive Erleben der Betroffenen bezüglich ihrer Benzodiazepin-Abhängigkeit sechs Monate nach der Behandlung dar.

**Graphik 2: Suchtproblem, Benzodiazepine**



Das Medikamentenproblem erlebten

- 33 der Betroffenen (38% der Nachuntersuchten, 33% des Gesamtkollektivs) als „sehr verbessert“,
- 18 (21% der Nachuntersuchten, 18% des Gesamtkollektivs) als „verbessert“,
- 25 (29% der Nachuntersuchten, 25% des Gesamtkollektivs) als „unverändert“,
- 9 (10% der Nachuntersuchten, 9% des Gesamtkollektivs) als „verschlimmert“
- und 1 (1% der Nachuntersuchten, 1% des Gesamtkollektivs) als „sehr verschlimmert“.

Zur Frage der ambulanten sozialen und therapeutischen Unterstützung machten die Patientenangaben, ob sie diese

- a) erhalten bzw. in Anspruch genommen hatten und
- b) die Beziehung / Maßnahme als hilfreich erlebt wurde.

Die Ergebnisse sind in der folgenden Tabelle dargestellt.

**Tabelle 13: soziale und therapeutische Unterstützung**

	<b>Unterstützung erhalten / in Anspruch genommen</b>	<b>Keine Unterstützung</b>	<b>Hilfreich</b>	<b>Nicht hilfreich</b>
	<b>Anzahl der Patienten</b>			
<b>Partner</b>	40	41	27	54
<b>Familie</b>	47	37	24	60
<b>Freunde</b>	23	61	68	16
<b>Kollegen</b>	3	76	2	77
<b>Selbsthilfe-gruppe</b>	8		6	2
<b>Ambulante Psychotherapie</b>	13		5	8
<b>Arzt</b>	19		9	10
<b>Suchtambulanz</b>	7		3	4
<b>Beratungsstelle, sporadisch</b>	6		3	3
<b>Beratungsstelle, regelmäßig</b>	7		6	1
<b>Stationäre Entzugs-behandlung</b>	9		4	5
<b>Therapeutisches Wohnheim</b>	2		2	
<b>Stationäre Sucht-Reha</b>	10		6	4

Vollzeit berufstätig waren zum Zeitpunkt der Nachexploration 14 der Teilnehmer, 2 arbeiteten in Teilzeit, 4 hatten €400- bzw. Gelegenheitsjobs. 27 der Befragten waren arbeitslos, 3 Hausfrauen und 34 berentet.

Zur finanziellen Situation gaben 34 der Befragten an, dass diese ohne Probleme sei, 19 kamen knapp mit dem Geld aus, 10 berichteten über gedeckte Schulden. 9 hatten Schulden bis €5.000, 6 zwischen €5.000 und €25.000 und 5 über €25.000.

34 Probanden führten keine Paarbeziehung, 36 lebten mit ihrem Partner in einer gemeinsamen Wohnung, 15 führten vom Partner getrennte Haushalte.

Von den Befragten lebten 36 alleine, 20 mit einem Partner, 16 mit Partner und Kindern, 2 nur mit dem Kind zusammen. 5 wohnten bei den Eltern, 1 bei Freunden, 5 in einem Wohnheim.

Ein aussagekräftigeres Bild der Ergebnisse der Nachuntersuchung erhält man unter Berücksichtigung des Erfolges der Entzugsbehandlung und damit Differenzierung nach Abstinenz bei Entlassung.

Bezüglich der Einschätzung der Lebenssituation ergibt sich unter den genannten Kautelen folgendes Bild:

**Tabelle 14: Lebenssituation, subjektive Einschätzung, Anzahl Personen, Differenzierung nach Behandlungsergebnis (Anzahl Patienten)**

		Entlassungsart			
		Regulär	Abbruch <b>vor</b> Ende Entzug	Abbruch <b>nach</b> Ende Entzug	Disziplinarische Entlassung nach Entzug
<b>privat</b>	<b>Sehr gut</b>	9	0	0	1
	<b>Gut</b>	26	4	4	1
	<b>Mittelmäßig</b>	13	2	3	0
	<b>Schlecht</b>	14	1	0	1
	<b>Sehr schlecht</b>	6	0	0	1
<b>beruflich</b>	<b>Sehr gut</b>	5	0	0	0
	<b>Gut</b>	16	3	0	0
	<b>Mittelmäßig</b>	13	1	3	0
	<b>Schlecht</b>	13	0	1	1
	<b>Sehr schlecht</b>	12	1	1	1
<b>gesund- heitlich</b>	<b>Sehr gut</b>	5	0	0	0
	<b>Gut</b>	17	3	4	1
	<b>Mittelmäßig</b>	9	4	2	0
	<b>Schlecht</b>	25	0	1	2
	<b>Sehr schlecht</b>	12	0	0	1
<b>Insgesamt</b>	<b>Sehr gut</b>	6	0	0	0
	<b>Gut</b>	15	3	4	1
	<b>Mittelmäßig</b>	17	3	2	1
	<b>Schlecht</b>	22	1	1	1
	<b>Sehr schlecht</b>	7	0	0	1

Entsprechend gelingt eine Aufschlüsselung der Rückfallrate nach der Entlassung aus dem qualifizierten Entzug:

**Tabelle 15: Rückfallrate nach qualifizierter Entzugsbehandlung in Abhängigkeit vom Behandlungserfolg (Anzahl Patienten)**

		Entlassungsart			
		Regulär	Abbruch vor Ende Entzug	Abbruch nach Ende Entzug	Disziplinarische Entlassung nach Entzug
<b>Rückfall</b>	<b>nein</b>	35	3	4	1
	<b>1x kurz</b>	1	0	0	0
	<b>1-3x kurz</b>	4	0	1	0
	<b>≥4x kurz</b>	5	0	0	0
	<b>1-3x länger</b>	3	0	0	0
	<b>≥4x länger</b>	2	0	0	0
	<b>monatelang</b>	18	4	2	3

Im Hinblick auf die Rückfallrate stellt sich die subjektiv erlebte Veränderung der Medikamentenproblematik wie folgt dar:

**Tabelle 16: Rückfälle und subjektiv erlebte Veränderung der Medikamentenproblematik (Anzahl Patienten)**

Medikamentenproblem	Rückfall						
	Nein	1x kurz	1-3x kurz	≥4x kurz	1-3x länger	≥4x länger	monatelang
<b>Sehr verbessert</b>	28	1	3	1	0	0	0
<b>Verbessert</b>	11	0	1	1	1	1	3
<b>Unverändert</b>	2	0	1	2	1	1	18
<b>Verschlimmert</b>	2	0	0	1	1	0	5
<b>Sehr verschlimmert</b>	0	0	0	0	0	0	1

Zur Einschätzung der Unterstützung und deren Wirksamkeit machten die Patienten unterteilt nach Rückfallrate unten aufgeführte Angaben:

**Tabelle 17: Unterstützung und deren subjektives Erleben im Hinblick auf die Rückfallrate**

<b>Unterstützung durch = U</b>		<b>Rückfall</b>						
		Nein	1x kurz	1-3x kurz	≥4x kurz	1-3x länger	≥4x länger	monatelang
U Partner	Nein	18	1	4	2	2	1	13
	Ja	22	0	1	2	0	1	14
H Partner	Nein	21	1	5	2	2	2	21
	Ja	19	0	0	2	0	0	6
U Familie	Nein	22	0	3	3	1	2	16
	Ja	20	1	2	2	1	0	11
H Familie	Nein	24	0	4	3	2	2	25
	Ja	18	1	1	2	0	0	2
U Freunde	Nein	29	0	4	3	2	1	22
	Ja	13	1	1	2	0	1	5
H Freunde	Nein	30	0	4	4	2	2	26
	Ja	12	1	1	1	0	0	1
U Kollegen	Nein	38	1	4	4	2	2	25
	Ja	1	0	1	0	0	0	1
H Kollegen	Nein	38	1	4	4	2	2	26
	Ja	1	0	1	0	0	0	0
U Selbsthilfegruppe	Nein	36	1	5	4	2	2	24
	Ja	4	0	0	1	0	0	3
H Selbsthilfegruppe	Nein	36	1	5	4	2	2	26
	Ja	4	0	0	1	0	0	1

Fortsetzung Tabelle 17

Unterstützung durch = U		Rückfall						
		Hilfreich = H	Nein	1x kurz	1-3x kurz	≥4x kurz	1-3x länger	≥4x länger
U ambulante Therapie	Nein	37	1	5	4	2	2	21
	Ja	6	0	0	1	0	0	6
H ambulante Therapie	Nein	39	1	5	5	2	2	26
	Ja	4	0	0	0	0	0	1
U Hausarzt	Nein	35	0	3	4	2	2	20
	Ja	8	1	2	1	0	0	7
H Hausarzt	Nein	39	0	3	5	2	2	25
	Ja	4	1	2	0	0	0	2
U Suchtambulanz	Nein	41	1	5	4	2	2	23
	Ja	2	0	0	1	0	0	4
H Suchtambulanz	Nein	41	1	5	5	2	2	26
	Ja	2	0	0	0	0	0	1
U selten Beratungsstelle	Nein	40	1	5	4	2	2	25
	Ja	3	0	0	1	0	0	2
H selten Beratungsstelle	Nein	41	1	5	5	2	2	26
	Ja	2	0	0	0	0	0	1
U regelm. Beratungsstelle	Nein	39	1	5	4	2	1	26
	Ja	4	0	0	1	0	1	1
H regelm. Beratungsstelle	Nein	39	1	5	4	2	1	27
	Ja	4	0	0	1	0	1	0

### 3.2. Überprüfung des Phasenmodells der Benzodiazepin-Langzeiteinnahme nach Holzbach

#### 3.2.1. Phaseneinteilung nach kumulierter und einfacher Dosis

Eine Gegenüberstellung der Phaseneinteilung nach kumulierter und einfacher Dosis führt zu folgendem Ergebnis:

Unterteilt man die Patienten entsprechend der einfachen Dosis, finden sich 55 im relativen Entzug und 23 in der Suchtphase. Bezüglich der Apathiephase unterscheiden sich die Ergebnisse nicht.

Unter Berücksichtigung der kumulativen Dosis finden sich 20 Patienten im relativen Entzug, 22 in der Apathie- und 58 in der Suchtphase.

Vergleicht man die Ergebnisse in Bezug auf die beiden Zuordnungsmöglichkeiten, so verbleiben von den 55 Patienten, die nach der einfachen Dosis in die Gruppe „relativen Entzug“ gehören, 20 Patienten bei der kumulativen Berechnung in dieser Gruppe, 18 Patienten gelangen in die „Apathiephase“ und 17 werden aufgrund der Kumulation sogar der Suchtphase zugeordnet.

Von den 22 Patienten, die entsprechend der einfachen Dosis als der Apathiephase zugehörig eingestuft werden, würden 4 entsprechend der kumulativen Dosis hierher verortet, 18 befänden sich „kumulativ“ in der Phase der Sucht.

Alle 23 Patienten, die laut einfacher Substanzdosis der Suchtphase zugeordnet werden, finden sich hier auch bei Eingruppierung entsprechend der kumulativen Dosis.

**Tabelle 18: Phasenzuordnung und kumulative bzw. einfache Dosis**

<b>Kumulativ / Einfach</b>	<b>Relativer Entzug (n=20)</b>	<b>Apathie (n=22)</b>	<b>Sucht (n=58)</b>
<b>Relativer Entzug (n=55)</b>	20	18	17
<b>Apathie (n=22)</b>	0	4	18
<b>Sucht (n=23)</b>	0	0	23

### 3.2.2. Überprüfung des Phasenmodells anhand des SCL90

Entsprechend der im Phasenmodell dargestellten Symptomatik wurden verschiedene Items des SCL90-R wie folgt zugeordnet:

#### **Phase 1: Wirkumkehr / relative Entzugserscheinungen**

- Nervosität oder innerem Zittern (2)
- Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen (4)
- Muskelschmerzen (42)
- Einschlafschwierigkeiten (44)
- Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen (52)
- Dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist (87)

#### **Phase 2: Apathie**

- Gedächtnisschwierigkeiten (9)
- Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken (14)
- Gefühl, sich für nichts zu interessieren (32)
- Konzentrationsschwierigkeiten (55)
- Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können (88)

#### **Phase 3: Sucht**

- Schlechter Appetit (19)
- Schwierigkeiten, sich zu entscheiden (46)
- Leere im Kopf (51)
- Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen (52)
- Einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden (61)
- Einem Gefühl, dass alles anstrengend ist (71)

Maximal konnten in den Kategorien also 24 (Phase 1) bzw. 18 (Phase 2 + 3) Punkte erreicht werden.

Die folgende Tabelle stellt dar, welchen mittleren Punktwert die (entsprechend der einfachen, konsumierten Dosis) den verschiedenen Phasen zugeteilten Patienten jeweils bezüglich der durch die SCL90-Items definierten Symptomkomplexe erzielten:

**Tabelle 19: Phasenmodell und SCL90, einfache Dosis**

	<b>SCL90 Punkte bzgl. „relativer Entzug“</b>	<b>SCL90 Punkte bzgl. „Apathie- phase“</b>	<b>SCL90 Punkte bzgl. „Sucht- phase“</b>
<b>Relativer Entzug</b> (konsumierte Menge)	9,7	8,1	7,7
<b>Apathiephase</b> (konsumierte Menge)	9,4	8,2	6,9
<b>Suchtphase</b> (konsumierte Menge)	9,9	10,4	9,4

Eine Zuordnung der einzelnen Phasen anhand der definierten SCL90-R-Kriterien ergab hier keine Trennschärfe bzw. „falsche“ Ergebnisse (höchste Werte für „Apathie-Symptome“ bei Suchtphase).

Eindrücklichere Resultate erzielte eine Bezugnahme auf die kumulativ konsumierte Substanzmenge:

**Tabelle 19a: Phasenmodell und SCL90, kumulative Dosis**

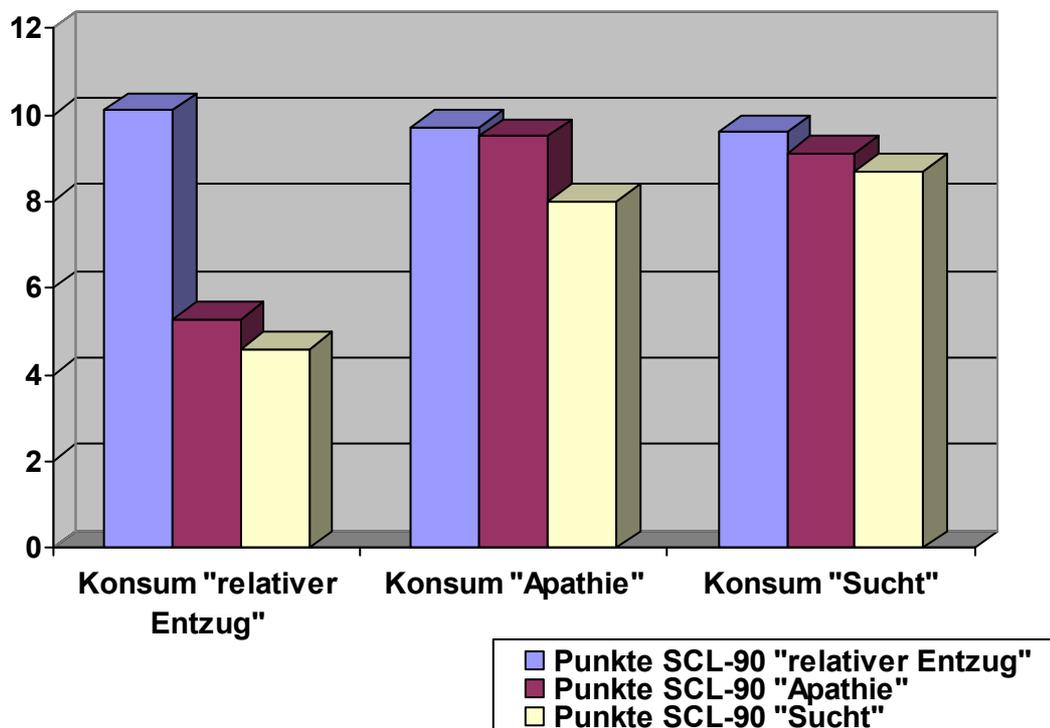
	<b>SCL90 Punkte bzgl. „relativer Entzug“</b>	<b>SCL90 Punkte bzgl. „Apathie- phase“</b>	<b>SCL90 Punkte bzgl. „Sucht- phase“</b>
<b>Relativer Entzug</b> (kumulative Menge)	10,1	5,3	4,6
<b>Apathiephase</b> (kumulative Menge)	9,7	9,5	8,0
<b>Suchtphase</b> (kumulative Menge)	9,6	9,1	8,7

Innerhalb der nach SCL als Suchtphase-Patienten eingestuftten Personen konnten somit die tatsächlichen Suchtphase-Patienten von den Patienten der Phase der Wirkumkehr mit einer Signifikanz von  $p=0,001$  (T-Test für unverbundene Stichpro-

ben) unterschieden werden. Ebenso gelang eine Abgrenzung der Patienten der Apathiephase von denen der Phase der Wirkumkehr innerhalb der nach SCL90 der Apathiephase zugeordneten Probanden, das Signifikanzniveau lag hier bei  $p=0,043$  (T-Test für unverbundene Stichproben).

Nicht erwartet aber dargestellt wurde auch eine signifikante Differenzierung zwischen Wirkumkehr und Sucht ( $p=0,021$ ) (T-Test für unverbundene Stichproben) in der nach SCL90 der Apathiephase zugeordneten Gruppe.

**Graphik 3: Phaseneinteilung entsprechend kumulativem Substanzkonsum und Punkten für phasentypische Symptome im SCL90**



### 3.2.3. Phaseneinteilung und BDI

Die Ergebnisse des BDI unter Bezugnahme auf die Phaseneinteilung (kumulierte Dosierung) und die Behandlungsdauer erbrachten folgende Resultate:

Während Patienten der Apathie und der Suchtphase im Verlauf eine Verbesserung der Befindlichkeit erfuhren, verschlechterte sich diese bei den Patienten der Phase des relativen Entzuges.

Veränderungen des BDI-Scores zwischen den Messzeitpunkten innerhalb der drei Phasen wurden für die Phase der Wirkumkehr sowie der Apathie wegen einer zu geringen Fallzahl nicht auf Signifikanz überprüft.

Während der Behandlung von Patienten in der Suchtphase kam es bei Vergleich des Scores zum Aufnahmezeitpunkt und nach vier Wochen zu einer signifikanten Symptomverbesserung (T-Test für gepaarte Stichproben;  $p = 0,002$ ).

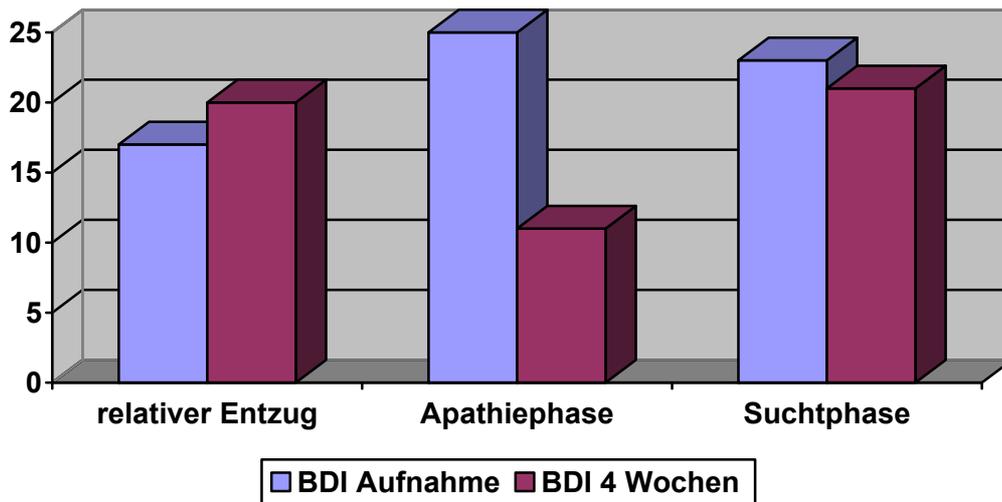
Auch bei Patienten der Phase II verbesserten sich die Summenscores nach vier Wochen der Behandlung.

Obwohl diagnostisch über alle Phasen beinahe gleich häufig eine Depression festgestellt wurde, wiesen die Ergebnisse des BDI auf ein deutliches Überwiegen depressiven Erlebens bei Patienten in der Apathie-Phase (BDI  $25,2 \pm 11,6$ ) und der Sucht-Phase (BDI  $23,2 \pm 9,1$ ) zum Aufnahmezeitpunkt hin.

Patienten der Phase I beschrieben sich bei Aufnahme weniger depressiv (BDI  $16,7 \pm 7,3$ ).

Die Unterschiede waren im T-Test zwischen Phase I und Phase II ( $p = 0,043$ ) und Phase I und Phase III ( $p = 0,025$ ) signifikant, aber nicht zwischen Apathie- und Sucht-Phase.

**Graphik 4: BDI-Verlauf und Phaseneinteilung**



### 3.2.3.1. Phaseneinteilung und BDI-Subscore „Apathie“

Von den 21 im BDI untersuchten Items wurden zwölf als typisch für die Apathie-Phase identifiziert. Im Einzelnen handelte es sich hierbei um folgende Elemente:

- |                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| A. Traurigkeit           | C. Versagen         |
| E. Schuldgefühle         | G. Enttäuschung     |
| H. Selbstvorwürfe        | I. Selbstgefährdung |
| J. Weinen                | K. Reizbarkeit      |
| L. Interesse an Menschen | N. Attraktivität    |
| O. Leistungsfähigkeit    | Q. Ermüdung         |

Unter Berücksichtigung nur dieser Aspekte erfolgte eine erneute Ergebnisevaluation im Hinblick auf die Phaseneinteilung zu Beginn der Behandlung. Bei einer maximal zu erreichenden Punktzahl von 63 erzielten die Patienten der Phase

- des relativen Entzuges einen Mittelwert von 8,8,
- die Apathie-Patienten erreichten 14,1 und
- die Suchtphase-Patienten 14,0 Punkte.

Der Unterschied zwischen den Patienten der Phase des relativen Entzuges und der Apathie-Phase war nicht signifikant (T-Test für unabhängige Stichproben). Dagegen

ergab der T-Test bei Vergleich der Patienten im relativen Entzug und Suchtphasepatienten signifikante Unterschiede ( $p= 0,01$ ).

Die Gegenüberstellung von Sucht- und Apathiephase-Patienten führte wiederum zu keinem signifikanten Ergebnis (T-Test für unabhängige Stichproben).

### 3.2.4. Hamburger Benzodiazepin-Entzugsskala und Phaseneinteilung

Von den 74 Items der Hamburger Benzodiazepin-Entzugsskala wurden die folgenden 8 besonders häufig bzw. als besonders stark ausgeprägt angegeben:

**Tabelle 20: häufige Beschwerden in der Hamburger Benzodiazepin-Entzugsskala**

	<b>nein</b>	<b>ein wenig / ziemlich</b>	<b>stark / sehr stark</b>
<b>Körperliche Abgeschlagenheit</b>	10,9%	39,1%	50,0%
<b>Einschlafprobleme</b>	5,6%	45,1%	49,3%
<b>Nächtliches Aufwachen</b>	2,9%	50,0%	47,1%
<b>Innere Unruhe</b>	5,7%	48,6%	45,7%
<b>Verminderte körperliche Leistungsfähigkeit</b>	16,9%	44,6%	38,4%
<b>Unerholsamer Schlaf</b>	6,2%	55,4%	37,5%
<b>Körperliche Schwäche</b>	12,3%	53,9%	34,9%
<b>Stimmungsschwankungen</b>	8,5%	57,8%	33,8%

Eine genauere Betrachtung der Ergebnisse wies vor allem auf Störungen im Bereich des Schlafs (Einschlafen, Durchschlafen, Erholbarkeit des Schlafs) sowie eine Beeinträchtigung der Vitalgefühle (körperliche Schwäche, Abgeschlagenheit und verminderte körperliche Leistungsfähigkeit) hin. Erheblich erschienen auch Beeinträchtigungen infolge innerer Unruhe und Stimmungsschwankungen.

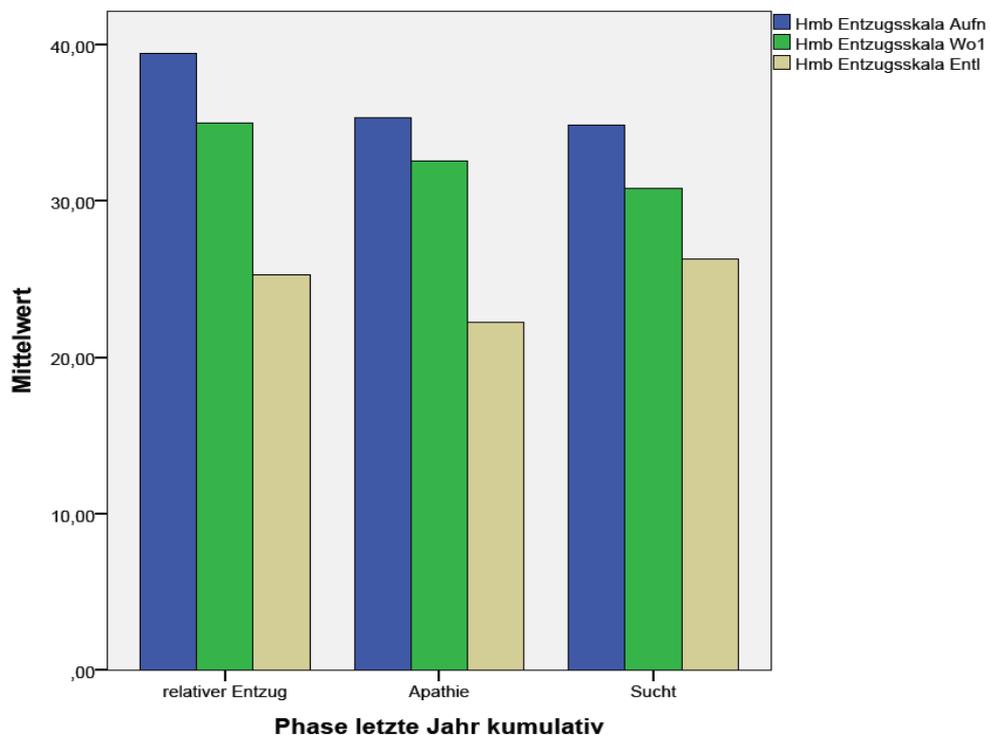
Eine Betrachtung des globalen Entzugsverlaufs unter Bezugnahme auf die Phase der Benzodiazepin-Abhängigkeit (Einteilung nach kumulativen Werten) zeigte folgendes Resultat:

In allen drei Phasen kam es im Verlauf der Entzugsbehandlung zu einem abnehmenden mittleren Summenscore. Die Symptomreduktion in der Apathie- und der Sucht-Phase war dabei signifikant.

Zum Zeitpunkt der Aufnahme sowie nach einer Woche der Behandlung fanden sich die höchsten mittleren Scores bei Patienten in der Phase des relativen Entzuges, gefolgt von den Patienten der Apathie-Phase, während die Patienten der Sucht-Phase am niedrigsten scoreten.

Zum Entlassungszeitpunkt lag die Punktzahl bei den Suchtphase-Patienten höher als bei den Patienten im relativen Entzug, zu diesem Zeitpunkt erreichten Patienten der Apathie-Phase die niedrigsten Werte.

#### Graphik 4: Phaseneinteilung und Ergebnisse Hamburger Benzodiazepin-Entzugsskala



### 3.2.5. Phaseneinteilung und Begleitdiagnosen

Im Folgenden wurden die Begleitdiagnosen zur den Phasen des Benzodiazepin-Langzeitkonsums in Bezug gesetzt:

**Tabelle 21: Phaseneinteilung und Begleitdiagnosen**

	<b>Wirkumkehr</b>	<b>Apathie</b>	<b>Sucht</b>
<b>Alkoholmissbrauch / -abhängigkeit</b>	35%	45%	36%
<b>Opiatmissbrauch / -abhängigkeit (legal)</b>	25%	27%	26%
<b>Schizophrenie</b>	0%	5%	2%
<b>Rez. Depression</b>	10%	14%	14%
<b>Depressive Episode</b>	15%	14%	12%
<b>Phobien</b>	10%	7%	8%
<b>Andere Angststörungen</b>	30%	23%	17%
<b>Anpassungsstörungen</b>	16%	22%	20%
<b>Somatoforme Störungen</b>	7%	0%	3%
<b>Persönlichkeitsstörungen</b>	11%	7%	8%
<b>Keine Zusatzdiagnose</b>	5%	0%	22%

In allen Phasen fanden sich häufig komorbide Abhängigkeitserkrankungen, wobei insgesamt eine zusätzlich bestehende Alkoholabhängigkeit deutlich häufiger zu verzeichnen war, als die Abhängigkeit von Opiaten.

Insbesondere Patienten der Apathie-Phase zeigten einen zusätzlichen problematischen Alkoholkonsum.

Schizophrene Erkrankungen wurden über alle Phasen hin eher selten gefunden. Sehr häufig hingegen waren zusätzlich bestehende Depressionen.

Addiert man die Zahl der rezidivierend Depressiven zu den depressiven Episoden, ergeben sich Prozentzahlen von 25, 28 bzw. 26 für die Phase der Wirkumkehr, der

Apathie und der Sucht, so dass sich hier eine Häufung, aber kein phasenabhängiger Bezug nachvollziehen lässt.

Insbesondere unter den Phase-1-Patienten fanden sich sehr viele, die zusätzlich an einer Angsterkrankung litten, während Anpassungsstörungen besonders oft bei Patienten in der Apathie-Phase festgestellt wurden. Obgleich insgesamt selten in der Patientengruppe diagnostiziert, fanden sich doch relativ viele persönlichkeitsgestörte Patienten in der Phase 1.

Keine Zusatzdiagnose erhielten vor allem Patienten in der Sucht-Phase.

### 3.3. Untersuchung der diagnostischen Aussagekraft des Lippstädter BenzoChecks und Ergebnisse des BenzoChecks im Hinblick auf die Phase der Abhängigkeitsentwicklung

Zur Überprüfung der Aussagekraft des Lippstädter BenzoChecks im Hinblick auf die Störungen, die infolge eines Benzodiazepin-Langzeitkonsums aufgetreten sind, wurde die Testuntersuchung einerseits von Patienten, die sich in einer Entzugsbehandlung befanden, andererseits von nicht abhängigkeitskranken Patienten der Tagesklinik durchgeführt.

#### 3.3.1. Allgemeine Daten

Die Summenscore-Mittelwerte des BenzoChecks in den beiden Kollektiven unterschieden sich hochsignifikant:

**Tabelle 22: Mittleres Ergebnis BenzoCheck, Vergleich Tagesklinik / Suchtstation**

	<b>Tagesklinik-Patienten</b>	<b>Entzugs-Patienten</b>	<b>Signifikanz</b>
<b>Punkte BenzoCheck</b>	16,8 (± 7,6)	33,3 (± 16,7)	p < 0,001

### 3.3.2. Ergebnisse BenzoCheck in Bezug zum Patientenkollektiv

29,3% der (Benzodiazepin-abstinenten) Tagesklinik-Patienten zeigten als Ergebnis des BenzoChecks keine sicheren oder typischen Folgeerscheinungen eines Benzodiazepin-Langzeitkonsums (0 - 12 Punkte).

Bei 55% der Patienten aus der Tagesklinik wies das Ergebnis des BenzoChecks darauf hin, dass die Summe der Veränderungen wahrscheinlich auf die Einnahme von Benzodiazepinen zurückzuführen war (13 - 24 Punkte).

15,7% der Tagesklinik-Patienten erzielten ein Testergebnis, welches mit hoher Wahrscheinlichkeit als Folge der Langzeit-Einnahme von Benzodiazepinen zu deuten war ( $\geq 25$  Punkte).

Unter den Entzugs-Patienten fanden sich 16,3% mit einem Testergebnis ohne sicheren Hinweis auf typische Folgeerscheinungen des Benzodiazepin-Langzeitkonsums.

22,8% erreichten Werte, die wahrscheinlich auf den Benzodiazepin-Konsum zurückzuführen waren.

60,9% der Entzugs-Patienten erzielten ein Ergebnis, das mit hoher Wahrscheinlichkeit als Folge der Langzeit-Einnahme von Benzodiazepinen interpretiert werden konnte.

Die sich darstellenden Ergebnisse waren mit  $p < 0,001$  hoch signifikant.

**Tabelle 23: Ergebnisse BenzoCheck, Vergleich Tagesklinik - Suchtstation**

	<b>Tagesklinik-Patienten</b>	<b>Entzugs-Patienten</b>
<b>Noch keine sicheren, typischen Folgeerscheinungen. (0 - 12 Punkte)</b>	29,3%	16,3%
<b>Die Summe der Veränderungen kommt wahrscheinlich von der Einnahme der Benzodiazepine / Non-Benzodiazepine. (13 – 24 Punkte)</b>	55,0%	22,8%
<b>Die Veränderungen kommen mit hoher Wahrscheinlichkeit von der Langzeit-Einnahme der Benzodiazepine / Non-Benzodiazepine. (&gt; 25 Punkte)</b>	15,7%	60,9%

Chi-Quadrat Pearson  $p < 0,001$  df2

### 3.3.3. Untersuchung der Einzel-Items des BenzoChecks

Ein Vergleich der Häufigkeitsangaben der Unterpunkte des BenzoChecks in den beiden Patientenkollektiven (Tagesklinik ↔ Entzugsbehandlung) ergab keine signifikanten Unterschiede bezüglich der als Benzodiazepin-typische Folgestörungen zu erwartenden Items „Sturzneigung“ und „Überempfindlichkeit auf Sinnesreize“.

Die größte Trennschärfe ergab die Frage nach einer „heimlichen Einnahme“. Diese wurde von allen Tagesklinikpatienten (100%) verneint, während die Hälfte (50%) der Entzugs-Patienten einen heimlichen Konsum einräumte.

Werden die Items

- Schlafstörung
- Heimlichkeit
- Wirkverlust
- Fixierung auf Medikation
- Indikationserweiterung

zu einem Summen-Score („Abhängigkeits-Score“) zusammen gerechnet, kann darüber eine hohe diagnostische Trennschärfe erreicht werden: 100% der TK-Patienten und lediglich 10% der Entzugs-Patienten liegen unter einem Cut-off-Wert von < 5 Punkten!

### 3.3.4. Ergebnisse des BenzoChecks in Bezug auf die Phaseneinteilung des Langzeit-Benzodiazepin-Konsums

Von den Entzugs-Patienten zeigten phasenunabhängig alle Betroffenen höchste Prozentwerte bezüglich der Symptome, die mit einer hohen Wahrscheinlichkeit auf den Langzeit-Konsum von Benzodiazepine zurückzuführen sind.

Bezogen auf Veränderungen, die wahrscheinlich durch einen Langzeit-Konsum begründet sind bzw. unsichere Folgeerscheinungen, ergab sich das klarste Ergebnis bei Patienten der Suchtphase.

Patienten der Apathie-Phase zeigten am zweithäufigsten Ergebnisse zwischen 13 und 24 Punkten (Veränderungen sind wahrscheinlich Folge des Konsums).

Auch die im relativen Entzug befindlichen Patienten bestätigten am zweithäufigsten Symptome, die wahrscheinlich auf den Benzodiazepin-Konsum zurückzuführen waren.

**Tabelle 24: Ergebnisse BenzoCheck und Phaseneinteilung**

	<b>Relativer Entzug</b>	<b>Apathie</b>	<b>Sucht</b>
<b>Noch keine sicheren, typischen Folgeerscheinungen. (0 - 12 Punkte)</b>	23,5%	16,7%	12,5%
<b>Die Summe der Veränderungen kommt wahrscheinlich von der Einnahme der Benzodiazepine / Non-Benzodiazepine. (13 - 24 Punkte)</b>	29,4%	38,9%	16,1%
<b>Die Veränderungen kommen mit hoher Wahrscheinlichkeit von der Langzeit-Einnahme der Benzodiazepine / Non- Benzodiazepine. ( &gt; 25 Punkte)</b>	47,1%	44,4%	71,4%

### 3.3.4.1. BenzoCheck Subscore und Phaseneinteilung

Wird der Subscore „Abhängigkeit“ im Bezug auf die Phaseneinteilung dargestellt, so ergibt sich, dass vor allem Patienten in der Phase der „Wirkumkehr“ nicht richtig de-  
dektiert werden.

**Tabelle 25: Tabelle BenzoCheck Subscore in verschiedenen Phasen**

	<b>Wirkumkehr</b>	<b>Apathie</b>	<b>Sucht</b>
<b>&lt; 5 Punkte</b>	8	2	0
<b>&gt; 5 Punkte</b>	47	20	23

### 3.3.5. BenzoCheck und Antidepressiva

In den untersuchten Patientenkollektiven wurden vor allem Antidepressiva häufig konsumiert.

Bezogen auf die Ergebnisse des BenzoChecks wurden von einem Teil der Patienten, die kein Antidepressivum einnahmen, Symptome angegeben, die wahrscheinlich auf einen Benzodiazepin-Langzeitkonsum zurückzuführen waren.

Patienten unter laufender antidepressiver Medikation scoreten im BenzoCheck signifikant höher, zeigten somit Symptome, die laut Testung mit hoher Wahrscheinlichkeit durch einen Benzodiazepin-Langzeitkonsum begründet waren.

**Tabelle 26: Antidepressiva und Ergebnis BenzoCheck**

	<b>Kein Antidepressivum</b>	<b>Antidepressivum</b>	<b>Signifikanz</b>
<b>Punkte BenzoCheck</b>	20,1 ± 11,8	24,0 ± 13,1	p = 0,019 df 211,6

### 3.4. Abschlusserhebung und Nachuntersuchung in Bezug zur Phaseneinteilung

#### 3.4.1. Psychischer Befund zum Entlassungszeitpunkt

Bezogen auf die Phaseneinteilung ergaben sich deutliche Besserungen (sehr verbessert / verbessert) insbesondere für die Patienten der Apathie-Phase, aber auch bei Aufnahme in der Phase der Wirkumkehr bzw. Sucht befindliche Patienten profitierten erheblich.

Als unverändert wurden über alle Phasen in etwa gleiche Prozentränge eingestuft.

Sehr verschlechtert erschien das Ergebnis für 2% der Patienten der Sucht-Phase.

**Tabelle 27: Psychischer Befund bei Entlassung und Phaseneinteilung**

	<b>Relativer Entzug</b>	<b>Apathie</b>	<b>Sucht</b>
<b>Sehr verbessert</b>	10%	9%	7%
<b>Verbessert</b>	70%	77%	76%
<b>Unverändert</b>	15%	14%	12%
<b>Verschlechtert</b>	5%	0%	3%
<b>Sehr verschlechtert</b>	0%	0%	2%

#### 3.4.2. Nachuntersuchung (6 Monate)

Bezogen auf die Phaseneinteilung mit einfacher Dosis ergab sich im Hinblick auf die Abstinenzquote nur geringe Unterschiede: 53,1% zu 48,1% und 48,%. Wird die kumulierte Dosis zugrunde gelegt, ergibt sich zwischen der Gruppe „relativer Entzug“ mit 37,5% durchgängig abstinent zu den beiden anderen Phasen mit 52,6% bzw. 52,9% ein deutlicher, aber nicht signifikanter Unterschied (Tabelle 29).

Zusammenfassend werden Abstinenz und kurze Rückfälle einerseits sowie lange und monatelange Rückfälle andererseits als Therapieerfolg bzw. Misserfolg bewertet. Für die Wirkumkehr-Phase-Patienten (jeweils kumulierte Dosis) ergeben sich somit zu 43,7% Behandlungserfolge und zu 56,3% Misserfolge.

Von den Apathie-Patienten blieben 52,6% abstinent, 10,5% zeigten (mehrere) kurze Rückfälle, niemand hatte (mehrere) längere Rückfälle und 36,8% konsumierten monatelang. Hier würden somit 63% der Behandlungen als erfolgreich, 37% als misslungen eingestuft.

Die Patienten der Sucht-Phase blieben zu 52,9% komplett Benzodiazepin-frei, 15,7% hatten (mehrere) kurze, 7,8% (mehrere) lange Rückfälle und 23,5% blieben monatelang rückfällig.

Diese Klientel konnte somit mit einem Prozentrang von 69% einen erfolgreichen Entzug verbuchen, 31% der Betroffenen konnten das Behandlungsergebnis ambulant nicht aufrecht erhalten.

**Tabelle 28: Rückfälle innerhalb von sechs Monaten und Phase der Benzodiazepin-Abhängigkeit**

(n= 86)	Phase (kumulierte Dosis)		
	Relativer Entzug	Apathie	Sucht
<b>Nein</b>	37,5%	52,6%	52,9%
<b>(mehrmals) kurz</b>	6,2%	10,5%	15,7%
<b>(mehrmals) länger</b>	6,2%	0%	7,8%
<b>monatelang</b>	50,0%	36,8%	23,5%

In dieser Darstellung blieb unberücksichtigt, ob die Patienten den Entzug regulär abgeschlossen haben, oder ihn abbrechen. Werden in die Auswertung nur die Patienten eingeschlossen, die regulär abschlossen, ergibt sich folgendes Bild:

**Tabelle 29: Rückfallrate und Phaseneinteilung bei regulär Entlassenen**

(n= 68)	Phase (kumulierte Dosis)		
	Relativer Entzug	Apathie	Sucht
<b>Nein</b>	37,5%	50,0%	57,5%
<b>(mehrmals) kurz</b>	7,1%	14,3%	17,5%
<b>(mehrmals) länger</b>	7,1%	0%	10,0%
<b>monatelang</b>	50,0%	35,7%	15,0%

Die Unterschiede sind auch hier nicht signifikant.

## 4. Diskussion

### 4.1. Ziele

Wie einleitend ausgeführt verfolgt diese Studie zwei Ziele: Zum Einen soll die Phaseneinteilung des Benzodiazepin-Langzeitkonsums nach Holzbach auf ihre Gültigkeit hin überprüft und gegebenenfalls resultierende Implikationen für die klinische Praxis formuliert werden. Insbesondere wird auch Wert gelegt auf die Betrachtung, in wie fern die Betroffenen der Phasen der Wirkumkehr und Apathie von einer Entzugsbehandlung profitierten.

Zum Anderen soll der Lippstädter BenzoCheck dahingehend untersucht werden, ob mit seiner Hilfe diagnostische Aussagen möglich sind, bzw. er als valides Mittel zur Selbsteinschätzung der Patienten und konsekutiver Therapiemotivation Verwendung finden kann.

Da sowohl die Phaseneinteilung als auch der BenzoCheck bisher nicht öffentlich besprochene bzw. überprüfte Ergebnisse der Überlegungen von Holzbach darstellen, existieren zur Diskussion der vorliegenden Befunde keine Studien, die deren Beurteilung erleichtern, Ergebnisse verifizieren, unterstützen bzw. verwerfen lassen könnten.

In der folgenden Diskussion muss daher weitgehend auf den Einbezug von Sekundärliteratur verzichtet werden.

### 4.2. Patientenkollektiv

#### 4.2.1. Aufnahmedaten

Aus den zur Aufnahme erhobenen soziodemographischen Patientendaten ergeben sich im Hinblick auf die oben beschriebenen Zielsetzungen zunächst keine relevanten oder sinnvollen Fragestellungen.

Allenfalls gilt es zu überprüfen, inwiefern durch den signifikanten Altersunterschied zwischen den Patienten der Tagesklinik und denen der Suchtstation Verzerrungen verursacht werden.

Die tagesklinischen Patienten waren im Durchschnitt 10 Jahre jünger als die Patienten der Suchtstation.

Eine Begründung des festgestellten Altersunterschiedes gelingt unter Zuhilfenahme epidemiologischer Daten bzw. Annahmen zur Epidemiologie der Benzodiazepin-Abhängigkeit.

Obgleich ein Abhängigkeitsproblem durchaus an vielen Stellen gesehen bzw. vermutet wird, existieren nach wie vor keine exakten Untersuchungen zur Prävalenz von Benzodiazepin-Abusus und -abhängigkeit (Ladewig 1989). Es gibt aber deutliche Hinweise auf eine mit dem Lebensalter steigende Anzahl Benzodiazepin-Abhängiger (König, Laux 1998; Kraus et al. 2003; Holzbach et al. 2010). Somit wird durch die Auswahl Benzodiazepin-abhängiger Patienten gleichzeitig eine Altersselektion hin zu höheren Altersgruppen betrieben.

Hieraus erfolgende Ergebnisbeeinflussungen müssten sich im Summenscore und in Bezug auf einzelne Items der verwendeten Testuntersuchungen feststellen lassen.

Betrachtet man die Fragen des BenzoChecks, so finden sich solche, die eher Symptome der allgemeinen Abgeschlagenheit und Depressivität betreffen (Gefühlsminderung, Konzentrationsstörungen, Energieverlust, Schlafstörungen, Ängste) und solche, die sich mehr auf suchtspezifische Auffälligkeiten beziehen (Gefühlsschwankungen, Überempfindlichkeit gegen Sinnesreize, Indikationserweiterung, Stolpern/Stürze, Heimlichkeit, Dosissteigerung, Fixierung).

Die erstgenannten Symptome erfasst zumindest zum großen Teil auch der BDI, indem er z.B. anspricht: Traurigkeit, Mutlosigkeit, Interessen, Entschlussfreudigkeit, Schlafstörungen, Ermüdung, Sorgen.

Untersuchungen des BDI ergaben „für Alter und Bildung keine signifikanten Zusammenhänge mit dem Summenwert“ (Herzberg, Goldschmidt 2008).

Somit kann angenommen werden, dass auch die Ausprägung der genannten Items des BenzoChecks nicht in systematischem Zusammenhang mit dem Alter der Probanden steht, bzw. dass keine relevante Beeinflussung des BenzoCheck-Summenscores zu erwarten ist.

Einige der suchttypischen Items wurden im Rahmen der Studie dahingehend untersucht, ob sie in einer der Patientengruppen (Tagesklinik ↔ Suchtstation) gehäuft angegeben wurden. Eine hier auftretende Signifikanz hätte also auch altersbedingt verursacht sein können. Entsprechende Zusammenhänge ließen sich aber nicht verifizieren.

Lediglich das Item „Heimlichkeit“ korrelierte signifikant mit der Eigenschaft „Patient der Suchtstation“. Heimlichkeiten bei der Medikamenteneinnahme sind erfahrungsgemäß sicher keine alterstypische Eigenschaft.

Insgesamt ist davon auszugehen, dass die Untersuchungsergebnisse durch den Altersunterschied zwischen den Patientenkollektiven nicht beeinflusst wurden.

#### 4.2.2. Verlaufsdaten / 6-Monats-Katamnese

Aus den formalen Rohwerten zum Behandlungsverlauf und zur Nachuntersuchung ließen sich keine für diese Studie relevanten Aussagen formulieren. Erst die spätere Inbezugsetzung der Daten (s.u.) lieferte weiterführende Ergebnisse. Hierzu im Folgenden.

### 4.3. Phasenmodell

#### 4.3.1. Kumulative und einfache Dosis

Die Unterteilung der Patienten entsprechend der Phasen des Benzodiazepin-Langzeitkonsums in Abhängigkeit von der kumulierten und einfachen Benzodiazepin-Dosis führte zum theoretisch zu erwartenden Resultat:

Bei einer Einstufung unter Berücksichtigung kumulativer Dosen wurden sehr viel mehr Patienten der Sucht-Phase, bei Betrachtung der einfachen Dosierung hingegen sehr viel mehr der Phase des relativen Entzuges zugeordnet.

Die konsumierten Substanzen hatten in der Mehrzahl eine lange Halbwertszeit (z.B. Bromazepam 15-35h, Diazepam [inkl. aktive Metaboliten] ~150h, hauptsächlich Oxazepam mit einer HWZ von 4-15h fällt aus dieser Kategorie (Benkert, Hippus 2011)).

Eine Begründung konnte daher in der Tatsache gefunden werden, dass aufgrund der langsamen Verstoffwechslung (und z.T. aktiven Metaboliten) die kumulierten Dosen in der Regel und zum Teil auch deutlich über der einfachen Dosierung liegen müssen. Bei einer Aufteilung entsprechend der Höhe des Verbrauchs müssen also „kumulativ“ mehr Hochdosiskonsumenten auftreten als „einfach“.

#### 4.3.2. SCL90

Es ist bekannt, dass Benzodiazepin-Konsumenten in bestimmten Dimensionen des SCL90-R (Angst, Agoraphobie, Somatisierung, Schlafstörungen, Psychoneurotizismus) signifikant höher scoren als die Allgemeinbevölkerung (Lagro-Janssen, Liberton 1993).

Das Drei-Phasen-Modell des Benzodiazepin-Langzeitkonsums nach Holzbach postuliert für die verschiedenen Phasen charakteristische Befindlichkeiten, die durch definierte Unterpunkte des SCL90-R beschrieben werden können.

Entsprechend ist zu fordern, dass bei Gültigkeit der Phaseneinteilung die in den unterschiedlichen Entwicklungspositionen befindlichen Betroffenen über eben diese spezifischen Symptome klagen und sich hier Häufungen bei der Auswertung des SCL ergeben.

Tatsächlich konnten mittels dieses Vorgehens insbesondere Suchtphase-Patienten sicher identifiziert werden. Patienten der beiden anderen Phasen scorten deutlich niedriger.

Bestimmte Beschwerden wurden also von Patienten mit einem definierten Konsum von Benzodiazepinen entscheidend häufiger bzw. ausgeprägter angegeben als von Betroffenen, die ein anderes Konsumverhalten zeigten.

Somit konnte die Vermutung widerlegt werden, dass die beklagte Symptomatik unabhängig ist von einer beschreibbaren Stufe der Suchtentwicklung.

Da zumindest die Sucht-Phase-Patienten erhöhte Scores aufwiesen, unterstützt das Ergebnis die These phänomenologischer Veränderungen im Rahmen des Benzodiazepin-Langzeitkonsums.

Bestünde die angenommene Phaseneinteilung nicht, wäre mittels dem oben beschriebenen Vorgehen gar keine signifikante Differenzierung möglich gewesen.

Einschränkend muss berücksichtigt werden, dass weder die Phase der Wirkumkehr, noch die der Apathie sich mittels des SCL90-R sicher abbilden ließen.

Das Ergebnis unterstreicht zunächst die postulierte Tendenz eines phasenhaften Verlaufs und unterstützt zumindest die Dichotomisierung in eine Phase der Sucht und eine „davor“ liegende Phase. Die Phasen werden durch das Konsumverhalten determiniert und unterscheiden sich in ihrer Symptomatik.

Mittels SCL90-R sind die Phasen der Wirkumkehr und Apathie nicht reproduzierbar, die der Sucht hingegen lässt sich eindeutig nachvollziehen.

Es ergeben sich somit Hinweise, die die Gültigkeit des Phasenmodells wenigstens in Teilen vermuten lassen.

Holzbach (2014) konnte zwischenzeitlich in einer Studie mit einem größeren Patientenkollektiv, in dem auch wesentlich mehr Patienten im Niedrigdosis-Bereich vertreten sind, das Phasenmodell verfeinern und statistisch abgesichert nachweisen (5-Phasen-Modell mit Prodromal-, Wirkumkehr-, Apathie-, Sucht- und Intoxikations-Phase).

#### 4.3.3. BDI

Die Ergebnisse der Untersuchung des BDI im Hinblick auf die Phasen des Benzodiazepin-Langzeitkonsums müssen unter zwei Aspekten diskutiert werden:

- a) im Verlauf innerhalb der Phase und
- b) im Vergleich zwischen den Phasen.

Zu reflektieren ist die Frage, inwiefern die BDI-Auswertung das Phasenmodell belegen oder verwerfen kann.

Die in der Phase des relativen Entzuges befindlichen Patienten zeigten im Behandlungsverlauf eine Symptomverschlechterung.

Eine Erklärung dieses Phänomens liefert die Berücksichtigung der phasentypischen Symptomatik und affektiv-kognitiven Haltung der Wirkumkehr-Phase-Patienten.

Die spezielle Situation von Phase-1-Patienten impliziert neben der beschriebenen psychophysischen Symptomatik auch eine als typisch zu bezeichnende kognitive Haltung: Die Betroffenen haben bezüglich der konsumierten Substanz in der Regel kein Abhängigkeitserleben, weil es noch nicht zur Dosissteigerung gekommen ist. Es besteht kein Krankheitsbewusstsein bezüglich der Sucht. Dargebotene Klagen werden oftmals nicht auf das Suchtmittel attribuiert, sondern auf andere vermutete Gesundheitsstörungen.

Solche Patienten treten eine Entzugsbehandlung mit skeptischem Optimismus an: Es besteht der Wunsch, das Benzodiazepin nicht mehr zu konsumieren, die (oftmals iatrogen motivierte) Hoffnung, dass sich durch den Entzug etwas bessern werde und die Zuversicht, die bevorstehende Hürde meistern zu können. Gleichzeitig wird das Vorliegen einer tatsächlichen Abhängigkeit bezweifelt, Entzugssymptome werden nicht erwartet.

Im Verlauf des Medikamentenentzuges kommt es dann aber zu entzugsbedingten Beschwerden im Sinne einer passageren Symptomverstärkung. Dieses, bei gleichzeitig eher sorgloser Erwartungshaltung zu Behandlungsbeginn, kann die Verschlechterung des BDI-Ergebnisses schlüssig erklären.

Insgesamt ließe sich also das dargestellte Ergebnis der BDI-Auswertung durch Bezugnahme auf die Phaseneinteilung für Patienten der Phase des relativen Entzuges nachvollziehen. Alternativ muss diskutiert werden, dass zumindestens ein Teil der Betroffenen noch von einer antidepressiven Wirkung profitiert haben und gerade in dieser Patienten-Population das Für- und Wider der Weiterbehandlung besonders kritisch diskutiert werden muss.

Patienten der Apathie-Phase zeigten zunächst einen hohen, im Verlauf einen deutlich verminderten Summenscore im BDI.

Diese Patienten treten die Behandlung unter deutlich anderen Vorzeichen an als die Betroffenen der anderen Phasen. Schon die Grundsymptomatik in der Apathie-Phase fordert ein depressives Erleben mit eben Apathie und Antriebsminderung. In diesem Sinn besteht bereits à priori eine phasenimmanente Depressivität, die sich auch im BDI niederschlägt.

Hinzu muss wiederum die Aufnahmesituation der Betroffenen berücksichtigt werden. Die Patienten fühlen sich vor dem Hintergrund ihrer Beschwerden nicht in der Lage, die Entzugsbehandlung durchzustehen, befürchten eine Verschlechterung ihres Befindens oder auch ein „Versagen“ der Therapie. Anzunehmen ist, dass in diesem Sinne die gesamte emotional-kognitive Situation negativ gefärbt ist, der BDI also auf depressives Erleben hinweist.

Nach erfolgter – und zumeist erfolgreicher – Behandlung profitierten gerade die Patienten der Apathie-Phase und zeigten niedrigste BDI-Ergebnisse.

Hier ist zu vermuten, dass speziell die Apathie-Patienten besonders deutlich vom Entzug profitieren. Dies kann im Rückgang bzw. Wegfall der phasenspezifischen Symptome begründet sein. Die Patienten gewinnen an Antrieb, Interessen und Lebensfreude, fühlen sich befreit und schauen optimistischer in die Zukunft.

Betroffene der Suchtphase fühlten sich laut BDI-Score im Behandlungsverlauf signifikant weniger depressiv als zum Aufnahmezeitpunkt. Auch hier kann man die als phasentypisch zu beschreibende Ausgangs- und Verlaufssituation als Erklärungsmodell zugrunde legen und die Ergebnisse bestätigen somit hier das Phasenmodell von Holzbach. Insbesondere Betroffene der Suchtphase leiden neben den substanzbedingten Beschwerden unter wesentlichen depressiven Symptomen.

Die Abhängigkeit mit ständigem Beschaffungsdruck, Kontrollverlust und immer wieder vergeblichen Abstinenzversuchen führt zu Gefühlen von Schuld und Scham. „Eine erhöhte depressive Verstimmbarkeit – auch außerhalb der Entzugssituation – gehört zur Suchtstoffabhängigkeit gleich welcher Art“ (Finzen 1989).

Vor dem Hintergrund zahlreicher, misslungener Entzugsversuche bzw. vieler Rückfälle, somit einem chronifizierten Verlauf bestehen häufig negative Therapieerwartungen.

Entsprechend fühlen sich die Patienten der Suchtphase zu Behandlungsbeginn extrem depressiv.

Das Befinden bessert sich während der Behandlung, was durchaus als Folge der Entlastung durch den Wegfall von Sucht- und Beschaffungsdruck sowie einer Symptomreduktion gewertet werden kann.

Unabhängig vom detaillierten Outcome des BDI innerhalb der verschiedenen Phasen des Benzodiazepin-Langzeitkonsums und möglicher Interpretationen des Verlaufs bleibt festzustellen, dass lediglich die Patienten der Phase des relativen Entzuges im Behandlungsverlauf eine Verschlechterung depressiver Symptome beschreiben. Dies kann aus o.g. Gründen durchaus als phasentypisch gewertet werden, wenngleich alternative Modelle benannt werden können. Alle anderen Betroffenen profitieren subjektiv von der Entzugsbehandlung. Dieses Ergebnis findet sich im Einklang mit Befunden verschiedener Autoren (Vorma et al. 2004; Charney et al. 2000), die eine Verbesserung der Lebensqualität und Abnahme von Ängsten durch einen Benzodiazepin-Entzug nachwiesen.

Insgesamt lässt sich mit Hilfe der Ergebnisse des BDI die Hypothese vom dreiphasigen Verlauf des Benzodiazepin-Langzeitkonsums nicht beweisen, sie finden sich aber in guter Übereinstimmung mit den Annahmen zum Phasenverlauf und untermauern diese Theorie.

Aufgrund der dargestellten Überlegungen bietet die Phaseneinteilung nicht nur den Vorteil der möglichen Antizipation von speziellen Entzugsverläufen. Mit ihrer Hilfe könnten auch phasenspezifische Schwierigkeiten und Therapiehindernisse besser identifiziert und evtl. diesen sogar prophylaktisch begegnet werden.

#### 4.3.3.1. Phaseneinteilung und BDI-Subscore „Apathie“

Ein phasenbezogener Vergleich des BDI-Subcores „Apathie“ erbrachte signifikante Unterschiede für Patienten im relativen Entzug und Patienten der Suchtphase, nicht jedoch im Hinblick auf Patienten der Phase des relativen Entzuges und der Apathie sowie der Apathie und der Sucht.

Grundsätzlich muss hier berücksichtigt werden, dass die die Phasen kennzeichnenden Symptome quasi in die „nächsthöhere“ Entwicklungsstufe mitgenommen werden.

Auch ein Apathiephasepatient entwickelt nach entsprechender Gewöhnung Symptome des relativen Entzuges, ebenso zeigen Patienten der Suchtphase mit zunehmender Dosissteigerung Symptome der Apathiepatienten.

Andersherum wird der im relativen Entzug befindliche Betroffene mit beginnender Dosissteigerung Symptome der Apathiephase aufweisen.

Da die Phasen ineinander übergehen und eine „Momentaufnahme“ in einem Entwicklungsprozess darstellen, kommt es zu Verwischungen der Krankheitsbilder insbesondere beim Vergleich „aneinanderliegender“ Phasen. Die dargestellten Ergebnisse belegen dies sehr deutlich.

Erst eine Gegenüberstellung von Beginn und Ende der Phasen der Benzodiazepin-Abhängigkeit belegt somit eindrücklich die sich ändernde Symptomausbildung.

Erneut verweist das Untersuchungsergebnis auf das Vorliegen der vermuteten Phasen der Abhängigkeitsentwicklung und findet sich in Übereinstimmung mit den theoretischen Überlegungen hierzu. Ein Beweis für die grundsätzliche Richtigkeit der Annahmen des Phasenmodells gelingt erneut nicht.

#### 4.3.4. Hamburger Benzodiazepin-Entzugsskala

Die vornehmlich von den Patienten der Suchtstation beklagten Beschwerden betreffen den Schlaf, eine Verminderung des Vitalgefühls sowie innere Unruhe und Stimmungsschwankungen. Dieses Ergebnis findet sich in guter Übereinstimmung mit der von Holzbach für die einzelnen Phasen definierten Symptomatik.

Besonders der Aufnahmebefund der Patienten der Phase der Wirkumkehr erscheint als bedenkenswert. Für diese Klientel formuliert Holzbach eine aufgrund „fehlender“ Dosiserhöhung bestehende Dauerentzügigkeit mit entsprechender Symptombildung. Tatsächlich scorten die Patienten der Wirkumkehr-Phase zum Aufnahmezeitpunkt in der Hamburger-Benzodiazepin-Entzugsskala besonders hoch und höher als die Betroffenen der Apathie- und der Sucht-Phase, deren Ergebnisse in etwa gleich hoch ausfielen.

Auch nach einer Behandlungswoche ergaben sich – trotz im Verlauf deutlicher Verbesserung – weiterhin relativ hohe Summenscores für Patienten der Phase der Wirkumkehr, was auf eine eher zögerliche Symptomverbesserung im Rahmen der Therapie schließen lässt.

Die dauerhaft von Entzugssymptomen geplagten Patienten empfanden eine deutliche Verbesserung im weiteren Verlauf der Behandlung, was sich in der Reduktion des Summenscores nach vier Wochen widerspiegelt.

Der Theorie von Holzbach folgend erscheint der für die Patienten der Phase des relativen Entzugs dargestellte Ergebnisverlauf der Hamburger-Benzodiazepin-Entzugsskala gut erklärbar: Zum Aufnahmezeitpunkt leiden die Betroffenen bereits unter Entzugssymptomen; eine weitere Reduktion des vorher regelmäßig zugeführten Tranquilizers führt somit zwar zu einer relativen Verbesserung der Befindlichkeit, kann aber nicht als deutliche Erleichterung empfunden werden, da die ursprünglichen Symptome zunächst weiter fortbestehen, sich im Verlauf im Einzelfall auch verschärfen bis der Entzug vollständig abgeschlossen ist.

Ähnlich gestaltet sich die Situation für Patienten der Apathie-Phase: Diese scorten zu Behandlungsbeginn niedriger als die Phase-1-Patienten, zeigen dann ebenfalls eine zunächst leichte, nach vier Wochen aber deutliche Verbesserung der Ergebnisse der Hamburger-Benzodiazepin-Entzugsskala.

Aufgrund von abgeschwächtem Gefühlserleben, geistiger Leistungsminderung und gestörtem Körpergefühl / verminderter körperlicher Energie, wie sie für die Apathie-Phase beschrieben sind, entstehen hohe Scores zum Aufnahmezeitpunkt.

Nach einer Woche der Entzugsbehandlung ist anzunehmen, dass die primäre Abgeschlagenheit langsam anderen Entzugssymptomen wie Unruhe und Schlafstörungen weicht.

Erst nachdem auch diese überwunden sind, kommt es nach vier Wochen zu einer deutlichen Verbesserung der Befindlichkeit mit Rückgang der Entzugssymptomatik und Aufbau von mehr Antrieb und Lebensfreude.

Somit können auch die hier erhobenen Befunde schlüssig mit Holzbachs Theorie von der dreiphasigen Entwicklung des Benzodiazepin-Langzeitkonsums interpretiert werden.

Bei den Sucht-Phase-Patienten kommt es im Verlauf zu einer im Vergleich langsamen aber kontinuierlichen Verbesserung der Ergebnisse der Hamburger-Benzodiazepin-Entzugsskala.

Hier ist zu vermuten, dass die Verstoffwechslung aufgrund der höheren (kumulierten) Benzodiazepin-Dosen einen längeren Zeitraum in Anspruch nimmt bzw. je nach Verteilungsvolumen der konsumierten Substanz aus verschiedenen Kompartimenten noch wirksame Präparatmengen anfluten (Benkert, Hippus 2011), die insgesamt den Entzug und damit das Bestehen einer entsprechenden Symptomatik verlängern.

Der im Vergleich protrahierte Verlauf kann somit erneut unter dem Postulat der von Holzbach entworfenen Zusammenhänge erklärt werden.

Grundsätzlich kann durch die Auswertung der Ergebnisse der Hamburger-Benzodiazepin-Entzugsskala das Vorliegen einer dreiphasigen Entwicklung des Benzodiazepin-Langzeitkonsums nicht bewiesen werden. Die Resultate stehen aber keineswegs im Widerspruch zu dieser These. Mit Hilfe des Drei-Phasen-Modells werden die Befunde versteh- und interpretierbar, finden eine logische Erklärung, so dass die tatsächliche Existenz dieser Entwicklung plausibel erscheint.

#### 4.3.5. Begleitdiagnosen

Eine Bezugsetzung der diagnostizierten Begleiterkrankungen zu den Phasen des Benzodiazepin-Langzeitkonsums interessiert aus unterschiedlichen Perspektiven.

Insbesondere wäre es denkbar, dass die beklagten und eigentlich dem Konsum zuzuschreibenden Symptome fälschlicherweise nicht mit der Suchterkrankung in Verbindung gebracht, sondern eine (dann nicht zutreffende) psychiatrische Zusatzdiagnose formuliert wird.

Gleichzeitig könnte aber auch der Substanzkonsum (direkt oder sekundär über eine Veränderung der Lebensgewohnheiten und Verhaltenstraditionen) die Entstehung weiterer seelischer Erkrankungen begünstigen.

Darüber hinaus sind bestimmte psychiatrische Erkrankungen häufig mit einer komorbiden Suchterkrankung vergesellschaftet.

Namentlich zwischen depressiven Störungen und Suchterkrankungen besteht eine hohe Komorbidität (Sander, Schäfer 2003). Aber auch im Rahmen von Angsterkrankungen bestehen gehäuft Alkohol- und Benzodiazepin-Abhängigkeiten, wobei Benzodiazepine in gewissem Umfang zur Behandlung von Angsterkrankungen empfohlen werden (Roth 1989).

Benzodiazepine lindern seelische Spannung und Angst und wirken schlafinduzierend, diese Effekte haben sie mit anderen suchtbildenden Substanzen (z.B. Alkohol, Opiate) gemein (Huber 1994), weshalb diese relativ häufig gleichzeitig süchtig konsumiert werden. Nachdem Barbiturate in Deutschland nicht mehr als Schlafmittel zugelassen sind (Lüllmann et al. 2010), kommen in dieser Indikation häufig Benzodiazepine zum Tragen (Barbera, Shapiro 2005).

Darüber hinaus überschneiden sich die von Holzbach formulierten Symptome der Phasen des Benzodiazepin-Langzeitkonsums zum Teil mit denen von Depressionen und auch Angsterkrankungen.

In Verbindung mit den geschilderten komplexen Zusammenhängen kann die Häufigkeitsverteilung der Begleitdiagnosen unterschiedlich gedeutet werden. Zu reflektieren bleibt, in wie fern die Erkrankungen sich gegenseitig bedingen, was also zuerst kam, „das Huhn oder das Ei“. Diesbezüglich ist eine phasenspezifische Betrachtung der Begleitdiagnosen und ggf. Ableitung von Interventionsstrategien sinnvoll:

Für alle Phasen des Benzodiazepin-Langzeitkonsums fanden sich gehäuft gleichzeitig bestehende Abhängigkeiten in erster Linie von Alkohol, aber auch (legalen) Opiaten.

Wie oben dargestellt, ist dies zum großen Teil auf die Ähnlichkeiten des Wirkspektrums der konsumierten Mittel zurückzuführen. Im Verlauf der Abhängigkeitsentwicklung wird eine Substanz durch eine andere ausgetauscht bzw. deren Wirkung durch Hinzugabe einer ähnlich wirkenden Droge augmentiert.

Gleichzeitig wirft dieses Ergebnis ein Schlaglicht auf das Verschreibungsverhalten niedergelassener Ärzte, die ihren Patienten verschiedene suchtbildende Substanzen wie Benzodiazepine und Opiat-Analgetika gleichzeitig verordnen. Damit soll nicht gesagt sein, dass dieses Vorgehen immer zu kritisieren sei. Die Verordnung muss aber unbedingt immer wieder überprüft, Reduktionsversuche unternommen werden. Spätestens wenn der Konsum – einer der beiden oder beider Substanzen – süchtige Ausmaße annimmt, muss interveniert und ein alternativer Behandlungsweg beschritten werden.

Auch depressive Störungen fanden sich über alle Phasen des Benzodiazepin-Langzeitkonsums auffällig häufig.

Mit Hilfe der vorliegenden Daten lässt sich der Kausalzusammenhang, der die Depressivität entstehen ließ, nicht eindeutig klären.

Denkbar wäre zum Einen, ein primär depressives Leiden, welches (evtl. unter anderem und ggf. als Selbstheilungsversuch) mit Benzodiazepinen behandelt wurde, woraus sich in der Folge eine Abhängigkeit entwickelte.

Weiterhin wäre es möglich, dass sich die Depressivität als affektiv-kognitive Folge der empfundenen Abhängigkeit und ihrer Konsequenzen ergeben hat.

Drittens sind von Holzbach für alle Phasen des Benzodiazepin-Langzeitkonsums auch depressive Phänomene beschrieben.

So postuliert er etwa für die Phase der Wirkumkehr „Stimmungsschwankungen, Ängste und Dysphorie“, für die Apathie-Phase „Abgeschwächtes Gefühlserleben, Vergesslichkeit, Überforderung, Verstimmungszustände, Schwäche“, während die Sucht-Phase-Patienten neben diesen Symptomen auch bestimmte Verhaltensauffälligkeiten zeigen (Holzbach 2010).

Die Zusatzdiagnose einer Depression ist allerdings nur im ersten beschriebenen Fall gerechtfertigt. Im zweiten Fall ist die Depression Folge von Beschaffungsdruck, innerer Unfreiheit, der Wahrnehmung von Abhängigkeit und deren Konsequenzen. Im Dritten Modell ist die depressiv anmutende Symptomatik direkte Folge der Benzodi-

azepin-Wirkung, wobei hier zu erwarten wäre, dass im Verlauf des Entzuges sich auch die „Depression“ bessert.

Tatsächlich verminderten sich unabhängig von der Phasenzugehörigkeit der Betroffenen die BDI-Werte (s.o.) zum Ende der Behandlung bzw. Zeitpunkt der Nachuntersuchung unter den kritischen Wert von 18. Im Durchschnitt fand sich bei den nachuntersuchten Patienten keine relevante depressive Symptomatik mehr.

Zu einem gegebenen Zeitpunkt (Anfang, Therapieverlauf) wurden 54% der Patienten (s.o.) aber antidepressiv behandelt – eine Maßnahme, die, unabhängig von deren Verursachung, gegen Depressionen wirksam ist. Bei zahlreichen Probanden konnte das Antidepressivum im Behandlungsverlauf abgesetzt bzw. in niedriger Dosierung eingesetzt werden.

Die Vergabe des Antidepressivums sagt nichts über die Ursache der depressiven Symptomatik aus. Die Tatsache, dass diese Medikation abgesetzt bzw. „niedrig dosiert“ (also in der Regel eher in sedierender als antidepressiver Wirkung) weiterverordnet wurde, weist jedoch auf eine Besserung depressiven Erlebens im Verlauf des Entzugs hin.

Somit darf man annehmen, dass bei vielen Betroffenen eine substanz- und konsumbedingte Depressivität vorlag, die kausal durch den Entzug therapiert wurde. Die Kenntnis der Phasen des Benzodiazepin-Langzeitkonsums könnte hier eine wertvolle Unterstützung zur differentialdiagnostischen Zuordnung der depressiven Symptomatik bieten.

Patienten, die sich in der Phase des relativen Entzuges befanden, erhielten zu 40% die Zusatzdiagnose einer Angsterkrankung. Gerade hier drängt sich die Unterscheidung zwischen Angst und Symptomen der Konsumphase auf. Speziell diese Phase ist u.a. durch „Ängste und Schlafstörungen“ (Holzbach 2010) gekennzeichnet, so dass sich Überschneidungen zu genuinen Angsterkrankungen ergeben.

Obgleich natürlich die Möglichkeit besteht, dass die Betroffenen aufgrund ihrer Angst Benzodiazepine erhielten, belegt das Ergebnis doch, dass Betroffene, die im Niedrigdosisbereich konsumieren, häufiger von Ängsten geplagt werden als Konsumenten höherer Dosen, was wiederum Holzbachs Hypothese des Phasenverlaufs und seiner Symptomatik unterstützt.

Insgesamt selten wurde eine schizophrene Störung als Zusatzdiagnose angegeben.

Hier besteht ein klar definiertes und von sämtlichen anderen seelischen Erkrankungen in der Regel gut abgrenzbares Krankheitsbild. Überschneidungen zwischen schizophrenen Symptomen ersten Ranges (nach Schneider) und Zeichen des Benzodiazepin-Langzeitkonsums bestehen nicht und werden auch von Holzbach nicht beschrieben.

Eine Krankheit mit geringer syndromaler Ähnlichkeit zu Zeichen der Benzodiazepin-Abhängigkeit wird also selten als Zusatzdiagnose aufgeführt.

Der Befund könnte darauf verweisen, dass umgekehrt viele der Zusatzdiagnosen infolge diagnostischer und phänomenologischer Unschärfen gestellt werden.

Möglicherweise könnte daher eine Berücksichtigung der Sucht-Phasen die Diagnostik unterstützen und wertvolle Ergebnisse liefern

- a) für die Art der Psychotherapie der Sucht und der Depression sowie
- b) die geplante Nachsorge und hier die therapeutische Schwerpunktsetzung.

Keine Zusatzdiagnose erhielten insbesondere Patienten der Sucht-Phase. Hier muss die Frage gestellt werden, wie dieses Phänomen zustande kommt. Wieso wird gerade bei diesen Betroffenen derart selten eine Komorbidität festgestellt? Eine mögliche Antwort wäre die Behauptung, dass die Häufung sich zufällig ergibt und die Existenz der Sucht-Phase selbst zu negieren sei.

Tatsächlich zeigten gerade die Betroffenen der Sucht-Phase aber extrem hohe Resultate im BDI und SCL90-R, so dass die Unterlassung einer zusätzlichen Diagnosestellung nicht auf das Fehlen einer Symptomatik zurückzuführen sein kann.

Im Hinblick auf das Phasenmodell des Benzodiazepin-Langzeitkonsums wird für die Klientel der Sucht-Phase neben den Symptomen der Wirkumkehr- und Apathie-Phase besonders das Vorhandensein von Beschaffungsdruck und entsprechendem Verhalten hervorgehoben. Die Patienten wirken depraviert und von der Sucht gezeichnet.

Die Ergebnisse legen die Vermutung nahe, dass vor dem Hintergrund der überdeutlichen Abhängigkeitssymptomatik, zusätzlich bestehende Symptome seelischen Krankseins zurücktreten und / oder nicht entsprechend ihrem subjektiven Stellenwert bewertet werden. Hierauf deuten auch die bereits diskutierten Resultate des BDI.

Erneut gibt der BDI-Verlauf auch hier Hinweise darauf, dass zusätzlich bestehende depressive Erscheinungen durch die Entzugsbehandlung wirksam therapiert werden konnten.

Insgesamt unterstützt somit der dargestellte Befund die These, dass die von Holzbach beschriebene Sucht-Phase in ihrer Verursachung und Symptomatik Existenz hat, lässt sich doch nur mit ihrer Hilfe die Gesamtheit der Befunde (SCL90-R, BDI, Zusatzdiagnose) schlüssig begründen.

Für die Patienten könnte es hilfreich sein, wenn die bestehenden Beschwerden vollumfänglich Wertschätzung finden und im Rahmen der Behandlung beachtet werden. Eine Inbezugsetzung von subjektivem Leid und Substanzkonsum könnte für die Betroffenen zu richtungweisenden und hilfreichen Erkenntnissen und somit therapiemotivierend und die Befindlichkeit verbessernd wirken.

#### 4.3.6. BenzoCheck

Hier soll zunächst das Drei-Phasen-Modell in Bezug auf die Ergebnisse des BenzoChecks untersucht werden. Eine genaue Betrachtung der mit dem BenzoCheck zu gewinnenden Erkenntnisse findet sich im nachfolgenden Kapitel.

Entsprechend der Resultate des Checks würden weit über die Hälfte der tatsächlich suchtkranken Patienten „mit hoher Wahrscheinlichkeit“ bzw. „wahrscheinlich“ so eingestuft, dass ihre aktuellen Beschwerden Nebenwirkungen der Benzodiazepine sind.

Phasenabhängig ergeben sich gewisse Häufungen, ohne dass der BenzoCheck eine Unterteilung in die verschiedenen Entwicklungsstufen zulassen würde.

Allerdings könnten unterschiedliche Schwerpunkte (z.B. höchster Prozentsatz des Summenscores > 24 bei Sucht-Phase-Patienten) auf das Vorliegen einer phasenabhängigen Symptombildung hinweisen.

#### 4.3.7. Psychischer Befund bei Entlassung

Die von den Teammitgliedern vorgenommene Einschätzung der Veränderung des psychischen Befundes im Rahmen der Entzugsbehandlung zeigt keine Abhängigkeit von der postulierten Phase des Benzodiazepin-Langzeitkonsums.

Die Einschätzung steht dabei im Widerspruch zu den Ergebnissen der Selbsteinschätzungsskalen, die zwar eine Verbesserung der Befindlichkeit beschreiben, aber nicht auf eine drastische Veränderung hinweisen.

In diesen Skalen beziehen sich die Patienten allerdings auch nicht auf eine Verlaufs-, sondern eine Zustandsbeschreibung, was die Diskrepanzen erklären könnte.

In Bezug auf das Phasenmodell lässt sich feststellen, dass eben und gerade auch die Patienten im Niedrigdosisbereich (Wirkumkehr- und Apathie-Phase) von der Entzugsbehandlung nach objektivem Eindruck profitiert haben.

#### 4.3.8. Rückfallrate nach sechs Monaten

Fasst man komplette Abstinenz und mehrfach kurze Rückfälle einerseits als Therapieerfolg und mehrere lange sowie monatelange Rückfälle andererseits als Misserfolg zusammen, ergibt sich global eine Erfolgsquote von 73%.

Komplett abstinent blieben während des Sechs-Monats-Zeitraumes 50% der untersuchten Patienten.

Bezogen auf die Phasen des Benzodiazepin-Langzeitkonsums griff die Behandlung längerfristig besonders bei den Sucht-Phase-Patienten, gefolgt von denen der Apathie-Phase. Die Patienten der Phase des relativen Entzugs bildeten mit Abstand das Schlusslicht. Dies entspricht Ergebnissen von Zakis (1999).

Erhellte nun dieses Ergebnis die Frage nach der Gültigkeit der Phaseneinteilung des Benzodiazepin-Langzeitkonsums?

Die Patienten der Phase der Wirkumkehr zeigen zu Behandlungsbeginn einen blanden Befund bezüglich der Depressivität, der BDI liegt im Durchschnitt unter dem cut-off-Wert von 18. Im Verlauf steigt der BDI dann auf 20 als Zeichen einer zunehmenden depressiven Verstimmung.

Die Messung entsprechend der Hamburger Benzodiazepin-Entzugsskala ergibt eine als (im Vergleich zu den Patienten der anderen Phasen) relativ schwer empfundene Entzugsphase.

Zu berücksichtigen ist weiter, dass Patienten der Wirkumkehr-Phase sich häufig nicht als abhängig erleben, da sie wegen der fehlenden Dosiserhöhung und somit kontrolliertem Konsum den Eindruck haben, die Situation zu beherrschen. Tatsächlich substanzbedingte Beschwerden werden oft auf andere Erkrankungen attribuiert. Entsprechend ambivalent treten viele der Betroffenen eine Entzugsbehandlung an.

Durch den Entzug wird die Ausgangssymptomatik verschärft. Gerade diese Patienten erleben dann relativ schwere Entzugssymptome.

Der Entzug selbst wird somit als Zustandsverschlechterung wahrgenommen, die Befindlichkeitsverschlechterung mit dem „Verlust“ des Benzodiazepins kognitiv verknüpft.

In vielen Fällen werden durch den Medikamentenentzug über die reine Entzugssymptomatik hinaus auch Symptome der Grunderkrankung reaktiviert. Dabei haben sich die Bewältigungsstrategien der Betroffenen noch nicht ausreichend stabil verändert.

Für einige der Patienten scheint somit nach der Entlassung die Wiedereinnahme des Pharmakons ein logischer Schritt, um die aufgetretene, „neue“ Symptomatik wie gewohnt zu bekämpfen.

Zu hinterfragen wäre hier, ob sich die Rückfallrate durch Veränderungen im Aufklärungsverhalten der Professionellen sowie durch eine veränderte Nachbetreuung (evtl. intensiver, zeitnäher) verbessern lassen könnte.

Die Apathie-Phase-Patienten bleiben zu einem hohen Prozentsatz innerhalb von 6 Monaten nach der Entlassung abstinent bzw. haben nur kurze Rückfälle. Diese Klientel zeigt zum Aufnahmezeitpunkt laut BDI eine deutliche depressive Symptomatik, die sich im Verlauf sehr verbessert. Der Entzug selbst wird als schwer erlebt (entsprechend der Hamburger Benzodiazepin-Entzugsskala).

Zu erwarten ist im Hinblick auf die Therapiemotivation für die Apathie-Phase neben einem deutlichen Leidensdruck auch eine Einsicht in die Suchtproblematik. Die Medikamentendosis wurde gesteigert, in der Folge entwickelten sich Apathie und Abgeschlagenheit. Der Zusammenhang ist vielen Betroffenen transparent.

Im Laufe der Entzugsbehandlung bessert sich dann das Befinden (s. BDI) deutlich, wobei zugleich erhebliche Entzugssymptome beschrieben werden (s. Hamburger Benzodiazepin-Entzugsskala).

Vor dem Hintergrund des Phasenmodells argumentiert, scheinen der Zugewinn an Kraft und Lebensenergie sowie die positive Befindlichkeit nach dem Entzug dazu beizutragen, die Abstinenz zu unterstützen.

Zu überprüfen wäre, ob von Seiten der Therapeuten Apathie-Phase-Patienten in ihrer Sucht als schwerer betroffen wahrgenommen oder auch mit einer erfolgversprechenderen Behandlungsperspektive verknüpft werden als Patienten der Phase der Wirkumkehr.

So könnten das registrierte Leid und die als lohnenswert beurteilten therapeutischen Bemühungen zu einer intensiveren Arbeit mit diesen Patienten führen bzw. umfangreichere Nachsorgevorkehrungen nach sich ziehen. In der Folge erhielten diese Betroffenen mehr Unterstützung als Patienten der Phase der Wirkumkehr, was die Diskrepanz der Therapieresultate mit begründen könnte.

Patienten der Suchtphase bleiben bis zur Nachuntersuchung zum höchsten Prozentsatz Benzodiazepin-frei.

Dieses Patientenkollektiv kann als schwer abhängigkeitskrank beschrieben werden, neben den direkten Folgen des Substanzkonsums besteht hoher Beschaffungsdruck. Scham und Verheimlichungsversuche spielen eine wesentliche Rolle. Dabei bessert sich das Befinden der Betroffenen (s. BDI) im Behandlungsverlauf.

Neben einer Abstinenzmotivation durch den erzielten Therapieerfolg und die konsekutive Verbesserung der Befindlichkeit muss schließlich auch hier die wahrscheinliche Haltung der Behandler Berücksichtigung finden. Bei gelungener Entzugsbehandlung eines Sucht-Phase-Patienten werden bezüglich dieser Klientel weiterführende Therapien, Entwöhnungsbehandlungen usw. sicherlich häufiger angedacht und umgesetzt, um den Behandlungserfolg zu erhalten, als dies bei „Therapieversagern“ möglich und nötig erscheint, was das dargestellte Ergebnis mitbegründen könnte.

Den oben angestellten Überlegungen folgend ist somit das Ergebnis in Bezug auf den Behandlungserfolg schlüssig mit dem Phasenmodell des Benzodiazepin-Langzeitkonsums in Übereinstimmung zu bringen.

Darüber hinaus könnte eine Anwendung des Modells wesentliche Aspekte der Behandlung erhellen, dazu beitragen, Verbesserungen einzuführen.

Eine differenziertere Betrachtung von Einschätzung der Lebenssituation, Rückfallrate, Beurteilung der Medikamentenproblematik und der Hilfsangebote in Abhängigkeit vom primären Therapieerfolg liefert keine über die oben beschriebenen hinausreichenden Erkenntnisse.

Auch die Aufschlüsselung der Phasen des Benzodiazepin-Langzeitkonsums und Inbezugsetzung derselben zu kurz- und langfristigem Therapieerfolg sichert keine weiterreichenden Erkenntnisse bzw. erhellt die in Rede stehenden Fragestellungen nicht zusätzlich zu dem bereits Ausgeführten.

Aus den dargestellten Resultaten lässt sich das Drei-Phasen-Modell nicht direkt belegen, bei entsprechender Interpretation spricht aber Vieles für die Gültigkeit der Phaseneinteilung. Die Verknüpfung dieser Daten mit einer weiteren Studie mit ambulanten Patienten und eine feinere Unterteilung der Patientengruppen (zusätzlich Prodromal-Phase und Trennung der Sucht-Phase in eine Sucht-Phase und eine Intoxikations-Phase) führen zu einer eindeutigen Bestätigung des Modells (Holzbach 2014).

#### 4.4. BenzoCheck

Im Rahmen dieser Studie sollte der von Holzbach entwickelte BenzoCheck dahingehend überprüft werden, ob mit seiner Hilfe

- a) eine Benzodiazepin-Abhängigkeit nachgewiesen oder / und
- b) Selbsterkenntnis und Therapiemotivation der Betroffenen gefördert werden können.

##### 4.4.1. Teilkollektive (Tagesklinik ↔ Suchtstation)

Die durchschnittlichen Summenscores der Tagesklinikpatienten und der Patienten der Suchtstation weisen auf eine gute Differenzierung der Kollektive mittels BenzoCheck.

Der Vergleich der Gesamtscores des BenzoChecks, zwischen Benzodiazepin-Konsumenten und Nicht-Konsumenten von Benzodiazepinen ergibt keine klare Trennung der Konsumenten, weist auf eine hohe Rate von als krank erkannten Be-

troffenen (hohe Sensitivität), bei geringer Anzahl von als gesund erkannten nicht Betroffenen (geringe Spezifität). Eine solche Trennung ist auch nicht primäres Ziel des BenzoChecks, dieser dient vielmehr dem Zweck, als Konsumenten identifizierten „die Augen zu öffnen“ für die unerwünschten Wirkungen der Langzeiteinnahme. Mit dem Subscore (s. Kapitel 4.4.3.) lässt sich allerdings eine deutlich höhere Spezifität bei weiter hoher Sensitivität erreichen.

Ein positives Testergebnis erlaubt somit nicht die sichere Diagnose einer Suchterkrankung, macht das Vorliegen aber wahrscheinlich.

Da Fragebögen nie „Diagnosen stellen“, bedarf es auch hier, um eine Benzodiazepin-Abhängigkeit festzustellen, neben der Testung zusätzlicher Befunde wie Anamnese, klinischem Eindruck etc.

Im Verdachtsfall kann ein positives Ergebnis des BenzoChecks die Vermutung unterstützen, ein negatives würde sie abschwächen, aber nicht widerlegen.

Da insgesamt zahlreiche der betroffenen Patienten positive Testergebnisse erzielten, kann der Check eingesetzt werden, um den Patienten wahrscheinlich substanzbedingte Beeinträchtigungen vor Augen zu führen und damit Selbstreflexion, Krankheitsakzeptanz und Therapiemotivation zu fördern.

#### 4.4.2. Einzel-Items

Ogleich zahlreiche Verhaltensweisen und Eigenschaften, die der BenzoCheck abfragt, als suchttypisch gelten, konnte zunächst lediglich ein Kriterium als wirklich trennscharf identifiziert werden: Heimlichkeiten bei der Einnahme.

In der Gesamtauswertung des Checks bedarf also insbesondere das Kriterium der heimlichen Einnahme besonderer Aufmerksamkeit, da dessen positive Beantwortung mit großer Sicherheit auf das Vorliegen einer Symptomatik, die infolge des Benzodiazepin-Konsums aufgetreten ist, verweist.

Bezüglich der Aufklärungs- und Motivationsarbeit mit dem Patienten kann speziell auf dieses Item hingewiesen werden.

#### 4.4.3. BenzoCheck Subscore

Um eine mit Hilfe des BenzoChecks erreichbare Differenzierung in Benzodiazepin-abhängig und nicht-Benzodiazepin-abhängig sicherer zu ermöglichen, wurden ein Syndromkomplex von Merkmalen aus dem BenzoCheck beschrieben und dieser im Hinblick auf die Ergebnisse der Patienten der Tagesklinik und der Suchtstation untersucht.

Der so modifizierte Test lieferte für die Tagesklinikpatienten zu 100% richtig negative Ergebnisse. Für die Benzodiazepin-abhängigen Patienten ergaben sich zu 90% richtig positive und zu 10% falsch negative Befunde.

Unterzieht man also die skizzierten Items (Schlafstörung, Heimlichkeit, Wirkverlust, Fixierung, Indikationserweiterung) einer gesonderten Betrachtung, kann bereits mit einiger Sicherheit auf das Vorliegen einer Benzodiazepin-Abhängigkeit geschlossen werden – oder genauer: auf Symptome, die Nebenwirkungen von Benzodiazepinen sind.

Ein Ausschluss dieser Erkrankung gelingt nicht zu 100%, aber doch in entscheidendem Maße.

Der BenzoCheck zeigt sich daher unter spezieller Gewichtung als gut geeignet zur Differentialdiagnose der Benzodiazepin-Abhängigkeit.

Sinnvoll wäre, innerhalb der Testauswertung die Möglichkeit der gezielten Betrachtung der hier identifizierten Items darzustellen, um eine zusätzliche Motivation zu schaffen.

#### 4.4.4. Antidepressiva

Die Einnahme von Antidepressiva führt zu einer Erhöhung des Scores im Benzo-Check.

Da eine antidepressive Medikation insbesondere auch die Tagesklinikpatienten häufig erhielten, kann hier eine Ursache für deren unerwartet hohe Scores im BenzoCheck vermutet werden, wobei nochmals darauf hingewiesen werden muss, dass der BenzoCheck bei bekannten Benzodiazepin- und Z-Drug-Konsumenten eingesetzt werden soll zu deren Veränderungsmotivation.

Für den Umgang mit und die richtige Interpretation des BenzoChecks ist es bedeutsam, eine mögliche Beeinflussung durch die laufende Medikation zu berücksichtigen.

## 5. Zusammenfassung

Benzodiazepine und Non-Benzodiazepine („Z-Drugs“) sind häufig eingesetzte Medikamente, die entgegen der gängigen Leitlinien-Empfehlungen bei rund 1/3 aller Konsumenten langfristig gegeben werden (Holzbach et al. 2010). Es ist umstritten, wie diese Langzeitverschreibungen im Einzelfall zu bewerten sind. Das von Holzbach (2009) eingeführte „3-Phasen-Modell“ (Wirkumkehr, Apathie, Sucht) stellt eine Alternative zum etablierten Modell der „Low-dose-dependency“ dar, um diese Langzeitverschreibungen zu bewerten: Aufgrund fehlender Dosissteigerung bei niedrigen Dosierungen treten durch die relative Unterdosierung Entzugerscheinungen auf („Wirkumkehr“), gefolgt von einer Phase mit moderater Dosissteigerung mit einer Trias aus kognitiv-mnestischen Defiziten, affektiver Indifferenz und fehlender körperlicher Energie („Apathie-Phase“). Erst in der „Sucht-Phase“ sind die ICD10-Kriterien der Abhängigkeit erfüllt. Als Hilfsinstrument dient dabei der Lippstädter BenzoCheck.

Im Rahmen dieser Studie wurden 101 stationäre Patienten ( $50 \pm 13$  Jahre; 61% weiblich), die von Benzodiazepinen bzw. Non-Benzodiazepinen entzogen, mittels SCL-90-R, BDI, Lippstädter BenzoCheck und Hamburger Benzodiazepin-Entzugsskala untersucht und die Ergebnisse in Bezug zur Einnahmedauer und Dosis gesetzt. Dazu wurden u.a. aus verschiedenen Items der Skalen Subscores gebildet, die die Symptomatik der verschiedenen Phasen repräsentieren.

Zusätzlich wurden 153 tagesklinische Patienten ohne Einnahme von Benzodiazepinen oder Z-Drugs als Kontrollgruppe für die Spezifität des Lippstädter BenzoCheck herangezogen.

Mittels der entsprechenden Items der SCL-90-R gelingt eine sichere Identifizierung der Suchtphasepatienten (9,4 Punkte versus 6,9 bzw. 7,7 Punkte für die Phasen II (Apathie) und I (Wirkumkehr),  $p < 0,001$ ). Im BDI bestehen signifikante Unterschiede zwischen Phase I und Phase II ( $p = 0,043$ ) sowie Phase I und Phase III (Sucht;  $p = 0,025$ ), aber nicht zwischen Apathie- und Sucht-Phase. Auch die mittleren Summen-Scores der Hamburger-Benzodiazepin-Entzugsskala lassen sich im Ergebnis gut mit dem Phasenmodell in Einklang bringen, ohne dass dabei aber das Signifikanz-Niveau erreicht wird. Es gelingt insgesamt also kein durchgängiger Nachweis der Syndrom-Spezifität der einzelnen Phasen.

Dennoch lassen sich durch die Studie Hinweise darauf identifizieren, dass die geforderten Symptome im Verlauf der Abhängigkeitsentwicklung in der vermuteten Reihenfolge auftreten.

Alle Patienten – auch die, deren Konsum sich im niedrigen Dosisbereich befand – profitierten eindeutig von der Entzugsbehandlung. Hierfür sprechen zumindest die Ergebnisse der durchgeführten Testungen. Aufgrund der Rückfallverteilung muss das besondere Augenmerk den Betroffenen der „Wirkumkehr-Phase“ gelten. Hier scheinen weiterführende Therapiemaßnahmen indiziert.

Unter Nutzung eines Subscores ist mittels des BenzoCheck eine recht sichere Aussage zur Differentialdiagnose der Benzodiazepin-Abhängigkeit möglich. So wurden 100% der Tagesklinikpatienten als nicht-suchtkrank eingestuft. Falsch negativ war das Ergebnis bei 10% der Suchtpatienten.

Insgesamt können somit die aufgestellten Thesen bezüglich der Phaseneinteilung mit Hilfe der vorliegenden Studie als wahrscheinlich positiv beschieden werden.

Die Untersuchung beweist, dass der BenzoCheck zur Selbsteinschätzung, Motivation und Differentialdiagnose in die Praxis übernommen werden kann.

## 6. Literaturverzeichnis

Akhondzadeh S., Mohammadi M.R., Kashani L. (2002) Potentiation of muscimol-induced long-term depression by benzodiazepines but not zolpidem, *Progress in Neuro-Psychopharmacologie & Biological Psychiatry* 26, 1161 – 1166.

Ashton C.H. (1994), The treatment of Benzodiazepine Dependence, *Addiction* 89; 1535-1541.

AWMF-Register nvl-005

Barbera J., Shapiro C. (2005), Benefit-risk assessment of zaleplon in the treatment of insomnia, *Drug Saf.* 2005; 28(4):301-18, Springer, Heidelberg.

Barnard E.A., Skolnick P., Olsen R.W., Mohler H., Sieghart W., Biggio G., Braestrup C., Bsteson A.N., Langer S.Z. (1998) International Union of Pharmacology.XV. Subtypes of  $\gamma$ -Aminobutyric Acid-A Receptors: Classification on the Basis of Subunit Structure and Receptor Function, *Pharmacol. Rev.* 50, 291-131.

Beck A.T., Hautzinger M., Bronder G., Stein, B. (2001), *Kognitive Therapie der Depression*, 2.Auflage, 2001, Beltz Taschenbuch 23, 1999 Beltz Verlag, Weinheim und Basel.

Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. (1961), An Inventory for Measuring Depression, *Archives of general Psychiatry*, Vol. 4, June 1961.

Benkert O., Hippus H. (1996) *Psychiatrische Pharmakotherapie*, Springer, Berlin Heidelberg New York, 6. korr. und überarb. Aufl., S.278-339.

Benkert O., Hippus H. (2011), *Kompodium der Psychiatrischen Pharmakotherapie*, 8.Auflage 2011, Springer Medizin Verlag Heidelberg.

Bergman H., Borg S., Engelbrkton K., Vikander B. (1989), Dependence on Sedative-hypnotics: neuropsychological impairment, field dependence and clinical course in a 5-year follow-up study , *British journal of Addiction* (1989) 84, S.547-553.

Birkenhäger T.K., Moleman P., Nolen W.A. (1995) Benzodiazepines for depression? A review of the literature, *International Clinical Psychopharmacology*, Vol 10, S.181-195, Rapid Science Publishers.

Böning J., Schrappe O. (1984) Benzodiazepin-Abhängigkeit: Klinik der Entzugs-Syndrome, *Deutsches Ärzteblatt Ausgabe B* 81. Jahrgang Heft 5, 3. Februar 1984 (39) S.279-285.

Bonnet U. (2004) Wege aus der Benzodiazepin-Abhängigkeit, Was bringt die zusätzliche kognitive Gruppen-Verhaltenstherapie, *INFO Neurologie und Psychiatrie* 2004, Vol.6, Nr.3, S.39-40.

Busto U., Sellers E.M., Naranjo C.A., Cappell H., Sanches-Craig M., Sykora K. (1986), Withdrawal Reaction After Long-term Therapeutic Use Of Benzodiazepines, *The New England Journal of Medicine*, 1989, Vol. 315, No 14, pp854-859.

Busto U.E., Sykora K., Sellers E.M. (1989), A Clinical Scale to Assess Benzodiazepine Withdrawal, *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 1989, Vol.9, No.6, pp412-416.

Charney Dara A., Paraherakis Antonios M., Gill Kathryn J. (2000), The Treatment of Sedative-Hypnotic Dependence: Evaluating Clinical Predictors of Outcome, *J Clin Psychiatry*, 2000, 61:3, pp190- 195.

Couvée J.E., Zitzman F.G. (2002) The Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire: psychometric evaluation during a discontinuation program in depressed chronic benzodiazepine users in general practice, *Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs, Addiction*, 2002, 97, 337-345.

Dara A.C., Antonios M.P., Kathryn J.G. (2000), The Treatment of Sedative-Hypnotic Dependence: Evaluating Clinical Predictors of Outcome. *J Clin Psychiatry* 61:3, March 2000, pp190-195.

De las Cuevas C., Sanz E., de la Fuente J. (2003) Benzodiazepines : more « behavioral » addiction than dependence, *Psychopharmacology* 2003, 167 ; pp297-303.

Derogatis L.R., Savitz K.L. (1999) The SCL-90-R, brief symptom inventory, and matching clinical rating scales. In M.E. Maruish (Ed), (1999). The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment (2<sup>nd</sup> ed.) pp 679-724, Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers

Dilling, Mombour, Schmidt (2000) ICD-10, Verlag Hans Huber, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle, 4.Auflage 2000, S.92-94.

Du Prel J.-B., Röhrig B., Hommel G., Blettner M. (2010) Deutsches Ärzteblatt, Jg. 107, Heft 19, 14.05.2010.

Franke G.H. (2000) SCL-90-R Manual, 2. Auflage, Beltz Test GmbH, Göttingen 2000, S. 8-9

Finzen A. (1989), Suizidprophylaxe bei psychischen Störungen, Psychiatrie-Verlag, Bonn 1989.

Gallager D.W., Lakoski J.M., Gonsalves S.F. (1984) Rauch S.L., Chronic benzodiazepine treatment decreases postsynaptic GABA sensitivity, Nature, 1984, 308, pp74-77.

Glaeske G. (1995) Jahrbuch Sucht.

Glaeske G. (2005) Jahrbuch Sucht.

Gornestein C., Bernik M.A., Pompéia S., Marcourakis T. (1995) Impairment of performance associated with long-term use of benzodiazepines, Journal of psychopharmacology 9(4), 1995, pp313-318.

Gregory R.J.(2010) Psychological Testing: History, Principles and Applications, Pearson Education (US), 6<sup>th</sup> revised ed, 2010.

Haefely W. (1986) Biological Basis of Drug-induced Tolerance, Rebound and Dependence, Contribution of Recent Research on Benzodiazepines, Phamacopsychiatry, 1986, 19, pp353-361.

- Heafley W. (1983) The Biological Basis of Benzodiazepine Actions, Journal of Psychoactive Drugs, 1983, Vol. 15(1-2) Jan-Jun.
- Heberlein A., Bleich S., Kornhuber J., Hillemacher T. (2009) Benzodiazepine dependence: causalities and treatment options, Fortsch. Neurol. Psychiatr., 2009, Jan; 77(1):7-15.
- Herzberg P.Y., Goldschmidt S. (2008), Beck Depressions-Inventar, reportpsychologie <33> 6/2008, S.301-302.
- Higgitt A., Fonagy P., Lader M. (1988) Psychological Medicine, Monograph Supplement 13, 1988, Cambridge University Press, Cambridge.
- Hoffman, Glaeske, Scharffetter (2006) Sucht 52 (6) S.360-366.
- Holi M.M., Sammallahti P.R., Aalberg V.A. (1998) A Finnish validation study of the SCL90, Acta Psychiatr Scand, 1998: 97:42-46.
- Hollister L.E., Mohenbecker F.P., Degan R.O. (1961) Withdrawal reactions from chlordiazepoxide („Librium“), Psychopharmacologia, 1961, Berlin, 2:63-68.
- Hollister L.E., Motzenbecker F.P., Degan R.O. (1961), Withdrawal reactions from chlordiazepoxid („Librium“), Psychopharmacologica, 1961, 2, pp62-68.
- Hollweg M., Soyka M. (1996) Benzodiazepine, Psychopharmakotherapie, 1996, 3. Jahrgang, Heft 4.
- Holm M. (1990), One year follow-up oft users of benzodiazepines in general practice, Danish Medical Bulletin, 1990, Vol37, No.2, 1990, 188-191.
- Holton A., Riley P., Tyrer P. (1992), Factors predicting long-term outcome after chronic benzodiazepine therapy, Journal of Affective Disorders, 24 (1992), pp245-252.
- Holzbach R. (2004) Practice to research: use of benzodiazepines as adjunctive medications, Curr Opin Psychiatry (2004)17:000-000, pp 1-4.

- Holzbach R. (2006) Der Benzodiazepin-Entzug und dessen Behandlung. Suchttherapie 7, 2006, S. 1-10.
- Holzbach R., Jahn H., Pajonk F.G., Naber D (2008) Benzodiazepines in Addition to Antidepressants in the Treatment of Severely Depressed Inpatients – How often does it Lead to Long-Term Intake?, German J Psychiatry, 2008; 11, S.134-140.
- Holzbach R. (2009), Jahrelange Einnahme von Benzodiazepinen. Wann ein Entzug notwendig ist und wie er gelingt, MMW-Fortschr.Med. 21, 2009, S.36-39.
- Holzbach R. (2010) Benzodiazepin-Langzeitgebrauch und –abhängigkeit. Fortschritte Neurologie und Psychiatrie 78: 425 – 434 (2010).
- Holzbach R., Martens M., Kalke J., Raschke P. (2010), Zusammenhang zwischen Verschreibungsverhalten der Ärzte und Medikamentenabhängigkeit ihrer Patienten, Bundesgesundheitsblatt , 2010, 53, S.319-325.
- Holzbach R.(2014), Unveröffentlichtes Manuskript.
- Hu X.J., Ticku M.K. (1994) Chronic flurazepam treatment produces decreased efficacy of the benzodiazepine ligands and pentobarbital with gamma-aminobutyric acid-A receptors in cortical neurons, Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics, 1994, 270, pp 485-490.
- Huber G. (1994), Psychiatrie, 5.Auflage, Schattauer, Stuttgart, New York 1994.
- Joughin N.P.T.,Collins M. (1991), Inpatient withdrawal from long-term benzodiazepine use. Br J Addiction 1991; 86:449-455.
- Kan C.C., Berteler M.H.M., Timmermans E.A.Y., van den Ven A.H.G.S., Zitman F.G. (1999), Scalability, Reliability and Validity of the Benzodiazepine Dependence Self-Report Questionnaire in Outpatient Benzodiazepine Users, Comprehensive Psychiatry, 1999, Vol. 4. No. 4 (July/August): pp283-291.

Kan C.C., Breteler M.H.M., van der Ven A.H.G.S., Zitman F.G. (2001), Cross-Validation of the Benzodiazepine Dependence Self-Report Questionnaire in Outpatient Benzodiazepine Users, *Comprehensive Psychiatry*, 2001, Vol.42, No.5, pp433-439.

Kan C.C., Hilberink S.R., Berteler M.H.M. (2004) *Comprehensive Psychiatry*, 2004, Vol 45, No. 2 (March/April), pp 88-94.

Kapfhammer H.P. (1993) Die Therapie mit Benzodiazepinen. In Möller H.-J. (Hrsg) *Therapie psychiatrischer Erkrankungen*, Enke, Stuttgart, 1. Aufl., 1993, S.451-465.

Klein E. (2002) *Journal of Clinical Psychiatry*, 2002, 63, suppl 14, S.27-33.

König W., Laux G. (1998) Langzeiteinnahme und Abhängigkeit von Benzodiazepinen, *Psychopharmakotherapie*, 5. Jahrgang, Heft 4.

Kraus L., Augustin R., Orth B. (2003), Repräsentative Erhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Erwachsenen in Hamburg, *Epidemiologischer Suchtsurvey 2003*, IFT-Berichte Bd. 146. München: IFT Institut für Therapie-forschung.

Kugaya A., Sanacora G., Verhoef N. P.L.G., Fujita M., Manson G.F., Seneca N.M., Bozkurt A., Khan S.A., Anand A., Degen K., Charney D.S., Zoghbi S.S., Baldwin R.M., Seibyl J.P., Innis R.B. (2002) Cerebral Benzodiazepine Receptors in Depressed Patients Measured with liomazenil SPECT, *Society of Biological Psychiatry*.

Laakmann G., Faltermaier-Temizel M., Bossert-Zaudig S., Baghai T. (1996) Are benzodiazepines antidepressants?, *Psychopharmacology* 124:291-292, Springer-Verlag.

Lader M.H. (1987) The biological basis of benzodiazepine dependence, *Psychological medicine*, 1987, 17, S.539-547.

Ladewig D., (1989) Nutzen und Risiken der Verwendung von Benzodiazepinen aus der Sicht der Pharmakoepidemiologie unter Berücksichtigung der Substanzabhängigkeit, *Schweiz. Rundschau Med. (Praxis)* 78 Nr.27/28, 773-778.

- Ladewig D., (1990) Benzodiazepine – Abusus und Abhängigkeit, Hospitalis, 1990, 60, Nr.12, S.690-696.
- Lagro-Janssen A.L.M., Liberton I.J.W. (1993) Profielen van regelmatige gebruikers van benzodiazepinen in een huisartspraktijk, Ned Tijdschr Geneeskd, 1993; 137, nr 39, 1969 -1973.
- Laux G. (1989) Tranquilizer, Hippokrates Verlag Stuttgart.
- Leo H. Sternbach (1983) The Benzodiazepine Story, Adapted from Chapter 3 of Benzodiazepines: Today and Tomorrow, MTP Press Ltd, Journal of Psychoactive Drugs, 1983, Vol. 15 (1-2) Jan-Jun 1983.
- Linden M., Bär T., Geiselman B. (1998) Patient treatment insistence and medication craving in long-term low-dosage benzodiazepine prescriptions, Psychological Medicine, 1998, 28, pp721-729, Cambridge University Press.
- Little H. (1988) Chronic BDZ treatment increases the effect of the inverse agonists, In: Chloride channels and their modulation by neurotransmitters and drugs, Raven Press, New York, 1988, pp307-323.
- Lüllmann H., Mohr K., Hein L. (2010), Pharmakologie und Toxikologie, 17. Auflage, 2010, S.364, Thieme Verlag, Stuttgart.
- Magni G., Schifano F., Pastorello M., De Leo D., De Dominicis M.G. (1986) Use of Psychotropic Drugs in General Medical Geriatric Inpatients, Neuropsychobiology, 1986, 16: 181-185.
- Meeuwesen L., Arrindell W.A., Huyse F.J. (1992) Psychometrische kwaliteiten van de Symptom Checklist (SCL90) bij poliklinische patienten met buikpijn of lage rugklachten, T. Soc. Gezondheidsz. 70, 1992, S.123-131.
- Meldrum B. (1987) Classification of GABA and benzodiazepine receptors, Journal of Psychopharmacology, 1987, 1, pp1-5.

Michelini S., Cassano G.B., Frare F., Pertugi G. (1996) Long-Term use of Benzodiazepines: Tolerance, Dependence and Clinical Problems in Anxiety and Mood Disorders, *Pharmacopsychiat.*, 1996, 29, pp127-134, Georg Thieme Verlag Stuttgart, New York.

Miller L.G. (1991) Chronic benzodiazepine administration: from the patient to the gene, *Journal of Clinical Pharmacology*, 1991, 31, pp492-495.

Möller (Hrsg.) (1993) Therapie psychiatrischer Erkrankungen, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Müller W.E. (1990) Benzodiazepine, Gibt es Unterschiede im Abhängigkeitspotential?, *MMW-Taschenbuch, Psychiatrie für die Praxis* 11, 1990, Hrg. Helmchen H. und Hippus H. 319-326.

Nowell P.D., Mazumdar S., Buysse D.J. et al. (1997) Benzodiazepines and zolpidem for chronic insomnia: a meta-analysis of treatment efficacy. *JAMA*, 1997, 278 (24) S. 2170-2177.

Nutt D.J. (1990) Pharmacological mechanisms of benzodiazepine withdrawal, *Journal of Psychiatric Research*, 1990, 24, pp105-110.

Pallenbach E. (2006) Benzodiazepin-Abhängigkeit – die verborgene Sucht, *Deutsche Apotheker Zeitung*, 2006, 146. Jahrgang, Nr. 26, S.60-64, 29.06.2006.

Pallenbach E. (2006), Die ambulante Entwöhnung von Benzodiazepin-Abhängigen, *Deutsche Apotheker Zeitung*, 2006, 156. Jahrgang, Nr. 26, S.66-71.

Peters U.H., (1990) Wörterbuch der Psychiatrie und medizinischen Psychologie, 1990, 4. Auflage, Urban & Schwarzenberg München.

Pollack M.H., Allgulander C., Bandelow B. et al. (2003), World council of anxiety: WCA recommendations for the long-term treatment of panic disorder, *CNS Spectr*, 2003, 8 (Suppl 1) S.17-30.

Poser W. (1987) Langzeituntersuchungen bei Medikamentenabhängigen, in : Langzeitverläufe bei Suchtkrankheiten, Kleiner D. [Hrg], Springer, 1987, S.70-86.

Poser W. Böning J., Holzbach R. et al. (2006) Medikamentenabhängigkeit, In Schmidt L.G., Gastpar M., Gaebel W. (Hrsg) Evidenzbasierte Suchtmedizin, Deutscher Ärzteverlag, Köln, 2006, S. 271-308.

Poy-Bryne P.P., Sullivan M.D., Cowly D., Ries R. (1993), Adjunctive Treatment of Benzodiazepine Discontinuation Syndrom: a Review, J. psychiat. Res., 1993, Vol.27, Suppl.1, pp143-153.

Rickels K., Case W.G., Schweizer E., Garcia-Espana F., Fridman R., (1991), Long-term Benzodiazepine Users 3 Years After Participation in a Discontinuation Program, Am J Psychiatry, 1991, 148: 6, pp757-761.

Rickels K., Case W.G., Schweizer E., Garcia-Espania F., Fridman R. (1990), Benzodiazepine Dependence; Management of Discontinuation, Psychopharmacology Bulletin, 1990, Vol26, No.1, pp 63-68.

Rittmannsberger H. (1993), Differenzierte Therapie mit Benzodiazepinen, Wiener Medizinische Wochenschrift,1993, Heft 13, 336-344

Rote Liste 2013, Rote Liste Service GmbH, Frankfurt / Main.

Roth M., Sir (1989), Anxiety Disorders and the Use and Abuse of Drugs, J clin Psychiatry, 1989, 50:11 (suppl), pp30 – 35.

Roy-Bryne P.P., Hommer D. (1988), Benzodiazepine withdrawal: Overview and implications for the treatment of anxiety, Am. J. Med., 1988, 84:1041-1052.

Rüesch P., Hättenschwiler J. (2001) Risikofaktoren des Behandlungsabbruchs im stationären Drogenentzug; Die Bedeutung der Behandlungsmotivation und der subjektiven Verarbeitung des Entzuges, Wiener zeitschrift für Suchtforschung, Jg 24 2001 Nr.1, S. 11-18

Sander G., Schäfer I. (2003), Leitlinienforum der DGS „Sucht und psychiatrische Komorbidität, Suchttherapie, Ausgabe S1, Volume 4, November 2003, 4 – 3, Thieme Verlag Stuttgart.

Schmauss C., Krieg J.-C. (1987) Enlargement of cerebrospinal fluid spaces in long-term benzodiazepine abusers, *Psychological Medicine*, 1987, 17, 869-873.

Schöpf J. (1981), Ungewöhnliche Entzugssymptome nach Benzodiazepin-Langzeitbehandlungen, *Nervenarzt*, 1981, 52:288-292.

Schütz H. (1982) Benzodiazepine – Entdeckung, Entwicklung, Zukunftsperspektiven, *Pharmazie unserer Zeit*, 11. Jahrgang 1982, Nr. 6, Verlag Chemie GmbH, Weinheim.

Schütz H. (2012) Die Benzodiazepinstory Teil II, *Das PTA-Magazin*, 3/2012, S.106-109.

Schweizer E.R., Rickels K., De Martinis N. (1998), The effect of personality on withdrawal severity and taper outcome in benzodiazepine dependent patients. *Psychol Med*, 1998; 28:713-720.

Sieb J.P., Laux G., (1995) Exkurs: Abusus und Abhängigkeit von Benzodiazepinen, *Neuro-Psychopharmaka – ein Therapiehandbuch*, 1995, Band 2, Hrg Rieder P., Laux G., Pölinger W., Springer Verlag Wien.

Smith W.T, Londborg P.D., Gauldin V., Painter J.R. (1998) Short-Term Augmentation of Fluoxetine With Clonazepam in the Treatment of Depression: A Double-Blind Study, *American Journal of Psychiatry*, 1998, 155:10.

Smith, D.B. (2009) The Doctor Is In, *The American Scholar* 2009.

Spiegel D.A., Bruce T.J. (1997) Benzodiazepines and Exposure-Based Cognitive Behavior Therapies for Panic Disorder: Conclusions From Combined Treatment Trials, *American Journal of Psychiatry*, 1997, 154, pp773-781.

Tata P.R., Rollings J., Collins M., Pickering A., Jacobson R.R. (1994) Lack of cognitive recovery following withdrawal from long-term benzodiazepine use, *Psychological Medicine*, 1994, 24, pp203-213, Cambridge University Press.

Tattersall M., Hallstrom C. (1991), Self-Help and benzodiazepine withdrawal, *Journal of Affective Disorders*, 24, 1991, pp193-198.

Tyrer P., Murphy S., Riley P. (1990) The Benzodiazepine Withdrawal Symptom Questionnaire, *Journal of Affective Disorders*, 1990, 19, pp53-61.

Vorma Helena, Naikkarinen Hannu, Sarna Seppo, Kuoppasalmi Kimmo (2004), Symptom severity und quality of life after benzodiazepine withdrawal treatment in participants with complicated dependence, *Addictive Behaviors* 29, 2004, pp1059-1065.

Vorma, H., Naukkarinen H., Sarna S., Kuoppasalmi K. (2004) Symptom severity and quality of life after benzodiazepine withdrawal treatment in participants with complicated dependence, *Addictive Behaviors* 29, 2004, pp1059-1065.

Wedekind D., Bandelow B., Degner D. (2005) Die  $\alpha 2\delta$ -Untereinheit der spannungsabhängigen Kalziumkanäle, *Nervenarzt* 2005, 76, S.888-892.

Wikipedia 2014, Personality Test, 24.02.1014, 19:05h

Winokur A., Rickels K., Greenblatt D.J., Snyder P.J., Schatz N.J. (1980), Withdrawal reaction from long-term low dosage administration of diazepam, *Archives of General Psychiatry*, 1980, 37, pp101-105.

Wolfen S. (2005) Experimentelle SCL90-R Modifikation und Erweiterung, Dissertation am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Prof. Naber 2005.

Zakis D. (1999) Benzodiazepin-Abhängigkeit - Stationärer Entzugsverlauf und Abstinenz im 3 ½ Jahres Follow-Up, Dissertation an der Universität München, Prof. Naber 1999.

## 7. Anhang

### 7.1. Bado-Aufnahme

---

# BADO Medikamentenabhängigkeit Aufnahme

Version Stand 1.2.09 – R. Holzbach

Name: .....

Vorname: .....

Straße: .....

Ort: .....

Tel.: .....

Angehörige: .....

Geb. Datum: .....

Tel.: .....

**Patienten-Code-Nr.: .....**

A|\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_| (Aufnahmedatum)

⇒ Einverständnis zur Nachbefragung

A0|\_| (1= nein; 2= ja)

### Allgemeine Angaben:

A1|\_|\_| **Alter**

A2|\_| **Geschlecht** (1= männlich, 2= weiblich)

A3|\_| **Familienstand** (1= ledig, 2= verh., 3= eheähnl. Beziehung, 4= verwitwet, 5= geschieden  
9= keine Angabe)

A4|\_| **Partner:** überwiegende Partnersituation in den letzten 6 Monaten vor Aufnahme  
(1= allein, 2= zeitweise Beziehung, 3= feste Beziehung, 9= keine Angabe)

A5|\_| **Wohnsituation** (1= allein, 2= nur mit Partner, 3= mit Partner + Kind(ern), 4= nur mit  
Kind(ern) 5= mit Eltern, 6= eigene Whg. i.H. d. Eltern, 7= WG, 8= Wohnheim,  
9= Pension / Hotel, 10= auf der Straße, 11= Großfamilie)

A6|\_| **Finanzielle** Situation (1= problemlos, 2= knapp, aber Schuldenfrei, 3= knapp, gedeckte  
Schulden -z.B. Eltern, Immobilien, 4= ungedeckte Schulden bis 5.000,-, 5= ungedeckte  
Schulden bis 25.000, 6= ungedeckte Schulden über 25.000,- , 9= keine Angabe)

A7|\_|\_| **Ausbildungsjahre** (Schule + Lehre + Hochschule, 99= keine Angabe)

A8|\_| **Schulbildung** (1= ohne Abschluss, 2= Sonderschulabschluss, 3= Volks- / Hauptschul-  
abschluss, 4= Realschule, 5= Polytechnische Oberschule, 6= Abitur / Fachhochschulreife,  
7= Hochschulabschluss, 8= andere, 9= keine Angabe)

A9|\_| maximaler **Berufsabschluss** (1= keine begonnen, 2= abgebrochen, 3= Lehre, 4= Meister- / Fachschule, 5= Fachhochschule, 6= Hochschule/Uni, 7= sonstiges)

A10|\_| Überwiegende **Tätigkeit** in den letzten 6 Monaten vor Aufnahme (1= arbeitslos, 2= Angestellter / Beamter, 3= Arbeiter, 4= Facharbeiter, 5= Selbständig, 6= Mithilfe im Familienbetrieb, 7= Auszubildender, 8= Schüler / Student, 9= Wehr- / Zivildienst, 10= Hausfrau, 11= Rente, 12= Reha, 13= Gelegenheitsarbeit, 99= kA)

A11|\_| Überwiegende persönliche **Kontakte** (1= zu Personen mit aktuellen Suchtproblemen, 2= zu Personen mit früheren Suchtproblemen, 3= zu Personen ohne Suchtproblemen)

A12|\_| **Kinder** insgesamt- leibliche oder angenommene (0= keine)

A13|\_| **Kinder** unter 18 Jahren - leibliche oder angenommene (0= keine)

A14|\_| **Kinder** bei Patient wohnend - leibliche oder angenommene (0= keine)

A15|\_| **Jetzige berufliche Situation** (1= Vollzeit, 2= Teilzeit, 3= beschützte Tätigkeit, 4= 400€-Job, 5= arbeitslos, 6= Rente)

A16|\_| nur falls **arbeitslos – Dauer** in Monaten

A17|\_| Überwiegende **Finanzierung** (Hauptquelle) des Lebensunterhaltes in den letzten 6 Monaten vor Aufnahme: (1= Erwerbstätigkeit, 2= Krankengeld, 3= Arbeitslosengeld, 4= Sozialhilfe, 5= Rente, 6= Unterstützung durch Angehörige, 7= Ausbildungsbeihilfe / Übergangsgeld, 8= andere Einkünfte, 9= keine oder geringe und unregelmäßige Einkünfte)

## Suchtanamnese allgemein

### **Grund für Kontaktaufnahme** (Mehrfachnennung möglich)

- B1  Beratung (ja = 1)  
B2  Diagnostik  
B3  Entzug  
B4  Nachbetreuung  
B5  Therapie  
B6  Sonstiges: .....

### **Motivation für jetzige Kontaktaufnahme** (Mehrfachnennung möglich)

- B7  Kontrollverlust  
B8  Beschaffungsprobleme  
B9  Fremdmotiviert von Arzt  
B10  Fremdmotiviert über Familie / Bekannte  
B11  Gefühl der Abhängigkeit / Einsicht in Abhängigkeit  
B12  Empfehlung von Beratungsstelle  
B13  Empfehlung von anderer Klinik / Institution  
B14  Angst vor schädlichen Folgen  
B15  Sonstiges: .....

**Primäres Suchtmittel – ohne Nikotin / Koffein (nur Einfachnennung)**

- B16  Alkohol
- B17  Benzodiazepine
- B18  Barbiturate
- B19  Non-Benzodiazepin-Schlafmittel
- B20  opiathaltige Schmerzmittel
- B21  illegale Opiate
- B22  andere illegale Drogen
- B23  sonstiges: .....

**Reihenfolge der Ausbildung einer Abhängigkeit  
(immer mindestens eine Substanz benennen, von 1 – 9)**

- B25 | | Alkohol
- B26 | | Benzodiazepine
- B27 | | Barbiturate
- B28 | | Non-Benzodiazepin-Schlafmittel
- B29 | | opiathaltige Schmerzmittel
- B30 | | illegale Opiate
- B31 | | andere illegale Drogen
- B32 | | sonstiges: .....

B33 | | Seit wie vielen Jahren Abhängigkeit vom primären Suchtmittel

B34 | | Suchtprobleme des Partners: keine=0;Benzodiazepine=1;Alkohol=2;Drogen=3;  
Andere=4, 1+2=5;1+3=6;2+3=7

- B35 F | | , | | psychiatrische Hauptdiagnose nach ICD10
- B36 F | | , | | weitere psychiatrische Erkrankungen nach ICD10
- B37 F | | , | | weitere psychiatrische Erkrankungen nach ICD10
- B38 F | | , | | weitere psychiatrische Erkrankungen nach ICD10
- B39 F | | , | | weitere psychiatrische Erkrankungen nach ICD10
- B40 F | | , | | weitere psychiatrische Erkrankungen nach ICD10

B41 | | körperliche Erkrankungen mit Schmerzen (ja=1 nein=0) welche:.....

B42 | | Zigaretten/d (Zahl)

**Selbsthilfegruppe**

B43 | | Anzahl/Monat im letzten halben Jahr

**Anzahl bisheriger Therapien** (soweit 2/3 der geplanten Behandlungsdauer erreicht wurde; Mehrfachnennung möglich)

B44	_	ambulante Entwöhnungstherapie
B45	_	tagesklinische Entwöhnungstherapie
B46	_	stationäre Entwöhnungstherapie
B47	_	ambulante Psychotherapie
B48	_	tagesklinische Psychotherapie
B49	_	stationäre Psychotherapie
B50	_	stationäre psychiatrische Behandlung
B51	_ _	Gespräche in Beratungsstelle

**Antidepressiva** (nein= 1, ja= 2)

B52 |\_| Lebenszeit

B53 |\_| Aktuell

**Neuroleptika** (nein= 1, ja= 2)

B54 |\_| Lebenszeit

B55 |\_| Aktuell

**Alkoholkonsum** im letzten halben Jahr:

B56 |\_|\_|,|\_| **Bier** - Durchschnittliche *tägliche* Trinkmenge in Liter

B57 |\_|\_|,|\_| **Wein** - Durchschnittliche *tägliche* Trinkmenge in Liter

B58 |\_|\_|,|\_| **Schnaps** - Durchschnittliche *tägliche* Trinkmenge in Liter

### **Benzodiazepine**

c1 |\_|\_| Vor wie vielen Jahren erster Kontakt mit Benzodiazepinen

c2 |\_|\_| Vor wie vielen Jahren erstmals regelmäßig Benzodiazepine

Was war die **ursprüngliche Indikation** (Mehrfachnennung möglich)

- c3  Angst
- c4  Panik
- c5  Schlafstörungen
- c6  psychogene Störungen
- c7  Überforderung
- c8  Erschöpfungszustand
- c9  Krisenintervention
- c10  Depression
- c11  Erregungszustand
- c12  allgemeine Unruhe
- c13  vegetative Störungen
- c14  Muskelkrämpfe
- c15  Unklar

**Von wem wurden Benzodiazepine erstmals verordnet (nur Einfachnennung)**

- C16  Hausarzt / Allgemeinarzt / Praktischer Arzt
- C17  niedergelassener Psychiater
- C18  niedergelassener Gynäkologe
- C19  anderer Niedergelassener
- C20  Krankenhaus
- C21  direkte Abgabe Apotheke
- C22  Ausland besorgt
- C23  über Internet
- C24  Verwandte / Bekannte
- C25  Szene
- C26  andere illegale Beschaffung
- C27  Sonstiges: .....

**Von wem werden aktuell Benzodiazepine verordnet (Mehrfachnennung möglich)**

- C28  Hausarzt / Allgemeinarzt / Praktischer Arzt
- C29  niedergelassener Psychiater
- C30  niedergelassener Gynäkologe
- C31  anderer Niedergelassener
- C32  Krankenhaus

C40    Wie viele Ärzte verschreiben aktuell

**Mit welcher Substanz begonnen (nur Einfachnennung)**

C41 <input type="checkbox"/>	Alprazolam
C42 <input type="checkbox"/>	Bromazepam
C43 <input type="checkbox"/>	Brotizolam
C44 <input type="checkbox"/>	Chlordiazepoxid
C45 <input type="checkbox"/>	Clobazam
C46 <input type="checkbox"/>	Clonazepam
C47 <input type="checkbox"/>	Clotiazepam
C48 <input type="checkbox"/>	Diazepam
C49 <input type="checkbox"/>	Dikaliumclorazepat
C50 <input type="checkbox"/>	Flunitrazepam
C51 <input type="checkbox"/>	Flurazepam
C52 <input type="checkbox"/>	Loprazolam
C53 <input type="checkbox"/>	Lorazepam
C54 <input type="checkbox"/>	Lormetazepam
C55 <input type="checkbox"/>	Medazepam
C56 <input type="checkbox"/>	Midazolam
C57 <input type="checkbox"/>	Nitrazepam
C58 <input type="checkbox"/>	Nordazepam
C59 <input type="checkbox"/>	Oxazepam
C60 <input type="checkbox"/>	Prazepam
C61 <input type="checkbox"/>	Temazepam
C62 <input type="checkbox"/>	Tetrazepam
C63 <input type="checkbox"/>	Triazolam
C64 <input type="checkbox"/>	Unklar

**Aktuelle Substanz(en)** (Mehrfachnennung möglich)

C65	<input type="checkbox"/>	Alprazolam
C66	<input type="checkbox"/>	Bromazepam
C67	<input type="checkbox"/>	Brotizolam
C68	<input type="checkbox"/>	Chlordiazepoxid
C69	<input type="checkbox"/>	Clobazam
C70	<input type="checkbox"/>	Clonazepam
C71	<input type="checkbox"/>	Clotiazepam
C72	<input type="checkbox"/>	Diazepam
C73	<input type="checkbox"/>	Dikaliumclorazepat
C74	<input type="checkbox"/>	Flunitrazepam
C75	<input type="checkbox"/>	Flurazepam
C76	<input type="checkbox"/>	Loprazolam
C77	<input type="checkbox"/>	Lorazepam
C78	<input type="checkbox"/>	Lormetazepam
C79	<input type="checkbox"/>	Medazepam
C80	<input type="checkbox"/>	Midazolam
C81	<input type="checkbox"/>	Nitrazepam
C82	<input type="checkbox"/>	Nordazepam
C83	<input type="checkbox"/>	Oxazepam
C84	<input type="checkbox"/>	Prazepam
C85	<input type="checkbox"/>	Temazepam
C86	<input type="checkbox"/>	Tetrazepam
C87	<input type="checkbox"/>	Triazolam
C88	<input type="checkbox"/>	Unklar

C89|\_| Substanzwechsel im Verlauf (1= nein, 2= ja)

C90|\_| Dosissteigerung im Verlauf (1= nein, 2= ja)

C91|\_| Dosissteigerung im letzten Jahr (1= nein, 2= ja)

C92|\_| Dosissteigerung in den letzten vier Wochen (1= nein, 2= ja)

C93|\_|\_| **Toleranz** (Dosissteigerung) seit wie vielen Monaten (0= keine Toleranz, 999= keine Angabe)

C94|\_|\_| **Kontrollverlust** (z.B. zusätzliche Beschaffungsquellen) seit wie vielen Monaten (0= kein Kontrollverlust, 999= keine Angabe)

C95|\_|\_| **Wirkungsumkehr** (Entwicklung von Schlafstörungen, Unruhe und / oder Ängsten) vor wie vielen Monaten (0 = keine Wirkungsumkehr, 999 = unklar).

C96|\_|\_| **Art** der Abhängigkeit (1= nur psychisch, 2= psychisch und körperlich, 9= keine Angabe)

C97|\_|\_| Dauer des Gefühls **subjektiver** Abhängigkeit (in Monaten) (0= kein Gefühl der Abhängigkeit; 999 = keine Angabe)

C98|\_|\_| Dauer der manifesten **körperlichen** Abhängigkeit (in Monaten) (0= keine körperl. Abhängigkeit; 999 = keine Angabe)

C99|\_|\_| Aktuelle Dosis (mg / Tag; Schnitt der letzten 2 Wochen in Diazepam-Äquivalent)

C100|\_|\_|\_| Durchschnittliche Tagesdosis, an den Tagen, an denen im letzten Jahr konsumiert wurde (in Diazepam-Äquivalent)

C101|\_|\_|\_| An wie vielen Tagen wurde in den zurückliegenden 365 Tagen Benzodiazepine eingenommen.

C102|\_|\_|\_|\_| Lebensdosis in Diazepam-Äquivalenzdosis

C103|\_|\_|\_|\_| Dauer Lebenszeit Benzodiazepineinnahme (in Monaten) (täglich oder nahezu täglich)

C104|\_|\_|\_| Anzahl abstinente Phasen (länger als vier Wochen)

C105|\_|\_|\_| Vor wie vielen Monaten zuletzt solche Phase (999 für „nicht zutreffend“)

C106|\_|\_|\_| Anzahl (abgeschlossener) Selbstentzüge

C107|\_|\_|\_| Anzahl bisher (begonnener) ambulanter Entzüge

C108|\_|\_|\_| Anzahl bisher (begonnener) stationärer Entzüge

C109|\_|\_|\_| Summe abgeschlossener Entzüge

**Beschaffungswege (Lebenszeit, Mehrfachnennung möglich)**

C110	<input type="checkbox"/>	ein Arzt
C111	<input type="checkbox"/>	verschiedene Ärzte (parallel oder nacheinander)
C112	<input type="checkbox"/>	Szene
C113	<input type="checkbox"/>	Rezeptfälschung
C114	<input type="checkbox"/>	direkte Abgabe Apotheke
C115	<input type="checkbox"/>	von Verwandten / Bekannten bekommen
C116	<input type="checkbox"/>	Diebstahl Arbeitsplatz
C117	<input type="checkbox"/>	Diebstahl bei Freunden / Verwandten
C118	<input type="checkbox"/>	Beschaffung im Ausland
C119	<input type="checkbox"/>	Beschaffung via Internet
C120	<input type="checkbox"/>	Sonstiges: .....
C121	<input type="checkbox"/>	Sonstiges: .....

C122|C|\_|\_|\_| Hauptquelle (Nr. aus obiger Frage eintragen)

**Bei Verschreibung durch Ärzte (Mehrfachnennung möglich)**

C123	<input type="checkbox"/>	ausschließlich Kassenrezepte
C124	<input type="checkbox"/>	Kassen- und Privatrezepte gemischt
C125	<input type="checkbox"/>	nur Privatrezepte bei Privatpatienten
C126	<input type="checkbox"/>	nur Privatrezepte bei Kassenpatienten
C127	<input type="checkbox"/>	für Privatrezepte Gebühr verlangt

## Andere süchtig eingenommene Medikamente

keine

### Medikamententyp

- D1  Barbiturate (ja = 1)  
D2  frei verkäufliche Schmerzmittel  
D3  Non-Benzodiazepin-Schlafmittel  
D4  opiathaltige Schmerzmittel  
D5  Sonstige: .....

D6|\_|\_| **Präparat 1\***: .....

(\*bei mehreren Substanzen weitere Zettel kopieren)

D7|\_| Typ (rezeptfrei=1;rezeptpflichtig=2)

D8|\_| Einnahmefrequenz im letzten halben Jahr (keine Einnahme =0; gelegentlich(bis2x monatl.)=1, häufig (bis2x pro Woche)=2, regelmäßig (mind.alle 2d)=3)

D9|\_| Art der Dosierung (niedrig(weniger als Empfehlung)=1, normal(nach Empfehlung)=2, hoch(mehr als Empfehlung)=3)

D10|\_|\_| Vor wie vielen Jahren erster Kontakt mit Präparat

D11|\_|\_| Vor wie vielen Jahren erstmals regelmäßig Präparat

Was war die **ursprüngliche Indikation** (Mehrfachnennung möglich)

D12|\_| .....

D13|\_| .....

D14|\_| .....

D15|\_| Unklar

**Von wem wurde das Präparat erstmals verordnet** (nur Einfachnennung)

- D16  Präparat ist frei verkäuflich  
D17  Hausarzt / Allgemeinarzt /Praktischer Arzt  
D18  niedergelassener Psychiater  
D19  niedergelassener Gynäkologe  
D20  anderer Niedergelassener  
D21  Krankenhaus  
D22  direkte Abgabe Apotheke  
D23  Ausland besorgt  
D24  über Internet  
D25  Verwandte / Bekannte  
D26  Szene  
D27  andere illegale Beschaffung  
D28  Sonstiges: .....

**Von wem wird aktuell das Präparat verordnet (Mehrfachnennung möglich)**

- D29  Präparat ist frei verkäuflich
- D30  Hausarzt / Allgemeinarzt / Praktischer Arzt
- D31  niedergelassener Psychiater
- D32  niedergelassener Gynäkologe
- D33  anderer Niedergelassener
- D34  Krankenhaus
- D35  direkte Abgabe Apotheke
- D36  Ausland besorgt
- D37  über Internet
- D38  Verwandte / Bekannte
- D39  Szene
- D40  andere illegale Beschaffung
- D41  Sonstiges: .....

D42|\_|\_| Wie viele Ärzte verschreiben aktuell

D43|\_|\_| Dosissteigerung im Verlauf (1= nein, 2= ja)

D44|\_|\_| Dosissteigerung im letzten Jahr (1= nein, 2= ja)

D45|\_|\_| Dosissteigerung in den letzten vier Wochen (1= nein, 2= ja)

D46|\_|\_| **Toleranz** (Dosissteigerung) seit wie vielen Monaten (0= keine, 999= keine Angabe)

D47|\_|\_| **Kontrollverlust** (z.B. zusätzliche Beschaffungsquellen) seit wie vielen Monaten (0= kein Kontrollverl., 999= keine Angabe)

D48|\_|\_| **Art** der Abhängigkeit (1= nur psychisch, 2= psychisch u. körperl., 9= keine Angabe)

D49|\_|\_| Dauer des Gefühls **subjektiver** Abhängigkeit (in Monaten) (0= kein Gefühl der Abhängigkeit; 999 = keine Angabe)

D50|\_|\_| Dauer der manifesten **körperlichen** Abhängigkeit (in Monaten) (0= keine körperl. Abhängigkeit; 999 = keine Angabe)

D51|\_|\_| Aktuelle Dosis (mg / Tag; Schnitt der letzten 2 Wochen)

D52|\_|\_| Durchschnittl. Tagesdosis, wenn das Präparat im letzten Jahr konsumiert wurde

D53|\_|\_| An wie vielen Tagen wurde in den letzten 365 Tagen das Präparat eingenommen.

D54|\_|\_| Anzahl abstinente Phasen (länger als vier Wochen)

D55|\_|\_| Vor wie vielen Monaten zuletzt solche Phase (999 für „nicht zutreffend“)

D56|\_|\_| Anzahl (abgeschlossener) Selbstentzüge

D57|\_|\_| Anzahl bisher (begonnener) ambulanter Entzüge

D58|\_|\_| Anzahl bisher (begonnener) stationärer Entzüge

D59|\_|\_| Summe abgeschlossener Entzüge

# BADO Medikamentenabhängigkeit Entlassung

Version Stand 1.2.09 – R. Holzbach

Name: .....

Vorname: .....

Patienten-Code-Nr.: .....

E1|\_|\_|.|\_|\_|.|\_|\_| **Entlassungsdatum**

E2|\_| **Entlassungsart** (1= regulär, 2= Beh. v. Pat. abgebrochen vor Ende Entzug, 3= v. Pat. nach Entzug, 4= von Klinik vor Ende Entzug, 5= von Klinik nach Entzug, 6= von Krankenkasse)

E3|\_| **Entlassung nach** (1= in eigene Wohnung, 2= Wohnheim / Hotel / Unterkunft, 3= auf die Straße, 4= Übergangseinrichtung, 5= stationär-psychiatrisch, 6= stationär somatisch, 7= stationär-psychosomatisch; 8= Sucht-Reha)

## geplante Anschlussbehandlung

		Nein (1)	Vage Pla- nung (2)	Konkrete Vorberei- tung (3)
Beratungsstelle – Info, Beratung, usw.	E4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beratungsstelle – ambulante Entwöhnung	E5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante Psychotherapie	E6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psych.Institutsambulanz (nicht CMA)	E7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übergangswohnheim	E8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sucht-Tagesklinik	E9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sucht-Fachkrankenhaus	E10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrische Klinik	E11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarzt	E12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiater / Nervenarzt	E13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einzelgespräche Suchtambulanz i.H.	E14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Nachsorgegruppe i.H.	E15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamentengruppe i.H.	E16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E17|\_| **Änderung des körperlichen Zustandes**  
(1= sehr verschlechtert, 2= verschlechtert, 3= unverändert, 4= verbessert, 5= sehr verbessert)

E18|\_| **Änderung des psychischen Befindens**  
(1= sehr verschlechtert, 2= verschlechtert, 3= unverändert, 4= verbessert, 5= sehr verbessert)

E19|\_| **Änderung der sozialen Situation**  
(1= sehr verschlechtert, 2= verschlechtert, 3= unverändert, 4= verbessert, 5= sehr verbessert)

- E20| **Schwere des Entzuges (Eindruck Behandler)**  
(1= keine Entzugszeichen, 2= leichte Entzugszeichen, 3= mittelschwer, 4= schwer, 5= sehr schwer)
- E21| **Umstellung auf Oxazepam gelang (Eindruck Behandler)**  
(1= problemlos, 2= mit leichten Problemen, 3= mit großen Problemen)
- E22| **Einstellung auf Carbamazepin**  
(1= nein, da low-dose, 2= nein, da Pat. ablehnte, 3= nein, da Unverträglichkeit, 4= ja, problemlos, 5= ja, leichte Nebenwirkungen, 6= ja, aber deutl. Nebenwirkung, 7= ja, aber abgesetzt wg. Nebenwirkung, 8= primär Valproinsäure)
- E23| **Eingewöhnung auf Station gelang (Eindruck Behandler)**  
(1= problemlose, 2= mit leichten Problemen, 3= mit großen Problemen)
- E24| **Beteiligung an den Therapiegruppen (Eindruck Behandler)**  
(1= kontraproduktiv, 2= passiv, 3= vor allem Abgrenzung zu Alkoholabhängigen, 4= interessiert, aber wenig persönliches, 5= Gruppen gut für sich genutzt)
- E25| **Behandlung mit Antidepressiva**  
(1= nein, 2= unverändert fortgeführt, 3= Vorbehandlung abgesetzt, 4= Dosis Vorbehandlung reduziert, 5= Dosis Vorbehandlung erhöht, 6= Vorbehandlung auf anderes Med. umgestellt, 7= Neueinstellung, im Verlauf abgesetzt, 8 = Neueinstellung, niedrig dosiert, 9= Neueinstellung in voller therapeutischen Dosis)
- E26| **Behandlung mit hochpotenten oder atypischen Neuroleptika**  
(1= nein, 2= unverändert fortgeführt, 3= Vorbehandlung abgesetzt, 4= Dosis Vorbehandlung reduziert, 5= Dosis Vorbehandlung erhöht, 6= Vorbehandlung auf anderes Med. umgestellt, 7= Neueinstellung, im Verlauf abgesetzt, 8 = Neueinstellung, niedrig dosiert, 9= Neueinstellung in voller therapeutischen Dosis)
- E27| **Behandlung mit niederpotenten Neuroleptikum**  
(1= nein, 2= unverändert fortgeführt, 3= Vorbehandlung abgesetzt, 4= Dosis Vorbehandlung reduziert, 5= Dosis Vorbehandlung erhöht, 6= Vorbehandlung auf anderes Med. umgestellt, 7= Neueinstellung, im Verlauf abgesetzt, 8 = Neueinstellung, niedrig dosiert, 9= Neueinstellung in voller therapeutischen Dosis)
- E28| **Behandlung mit Antikonvulsivum**  
(1= nein, 2= unverändert fortgeführt, 3= Vorbehandlung abgesetzt, 4= Dosis Vorbehandlung reduziert, 5= Dosis Vorbehandlung erhöht, 6= Vorbehandlung auf anderes Med. umgestellt, 7= Neueinstellung, im Verlauf abgesetzt, 8 = Neueinstellung, niedrig dosiert, 9= Neueinstellung in voller therapeutischen Dosis)
- E29| **falls Behandlung mit Antikonvulsivum - Indikation**  
(1= unspezifisch, 2= Epilepsie, 3= Rezidivprophylaxe, 4= Entzugsmedikation)
- E30| **Komplikation im Entzug**  
(1= keine, 2= Epileptischer Anfall, 3= Delir, 4= psychische Dekompensation, 5= somatisch, 6= Kombination)

# Medikamente Befragung nach stationärem Entzug

Datum: ..... Name:.....

Lesen Sie bitte jede Frage in Ruhe und aufmerksam durch. Machen Sie dann ein Kreuz in das Kästchen bei der Antwort, die für Sie am ehesten zutrifft!

1. Wie ist es Ihnen in der Zeit seit der Entzugsbehandlung bei uns gegangen?

	sehr gut	gut	mittelmäßig	schlecht	sehr schlecht
privat:					
beruflich:					
gesundheitlich:					
insgesamt :					

2. Haben Sie seit der Entzugsbehandlung irgendwann einmal Benzodiazepine konsumiert? (Hier bitte nur ein Kreuz machen!)

<input type="checkbox"/>	Nein
<input type="checkbox"/>	nur einmal (an einem einzigen Tag)
<input type="checkbox"/>	1 bis 3 kurze Einnahmephasen (nie länger als eine Woche)
<input type="checkbox"/>	4 oder mehr kurze Einnahmephasen (nie länger als eine Woche)
<input type="checkbox"/>	1 bis 3 lange Einnahmephasen (länger als eine Woche)
<input type="checkbox"/>	4 oder mehr lange Einnahmephasen (länger als eine Woche)
<input type="checkbox"/>	Monatelang

3. Nehmen Sie gegenwärtig Benzodiazepine ?

nein	ja	wenn ja: seit wann? (bitte Monat und Jahr angeben!)

4. Bei Rückfällen: Was waren die Gründe oder die Auslöser für die neuerliche Einnahme ?

	nein	etwas	stark	sehr stark
unangenehme Gefühle				
angenehme Gefühle				
Versuch kontrolliert zu konsumieren				
Suchtdruck				
Schmerzen, Schlaflosigkeit usw.				
Geselligkeit, Verführung zum Konsum				
Konflikte mit Angehörigen				
Konflikte bei der Arbeit				
andere Gründe				

2. Seite →

5. Haben Sie seit der Entzugsbehandlung andere Suchtmittel genommen?

	nein	ja
Alkohol		
Aufputzmittel (Ecstasy usw.)		
Cannabis		
Frei verkäufliche Schmerzmittel		
Verschreibungspflichtige Schmerzmittel		
Kokain (auch Crack usw.)		
Opiate (Heroin, Morphin usw.)		

6. Verglichen mit der Zeit vor der Entzugsbehandlung:  
wie haben sich Ihre Medikamentenprobleme seitdem verändert?

sehr verbessert	verbessert	unverändert	verschlimmert	sehr verschlimmert

7. Haben Sie im täglichen Leben Menschen, die Ihnen bei Problemen helfen oder Sie sonstwie unterstützen?  
Wer hat Ihnen geholfen, abstinent zu bleiben oder zu werden?

	Unterstützung		hilfreich für Abstinenz?	
	nein	ja	nein	ja
Partner / Partnerin				
weitere Familie				
Freunde / Bekannte				
Arbeitskollegen				
Selbsthilfegruppen				

8. Waren oder sind Sie seit der Entzugsbehandlung wegen Suchtproblemen in einer Behandlung? War das eine Hilfe, abstinent zu bleiben oder zu werden?

	Behandlung		hilfreich für Abstinenz?	
	nein	ja	nein	ja
ambulante Psychotherapie				
ambulant in einer Arztpraxis				
in einer Suchtambulanz				
ein oder ein paar Termine in einer Suchtberatungsstelle				
regelmäßige Termine in einer Suchtberatungsstelle über mehrere Monate				
Entgiftung im Krankenhaus				
Therapeutisches Wohnheim				
stationäre Suchttherapie oder Tagesklinik				

9. Sind Sie seit der Entzugsbehandlung zu einer Selbsthilfegruppe gegangen?

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | gar nicht                                |
| <input type="checkbox"/> | ca. 1 Monat, aber dann nicht mehr        |
| <input type="checkbox"/> | länger als 1 Monat, aber dann nicht mehr |
| <input type="checkbox"/> | unregelmäßig                             |
| <input type="checkbox"/> | regelmäßig, ca. einmal im Monat          |
| <input type="checkbox"/> | feste Gruppe, jede Woche                 |

10. Wie ist Ihre berufliche Situation zur Zeit?

- |                          |                             |
|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | in Ausbildung/ Umschulung   |
| <input type="checkbox"/> | vollzeit berufstätig        |
| <input type="checkbox"/> | teilzeit berufstätig        |
| <input type="checkbox"/> | Gelegenheitsjobs, auch 400€ |
| <input type="checkbox"/> | arbeitslos gemeldet         |
| <input type="checkbox"/> | Hausfrau/ Hausmann          |
| <input type="checkbox"/> | berentet/ pensioniert       |

11. Wie ist Ihre finanzielle Situation zur Zeit?

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | ohne Probleme                                     |
| <input type="checkbox"/> | knapp, aber ohne Schulden                         |
| <input type="checkbox"/> | knapp, mit gedeckten Schulden (Haus; Eltern usw.) |
| <input type="checkbox"/> | ungedekte Schulden bis € 5.000,--                 |
| <input type="checkbox"/> | ungedekte Schulden bis € 25.000,--                |
| <input type="checkbox"/> | ungedekte Schulden über € 25.000,--               |

12. Leben Sie in einer festen Beziehung?

- |                          |                             |
|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | nein                        |
| <input type="checkbox"/> | ja, in gemeinsamer Wohnung  |
| <input type="checkbox"/> | ja, in getrennten Wohnungen |

13. Wie wohnen Sie zur Zeit?

- |                          |   |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | allein in eigener Wohnung (Miete, Eigentumswohnung, Haus) |
| <input type="checkbox"/> | mit PartnerIn   |
| <input type="checkbox"/> | mit PartnerIn und Kind(ern)                               |
| <input type="checkbox"/> | nur mit Kind(ern)   |
| <input type="checkbox"/> | mit Eltern (-teil)  |
| <input type="checkbox"/> | mit Freunden/ Bekannten/                                  |
| <input type="checkbox"/> | betreutes Wohnen/ Wohnheim/ Übergangseinrichtung          |
| <input type="checkbox"/> | Pension/ Hotel  |
| <input type="checkbox"/> | auf der Straße  |

Vielen Dank für die Beantwortung unserer Fragen!  
Und eine Bitte: gleich an uns zurückschicken!

Rücksende-Adresse:

LWL-Klinik Lippstadt  
Dr. R. Holzbach  
Im Hofholz 6  
59556 Lippstadt

---

**BDI**

Name: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ausfülldatum: \_\_\_\_\_

Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede Gruppe sorgfältig durch. Suchen Sie dann die eine Aussage in jeder Gruppe heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in dieser Woche einschließlich heute gefühlt haben und kreuzen Sie die dazugehörige Ziffer (0, 1, 2 oder 3) an. Falls mehrere Aussagen einer Gruppe gleichermaßen zutreffen, können Sie auch mehrere Ziffern markieren. Lesen Sie auf jeden Fall alle Aussagen in jeder Gruppe, bevor Sie Ihre Wahl treffen.

**A**

- 0 Ich bin nicht traurig.
- 1 Ich bin traurig.
- 2 Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los.
- 3 Ich bin so traurig oder unglücklich, dass ich es kaum noch ertrage.

**B**

- 0 Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft.
- 1 Ich sehe mutlos in die Zukunft.
- 2 Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann.
- 3 Ich habe das Gefühl, dass die Zukunft hoffnungslos ist, und dass die Situation nicht besser werden kann.

**C**

- 0 Ich fühle mich nicht als Versager.
- 1 Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt.
- 2 Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge.
- 3 Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein.

**D**

- 0 Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher.
- 1 Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher.
- 2 Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen.
- 3 Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt.

**E**

- 0 Ich habe keine Schuldgefühle.
- 1 Ich habe häufig Schuldgefühle.
- 2 Ich habe fast immer Schuldgefühle.
- 3 Ich habe immer Schuldgefühle.

**F**

- 0 Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein.
- 1 Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden.
- 2 Ich erwarte, bestraft zu werden.
- 3 Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein.

**G**

- 0 Ich bin nicht von mir enttäuscht.
- 1 Ich bin von mir enttäuscht.
- 2 Ich finde mich fürchterlich.
- 3 Ich hasse mich.

**H**

- 0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter zu sein als alle anderen.
- 1 Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler und Schwächen.
- 2 Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel.
- 3 Ich gebe mir für alles die Schuld, was schiefgeht.

**I**

- 0 Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun.
- 1 Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun.
- 2 Ich möchte mich am liebsten umbringen.
- 3 Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit hätte.

**J**

- 0 Ich weine nicht öfter als früher.
- 1 Ich weine jetzt mehr als früher.
- 2 Ich weine jetzt die ganze Zeit.
- 3 Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte.

\_\_\_\_\_ Subtotal Seite 1

The Psychological Corporation Harcourt Brace Jovanovich, Inc.  
 Copyright © 1978 by Aron T. Beck. All rights reserved.  
 Deutsche Ausgabe 1993 bei Verlag Hans Huber, Bern.  
 Das Fotokopieren und Nachdrucken dieses Fragebogens ist nicht erlaubt!

**Fortsetzung auf der Rückseite**

Verlag ISBN 3-456-82186-7\*  
 Hans Huber Bestellnummer 0305603

K

- 0 Ich bin nicht reizbarer als sonst.
- 1 Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher.
- 2 Ich fühle mich dauernd gereizt.
- 3 Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr.

L

- 0 Ich habe nicht das Interesse an Menschen verloren.
- 1 Ich interessiere mich jetzt weniger für Menschen als früher.
- 2 Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren.
- 3 Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren.

M

- 0 Ich bin so entschlossen wie immer.
- 1 Ich schiebe Entscheidungen jetzt öfter als früher auf.
- 2 Es fällt mir jetzt schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen.
- 3 Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen.

N

- 0 Ich habe nicht das Gefühl, schlechter auszusehen als früher.
- 1 Ich mache mir Sorgen, dass ich alt oder unattraktiv aussehe.
- 2 Ich habe das Gefühl, dass Veränderungen in meinem Aussehen eintreten, die mich hässlich machen.
- 3 Ich finde mich hässlich.

O

- 0 Ich kann so gut arbeiten wie früher.
- 1 Ich muss mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme.
- 2 Ich muss mich zu jeder Tätigkeit zwingen.
- 3 Ich bin unfähig zu arbeiten.

P

- 0 Ich schlafe so gut wie sonst.
- 1 Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher.
- 2 Ich wache 1 bis 2 Stunden früher auf als sonst, und es fällt mir schwer, wieder einzuschlafen.
- 3 Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen.

Q

- 0 Ich ermüde nicht stärker als sonst.
- 1 Ich ermüde schneller als früher.
- 2 Fast alles ermüdet mich.
- 3 Ich bin zu müde, um etwas zu tun.

R

- 0 Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst.
- 1 Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher.
- 2 Mein Appetit hat sehr stark nachgelassen.
- 3 Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr.

S

- 0 Ich habe in letzter Zeit kaum abgenommen.
- 1 Ich habe mehr als 2 Kilo abgenommen.
- 2 Ich habe mehr als 5 Kilo abgenommen.
- 3 Ich habe mehr als 8 Kilo abgenommen.

Ich esse absichtlich weniger, um abzunehmen:

JA  NEIN

T

- 0 Ich mache mir keine größeren Sorgen um meine Gesundheit als sonst.
- 1 Ich mache mir Sorgen über körperliche Probleme, wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfung.
- 2 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass es mir schwerfällt, an etwas anderes zu denken.
- 3 Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, dass ich an nichts anderes mehr denken kann.

U

- 0 Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses an Sex bemerkt.
- 1 Ich interessiere mich weniger für Sex als früher.
- 2 Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sex.
- 3 Ich habe das Interesse an Sex völlig verloren.

\_\_\_\_\_ Subtotal Seite 2

\_\_\_\_\_ Subtotal Seite 1

\_\_\_\_\_ Summenwert

**Codenummer / Name:** .....

**Geschlecht:**  männlich  weiblich

**Bildungsstand:**  Haupt-/Realschule  Abitur  abgeschl. Studium  unbekannt

**Alter:** .....

**Datum:** .....

**SCL-90-R**

**Anleitung**  
 Sie finden auf diesem Blatt eine Liste von Problemen und Beschwerden, die man manchmal hat. Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und entscheiden Sie, wie sehr Sie **In den letzten sieben Tagen** durch diese Beschwerden gestört oder bedrängt worden sind. Überlegen Sie bitte nicht erst, welche Antwort "den besten Eindruck" machen könnte, sondern antworten Sie so, wie es für Sie persönlich zutrifft. Machen Sie bitte hinter jeder Frage nur ein Kreuz in das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort. Streichen Sie versehentliche Antworten deutlich durch und kreuzen Sie danach das richtige Kästchen an.  
**Bitte beantworten Sie jede Frage!**

**Beispiel:**  
 Frage: Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter Rückenschmerzen?  
 Stärke Ihrer Zustimmung:  
 Wenn bei Ihnen als Antwort auf diese Frage am besten "sehr stark" zutrifft, dann kreuzen Sie bitte das Kästchen 4 = „sehr stark“ an.  
 Alle Ihre Antworten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark  
 0 1 2 3 4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark
1. Kopfschmerzen	0 1 2 3 4
2. Nervosität oder innerem Zittern	0 1 2 3 4
3. immer wieder auftauchenden unangenehmen Gedanken, Worten oder Ideen, die Ihnen nicht mehr aus dem Kopf gehen	0 1 2 3 4
4. Ohnmachts- oder Schwindelgefühlen	0 1 2 3 4
5. Verminderung Ihres Interesses oder Ihrer Freude an Sexualität	0 1 2 3 4
6. allzu kritischer Einstellung gegenüber anderen	0 1 2 3 4
7. der Idee, dass irgend jemand Macht über Ihre Gedanken hat	0 1 2 3 4
8. dem Gefühl, dass andere an den meisten Ihrer Schwierigkeiten Schuld sind	0 1 2 3 4
9. Gedächtnisschwierigkeiten	0 1 2 3 4
10. Beunruhigung wegen Achtlosigkeit und Nachlässigkeit	0 1 2 3 4
11. dem Gefühl, leicht reizbar und verärgert zu sein	0 1 2 3 4
12. Herz- und Brustschmerzen	0 1 2 3 4
13. Furcht auf offenen Plätzen oder auf der Straße	0 1 2 3 4
14. Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken	0 1 2 3 4
15. Gedanken, sich das Leben zu nehmen	0 1 2 3 4
16. Hören von Stimmen, die sonst keiner hört	0 1 2 3 4
17. Zittern	0 1 2 3 4
18. dem Gefühl, dass man den meisten Menschen nicht trauen kann	0 1 2 3 4
19. schlechtem Appetit	0 1 2 3 4
20. Neigung zum Weinen	0 1 2 3 4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark
21. Schüchternheit oder Unbeholfenheit im Umgang mit dem anderen Geschlecht	0 1 2 3 4
22. der Befürchtung, ertappt oder erwisch zu werden	0 1 2 3 4
23. plötzlichem Erschrecken ohne Grund	0 1 2 3 4
24. Gefühlsausbrüchen, gegenüber denen Sie machtlos waren	0 1 2 3 4
25. Befürchtungen, wenn Sie alleine aus dem Haus gehen	0 1 2 3 4
26. Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge	0 1 2 3 4
27. Kreuzschmerzen	0 1 2 3 4
28. dem Gefühl, dass es Ihnen schwerfällt, etwas anzufangen	0 1 2 3 4
29. Einsamkeitsgefühlen	0 1 2 3 4
30. Schwermut	0 1 2 3 4
31. dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen	0 1 2 3 4
32. dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren	0 1 2 3 4
33. Furchtsamkeit	0 1 2 3 4
34. Verletzlichkeit in Gefühlsdingen	0 1 2 3 4
35. der Idee, dass andere Leute von Ihren geheimsten Gedanken wissen	0 1 2 3 4
36. dem Gefühl, dass andere Sie nicht verstehen oder teilnahmslos sind	0 1 2 3 4
37. dem Gefühl, dass die Leute unfreundlich sind oder Sie nicht leiden können	0 1 2 3 4
38. der Notwendigkeit, alles sehr langsam zu tun, um sicher zu sein, dass alles richtig ist	0 1 2 3 4
39. Herzklopfen oder Herzjagen	0 1 2 3 4
40. Übelkeit oder Magenverstimmung	0 1 2 3 4

Wie sehr litten Sie in den letzten sieben Tagen unter...?	überhaupt nicht ein wenig ziemlich stark sehr stark
41. Minderwertigkeitsgefühlen gegenüber anderen	0 1 2 3 4
42. Muskelschmerzen (Muskelkater, Gliederreiben)	0 1 2 3 4
43. dem Gefühl, dass andere Sie beobachten oder über Sie reden	0 1 2 3 4
44. Einschlafschwierigkeiten	0 1 2 3 4
45. dem Zwang, wieder und wieder nachzukontrollieren, was Sie tun	0 1 2 3 4
46. Schwierigkeiten, sich zu entscheiden	0 1 2 3 4
47. Furcht vor Fahrten in Bus, Straßenbahn, U-Bahn oder Zug	0 1 2 3 4
48. Schwierigkeiten beim Atmen	0 1 2 3 4
49. Hitzewallungen und Kälteschauern	0 1 2 3 4
50. der Notwendigkeit, bestimmte Dinge, Orte oder Tätigkeiten zu meiden, weil Sie durch diese erschreckt werden	0 1 2 3 4
51. Leere im Kopf	0 1 2 3 4
52. Taubheit oder Kribbeln in einzelnen Körperteilen	0 1 2 3 4
53. dem Gefühl, einen Klumpen (Kloß) im Hals zu haben	0 1 2 3 4
54. einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft	0 1 2 3 4
55. Konzentrationsschwierigkeiten	0 1 2 3 4
56. Schwächegefühl in einzelnen Körperteilen	0 1 2 3 4
57. dem Gefühl, gespannt oder aufgereggt zu sein	0 1 2 3 4
58. Schweregefühl in den Armen oder den Beinen	0 1 2 3 4
59. Gedanken an den Tod und ans Sterben	0 1 2 3 4
60. dem Drang, sich zu überessen	0 1 2 3 4
61. einem unbehaglichen Gefühl, wenn Leute Sie beobachten oder über Sie reden	0 1 2 3 4
62. dem Auftauchen von Gedanken, die nicht Ihre eigenen sind	0 1 2 3 4
63. dem Drang, jemanden zu schlagen, zu verletzen oder ihm Schmerz zuzufügen	0 1 2 3 4
64. frühem Erwachen am Morgen	0 1 2 3 4
65. zwanghafter Wiederholung derselben Tätigkeit wie Berühren, Zählen, Waschen	0 1 2 3 4
66. unruhigem oder gestörtem Schlaf	0 1 2 3 4
67. dem Drang, Dinge zu zerbrechen oder zu zerschmettern	0 1 2 3 4
68. Ideen oder Anschauungen, die andere nicht mit Ihnen teilen	0 1 2 3 4
69. starker Befangenheit im Umgang mit anderen	0 1 2 3 4
70. Abneigung gegen Menschenmengen, z.B. beim Einkaufen oder im Kino	0 1 2 3 4
71. einem Gefühl, dass alles sehr anstrengend ist	0 1 2 3 4
72. Schreck- und Panikanfällen	0 1 2 3 4
73. Unbehagen beim Essen oder Trinken in der Öffentlichkeit	0 1 2 3 4
74. der Neigung, immer wieder in Erörterungen oder Auseinandersetzungen zu geraten	0 1 2 3 4
75. Nervosität, wenn Sie alleine gelassen werden	0 1 2 3 4
76. mangelnder Anerkennung Ihrer Leistungen durch andere	0 1 2 3 4
77. Einsamkeitsgefühlen, selbst wenn Sie in Gesellschaft sind	0 1 2 3 4
78. so starker Ruhelosigkeit, dass Sie nicht stillsitzen können	0 1 2 3 4
79. dem Gefühl, wertlos zu sein	0 1 2 3 4
80. dem Gefühl, dass Ihnen etwas Schlimmes passieren wird	0 1 2 3 4
81. dem Bedürfnis, laut zu schreien oder mit Gegenständen zu werfen	0 1 2 3 4
82. der Furcht, in der Öffentlichkeit in Ohnmacht zu fallen	0 1 2 3 4
83. dem Gefühl, dass die Leute Sie ausnutzen, wenn Sie es zulassen würden	0 1 2 3 4
84. sexuellen Vorstellungen, die ziemlich unangenehm für Sie sind	0 1 2 3 4
85. den Gedanken, dass Sie für Ihre Sünden bestraft werden sollten	0 1 2 3 4
86. schreckenerregenden Gedanken und Vorstellungen	0 1 2 3 4
87. dem Gedanken, dass etwas ernstlich mit Ihrem Körper nicht in Ordnung ist	0 1 2 3 4
88. dem Eindruck, sich einer anderen Person nie so richtig nahe fühlen zu können	0 1 2 3 4
89. Schuldgefühlen	0 1 2 3 4
90. dem Gedanken, dass irgend etwas mit Ihrem Verstand nicht in Ordnung ist	0 1 2 3 4

© by Beltz Test GmbH, Göttingen - Urheberrechtlich geschützt. Nachdruck und Vervielfältigungen jeglicher Art, auch einzelner Teile oder Items sowie die Speicherung auf Datenträgern oder die Wiedergabe durch optische oder akustische Medien verboten - Best.-Nr. 0421603

# Hamburger Benzodiazepin-Entzugs-Skala

Name: ..... Datum: .....

Im Entzug von Benzodiazepinen können Entzugerscheinungen auftreten. Bitte beurteilen Sie, wie häufig Sie die aufgeführten Symptome **im Verlauf der letzten 7 Tage** bei sich bemerkt haben. Wählen Sie die jeweils am besten passende Antwort.

	nie	selten	manch -mal	öfters	häufig	immer
	<input type="radio"/>					
1. Probleme mit dem Einschlafen	<input type="radio"/>					
2. Muskelschmerzen	<input type="radio"/>					
3. Zittern	<input type="radio"/>					
4. schlechteres Hören	<input type="radio"/>					
5. Kopfschmerzen	<input type="radio"/>					
6. Übelkeit	<input type="radio"/>					
7. Schwitzen	<input type="radio"/>					
8. Geschmackssinn reduziert	<input type="radio"/>					
9. Hören von Geräuschen oder Stimmen, die andere nicht hören (Halluzination)	<input type="radio"/>					
10. Sehen von Dingen, die nicht da sind (Halluzination)	<input type="radio"/>					
11. Nächtliches Aufwachen	<input type="radio"/>					
12. Angst	<input type="radio"/>					
13. Stimmungsschwankungen	<input type="radio"/>					
14. Gefühl, die Wohnung habe sich verändert	<input type="radio"/>					
15. Unwirklichkeitsgefühl	<input type="radio"/>					
16. Überempfindlichkeit gegen Licht	<input type="radio"/>					
17. Verschwommenes Sehen	<input type="radio"/>					
18. Muskelkrämpfe	<input type="radio"/>					
19. Tagsüber müde	<input type="radio"/>					
20. Überempfindlichkeit gegen Geräusche	<input type="radio"/>					
21. Appetitverlust	<input type="radio"/>					
22. Innere Unruhe	<input type="radio"/>					
23. Verstimmung	<input type="radio"/>					

	nie	selten	manch -mal	öfters	häufig	immer
24. plötzlich einschließende Bewegungen in Arme oder Beine	<input type="radio"/>					
25. intensivere Geruchswahrnehmungen	<input type="radio"/>					
26. eigene Stimme befremdlich	<input type="radio"/>					
27. übel riechender Schweiß	<input type="radio"/>					
28. Gefühl, als ob Sie nach hinten gezogen würden	<input type="radio"/>					
29. Vertrautes Umfeld kommt fremd vor	<input type="radio"/>					
30. verminderte Riechleistung	<input type="radio"/>					
31. wie auf Watte gehen	<input type="radio"/>					
32. Gefühl, Körperteile gehören nicht zu Ihnen	<input type="radio"/>					
33. Angst verrückt zu werden	<input type="radio"/>					
34. vermehrt aggressiv	<input type="radio"/>					
35. besseres Hören	<input type="radio"/>					
36. Wortfindungsstörungen	<input type="radio"/>					
37. unbeherrschter	<input type="radio"/>					
38. Verkürzung der Schlafdauer	<input type="radio"/>					
39. Hautschmerzen	<input type="radio"/>					
40. Überempfindlichkeit bei Berührungen	<input type="radio"/>					
41. Dinge größer Sehen	<input type="radio"/>					
42. Erbrechen	<input type="radio"/>					
43. Appetitsteigerung	<input type="radio"/>					
44. Herzklopfen	<input type="radio"/>					
45. Gefühl, als ob sich Arme oder Beine bewegen, ohne sichtbare Bewegung	<input type="radio"/>					
46. Kopfschmerzen	<input type="radio"/>					
47. Muskelanspannungen	<input type="radio"/>					
48. verschwommenes Sehen	<input type="radio"/>					
49. Befürchtungen	<input type="radio"/>					
50. Dinge kleiner Sehen	<input type="radio"/>					
51. Metallgeschmack	<input type="radio"/>					
52. irritierbar	<input type="radio"/>					

	nie	selten	manch -mal	öfters	häufig	immer
53. Erregung	<input type="radio"/>					
54. Konzentrationsstörung	<input type="radio"/>					
55. erholsamer Schlaf	<input type="radio"/>					
56. körperliche Abgeschlagenheit	<input type="radio"/>					
57. Grübeln	<input type="radio"/>					
58. vermehrtes wahrnehmen unange- nehmer Gerüche	<input type="radio"/>					

Sind Ihnen noch andere Veränderungen an sich aufgefallen, die in Zusammenhang mit dem Entzug stehen könnten? Bitte notieren Sie diese hier:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**LBC** Ä**Lippstädter Benzo-Check für Ärzte:****Einleitung:**

Benzodiazepine und Non-Benzodiazepine (Zolpidem, Zopiclon, Zaleplon) sind gut wirksame Medikamente, die maximal für 4 bis 8 Wochen verschrieben werden sollten. Bei längerer Anwendung verlieren diese Substanzen zunächst ihre Wirkung, dann kommt es zur Wirkumkehr. Der „Lippstädter Benzo-Check“ dient als Orientierung, wie dringend Betroffenen ein Entzug angeraten werden sollte.

**Anleitung:**

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 diagnostische Differenzierung und eine gezielte Behandlung kann erst nach dem Entzug eingeleitet werden.

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark
<b>Gefühlsminderung</b> – der Patient wirkt abgestumpft und / oder beschreibt eine Minderung seiner Gefühle bis hin zu einer depressiven Symptomatik	①	②	③	④	⑤
<b>Konzentrations- und / oder Merkfähigkeitsstörung</b>	①	②	③	④	⑤
<b>Fehlende körperliche Energie</b>	①	②	③	④	⑤
<b>Schlafstörung</b>	①	②	③	④	⑤
<b>Ängste</b>	①	②	③	④	⑤
<b>Gefühlsschwankungen</b> innerhalb eines Tages	①	②	③	④	⑤
<b>Überempfindlichkeit gegenüber Sinnesreizen</b> (Licht blendet, Geräusche werden rasch als Lärm empfunden)	①	②	④	⑥	⑧
<b>Sturzneigung / Stürze</b>	①	②	④	⑥	⑧
<b>Indikationserweiterung</b> – z.B. das Schlafmedikament tagsüber einnehmen	①	②	④	⑥	⑧
<b>Heimlichkeiten / Meidung:</b> Patient hat zusätzliche Quellen für das Medikament (andere Ärzte, Dritte, Internet, ...) und / oder meidet das Thema und / oder meidet Thematisierung der Medikamenteneinnahme im Umfeld und / oder bagatellisiert die eingenommene Menge	①	②	④	⑥	⑧
<b>Wirkverlust / Dosissteigerung</b> – die Dosis vom Patient selber oder in Absprache erhöht	①	②	③	④	⑤
<b>Fixierung auf das Medikament:</b> Das Haus nicht mehr ohne das Medikament verlassen und / oder andere Formen der Hilfe sich nicht vorstellen können und / oder Reduktion oder Absetzen sich gar nicht vorstellen können	①	②	④	⑥	⑧

## **Auswertung:**

### **0 – 12 Punkte:**

Noch keine sicheren, typischen Folgeerscheinungen – Patienten über die Gefahren der Langzeitverschreibung informieren (die in den Fragen angesprochenen Veränderungen), alternative Behandlungen einleiten und im Verlauf Patienten wieder untersuchen.

### **13 – 24 Punkte:**

Die Summe der Veränderungen kommt wahrscheinlich von der Einnahme der Benzodiazepine / Non-Benzodiazepine. Die Fortführung der Verschreibung ist problematisch. Dem Patienten ist das Absetzen der Benzodiazepine an zu raten, die Weiterverschreibung soll befristet werden.

### **25 und mehr Punkte:**

Die Veränderungen kommen mit hoher Wahrscheinlichkeit von der Langzeiteinnahme der Benzodiazepine / Non-Benzodiazepine. Ein ambulanter oder stationärer Entzug ist indiziert.

# Patientendaten Benzo-Check

Männlich

Weiblich

Geburtsjahr .....

Station: .....

ICD-10-Diagnosen (Freitext oder nur die Ziffern):

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Psychopharmaka vor Aufnahme:

### Antidepressivum

- nein
- unter zwei Wochen
- zwei bis sechs Wochen
- sechs bis 12 Wochen
- mehr wie 12 Wochen

### Neuroleptikum

- nein
  
- Hochpotentes Neuroleptikum
- unter zwei Wochen
- zwei bis sechs Wochen
- sechs bis 12 Wochen
- mehr wie 12 Wochen
  
- Atypisches Neuroleptikum
- unter zwei Wochen
- zwei bis sechs Wochen
- sechs bis 12 Wochen
- mehr wie 12 Wochen
  
- Niederpotentes Neuroleptikum
- unter zwei Wochen
- zwei bis sechs Wochen
- sechs bis 12 Wochen
- mehr wie 12 Wochen

### Benzodiazepine

- nein
- unter zwei Wochen
- zwei bis sechs Wochen
- sechs bis 12 Wochen
- mehr wie 12 Wochen

*Nur für Benzodiazepine:*

Präparat und zuletzt genommene Dosis

.....

**Gegebenenfalls Kommentar, Erläuterung**

### Einleitung:

Benzodiazepine und Non-Benzodiazepine (Zolpidem, Zopiclon, Zaleplon) sind gut wirksame Medikamente, die sich zur medikamentösen Behandlung von psychischen Krisen sehr gut eignen. In der Regel werden diese Medikamente zu Beginn der Behandlung gut vertragen. Mit einer Einnahmedauer über 8 Wochen hinaus wächst das Risiko für unerwünschte Begleiterscheinungen. Die Medikamente verlieren im Verlauf ihre Wirkung und es kann zu einer Wirkumkehr kommen, d.h. die Symptome, gegen die das Medikament wirken soll, werden von dem Medikament verstärkt.

Der „Lippstädter Benzo-Check“ dient als Orientierung, ob und wie ausgeprägt mögliche unerwünschte Wirkungen bereits aufgetreten sind.

### Anleitung:

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.

Auswertung auf der Rückseite.

<p>Erleben Sie eine Abschwächung Ihrer Gefühle bis hin zu einer depressiven Verstimmung?</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht 0 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> ein wenig 1 Punkt</p> <p><input type="checkbox"/> ziemlich 2 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> stark 3 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> sehr stark 4 Punkte</p>	<p>Schwanken Ihre Gefühle innerhalb eines Tages deutlich?</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht 0 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> ein wenig 1 Punkt</p> <p><input type="checkbox"/> ziemlich 2 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> stark 3 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> sehr stark 4 Punkte</p>	<p>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?</p> <p><input type="checkbox"/> nie 0 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> selten 2 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal 4 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> oft 6 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> sehr oft 8 Punkte</p>
<p>Ist Ihre Konzentrations- und/oder Merkfähigkeit gestört?</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht 0 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> ein wenig 1 Punkt</p> <p><input type="checkbox"/> ziemlich 2 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> stark 3 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> sehr stark 4 Punkte</p>	<p>Reagieren Sie überempfindlich auf Sinnesreize (z.B. blendet Licht, werden Geräusche rasch als Lärm empfunden)?</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht 0 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> ein wenig 2 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> ziemlich 4 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> stark 6 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> sehr stark 8 Punkte</p>	<p>Haben Sie die Dosis gesteigert, weil die Wirksamkeit des Medikaments nachgelassen hat?</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht 0 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> ein wenig 1 Punkt</p> <p><input type="checkbox"/> ziemlich 2 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> stark 3 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> sehr stark 4 Punkte</p>
<p>Fehlt Ihnen körperliche Energie?</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht 0 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> ein wenig 1 Punkt</p> <p><input type="checkbox"/> ziemlich 2 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> stark 3 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> sehr stark 4 Punkte</p>	<p>Nehmen Sie das Medikament aus anderen als den ursprünglichen Gründen und Anlässen (z.B. das Schlafmedikament tagsüber, wenn Sie gar nicht schlafen wollen)?</p> <p><input type="checkbox"/> nie 0 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> selten 2 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal 4 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> oft 6 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> sehr oft 8 Punkte</p>	<p>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?</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht 0 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> ein wenig 2 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> ziemlich 4 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> stark 6 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> sehr stark 8 Punkte</p>
<p>Leiden Sie unter Schlafstörungen?</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht 0 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> ein wenig 1 Punkt</p> <p><input type="checkbox"/> ziemlich 2 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> stark 3 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> sehr stark 4 Punkte</p>	<p>Stolpern Sie ohne ersichtlichen Grund, oder sind Sie gestürzt?</p> <p><input type="checkbox"/> nie 0 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> selten 2 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> manchmal 4 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> oft 6 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> sehr oft 8 Punkte</p>	
<p>Haben Sie Ängste?</p> <p><input type="checkbox"/> überhaupt nicht 0 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> ein wenig 1 Punkt</p> <p><input type="checkbox"/> ziemlich 2 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> stark 3 Punkte</p> <p><input type="checkbox"/> sehr stark 4 Punkte</p>		

## **Auswertung:**

### **0 – 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 – 24 Punkte:**

Die Summe der Veränderungen kommt wahrscheinlich von der Einnahme der Benzodiazepine / 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.

7.8. Ablaufplan

## **Ablaufplan Medikamentenstudie**

Name: .....

	<i>Datum</i>	<i>Bögen</i>	<i>gegeben</i>	<i>zurück</i>	<i>Nicht zurück weil</i>
Aufnahmegespräch		Einverständnis			
		BenzoCheck			
Selbstbeurteilungs- Bögen Aufnahme		Entzugsskala			
		SCL-90-R			
		Schlafqualitäts-Fragebogen (PSQI)			
		BDI			
Bado Aufnahme im Verlauf von Woche 1		Medikamenten-Bado	-		
Fragebögen <b>Woche 1</b>		Entzugsskala			
		MSLQ-R			
Fragebögen <b>Woche 2</b>		Entzugsskala			
		Schlafqualitäts-Fragebogen (PSQI)			
		SCL-90-R			
Fragebögen <b>Woche 3</b>		Entzugsskala			
Fragebögen <b>Woche 4</b>		Entzugsskala			
		Schlafqualitäts-Fragebogen (PSQI)			
		SCL-90-R			
		BDI			
<b>Bado zur Entlassung nicht vergessen !!!!</b>  * nur geben, wenn noch nicht in dieser Woche aus- gefüllt		Entlassungs-Bado			
		Entzugsskala *			
		Schlafqualitäts-Fragebogen * (PSQI)			
		SCL-90-R*			
ab <b>Woche 5</b> Nur wenn noch stationär		Entzugsskala			
Fragebögen <b>Monat 3+6</b>		Entzugsskala			
		Schlafqualitäts-Fragebogen (PSQI)			
		SCL-90-R			
		BDI			
		MSLQ-R			
		MESKA			

## 7.9. Äquivalenztabelle nach Holzbach

Wirkstoff	Handelsname	Tbl-Größe	Diese Menge entspricht 30mg Oxazepam
Alprazolam	Alprazolam AL	0,5 mg / 1 mg	1,5 mg
	Alprazolam-ratiopharm	0,25 mg / 0,5 mg / 1 mg	
	Cassadan	0,25 mg / 0,5 mg / 1 mg	
	Tafil	0,5 mg / 1 mg	
Bromazepam	Bromazepam AL 6	6 mg	6 mg
	Bromazepam-neuraxpharm 6	6 mg	
	Bromazepam OPT	6 mg	
	Bromazepam-ratiopharm 6	6 mg	
	Bromazep-CT 6	6 mg	
	Gityl 6	6 mg	
	Lexostad 6	6 mg	
	Lexotanil 6	6 mg	
	Normoc	6 mg	
Brotizolam	Lendormin	0,25 mg	0,5 mg
Chlordiazepoxid	Librium Tabs	25 mg	50 mg
	Radepur 10	10 mg	
Clobazam	Frisium 10 / 20 Tabs	10 / 20 mg	20 mg
Clonazepam	Rivotril 0,5 / -2	0,5 mg / 2 mg	2 mg
	Rivotril Tropfen	25 Tr. = 1ml = 2,5 mg	
Diazepam	Diazep CT	2 mg / 5 mg / 10 mg	10 mg
	Diazepam AbZ Tropfen	20 Tr. = 1 ml = 10 mg	
	Diazepam Desitin rectal tube 5 mg/10 mg	1 Tube = 5 mg / 10mg	
	Diazepam-Lipuro	2 ml = 10 mg	
	Diazepam-ratiopharm 2 / -5 / -10	2 mg / 5mg / 10 mg	
	Diazepam-ratiopharm Zäpfchen	10 mg	
	Diazepam-ratiopharm -Tropfen	20 Tr. = 1 ml = 10 mg	
	Diazepam STADA 5 / 10	5 mg / 10 mg	
	Faustan 5	5 mg	
	Faustan Suppositorien	10 mg	
	Valiquid 0,3 Tropfen	30 Tr. = 1 ml = 10 mg	
	Valium 5/ -10 Roche	5 mg / 10 mg	
Valocordin -Diazepam Tropfen	28 Tr. = 1 ml = 10 mg		
Dikalium-clorazepat	Tranxilium 5 / 10 / 20 Kps.	5 mg / 10 mg / 20 mg	20 mg
	Tranxilium 50 Tabl.	50 mg	
	Tranxilium Tabs	20 mg	

Wirkstoff	Handelsname	Tbl-Größe	Diese Menge entspricht 30mg Oxazepam
Flunitrazepam	Flunitrazepam-ratiopharm 1	1 mg	0,75 mg
	Rohypnol 1	1 mg	
Flurazepam	Dalmadorm	30 mg	30 mg
	Flurazepam real	27,42 mg	
	Staurodorm Neu	27,42 mg	
Loprazolam	Sonin	1 mg	1,5 mg
Lorazepam	Lorazepam-neuraxpharm 1 / -2.5	1 mg / 2.5 mg	2 mg
	Lorazepam-ratiopharm 1 / -2.5	1 mg / -2.5 mg	
	Tavor 0,5 / 1 / 2,5	0,5 mg / 1 mg / 2,5 mg	
	Tavor 1 / 2,5 Expidet	1 mg / 2,5 mg	
	Tavor Tabs 2,0	2 mg	
	Tolid 1 / 2,5	1 mg / 2,5 mg	
Lormetazepam	Ergocalm 1,0 Tbl.	1 mg	1,5 mg
	Ergocalm 2,0 Tabs	2 mg	
	Lormetazepam AL 1 / -2	1 mg / 2 mg	
	Lormetazepam-ratiopharm 0,5 / 1 / -2	0,5 mg / 1 mg / 2 mg	
	Noctamid -0,5/-1/-2	0,5 mg / 1 mg / 2 mg	
Medazepam	Rudotel	10 mg	20 mg
	Rusedal	10 mg	
Midazolam	BUCCOLAM Lsg. zur Anwendung in Mundhöhle		7,5 mg
	Dormicum Tbl.	7,5 mg	7,5 mg
	Dormicum Injektionslsg.	5 mg / 5 ml	7,5 mg
	Midazolam-Actavis Injektionslsg.	1 mg / 2 mg / 5 mg	7,5 mg
	Midazolam-hameln Injektionslsg.	1 mg / 2 mg / 5 mg	7,5 mg
	Midazolam-ratiopharm Lsg.	1 mg / ml	7,5 mg
	Midazolam-ratiopharm Injektionslsg.	5mg / 15mg / 50mg /	7,5 mg
Midazolam Rotexmedica Injektionslsg.	1 mg / 5 mg	7,5 mg	
Nitrazepam	imeson	5 mg	5 mg
	Mogadan	5 mg	
	Nitrazepam AL 5 / -10	5 mg / 10 mg	
	Nitrazepam-neuraxpharm	5 mg / 10 mg	
	Novanox / -forte	5 mg / 10 mg	
	Radedorm 5	5 mg	

Wirkstoff	Handelsname	Tbl-Größe	Diese Menge entspricht 30mg Oxazepam
Oxazepam	Adumbran	10 mg	30 mg
	Oxazepam AL 10	10 mg	
	Oxa-CT 10 / -50	10 mg / 50 mg	
	Oxazepam-neuraxpharm 10 / 50	10 mg / 50 mg	
	Oxazepam-ratiopharm 10 / 50	10 mg / 50 mg	
	Oxazepam STADA 10	10 mg	
	Praxiten / -10 / -forte	15 / 10 / 50 mg	
Prazepam	Demetrin	10 mg	20 mg
	Mono Demetrin	20 mg	
Temazepam	Planum	20 mg	20 mg
	Remestan / -mite	20 mg / 10 mg	
Tetrazepam	Musaril	50 mg	50 mg
	Tetrazepam AL 50	50 mg	
	Tetrazepam beta	50 mg	
	Tetrazepam-neuraxpharm 50 / -100	50 mg / 100mg	
	Tetrazepam-ratiopharm	50 mg	
	Tetrazepam STADA	50 mg	
	Tetrazep-CT	50 mg	
Triazolam	Halcion / -mite	0,25 / 0,125 mg	0,5 mg
Zaleplon	Sonata	5 mg / 10 mg	??
Zolpidem	Bikalm	10mg	20 mg
	Stilnox	10mg	
	Zolpidem AL	5 mg / 10mg	
	Zolpidem-CT	5 mg / 10mg	
	Zolpidem-neuraxpharm	5 mg / 10mg	
	Zolpidem-ratiopharm	5 mg / 10mg	
	Zolpidem STADA	5 mg / 10mg	
	Zolpi-Lich	10 mg	
	Zolpinox	10 mg	
Zopiclon	Optidorm	3,75 mg / 7,5mg	15mg
	Somnosan	3,75 mg / 7,5mg	
	Ximovan	7,5 mg	
	ZopiclonAL	7,5 mg	
	Zopiclon beta	7,5 mg	
	Zopiclon-CT	3,75 mg / 7,5 mg	
	Zopiclon-neuraxpharm	3,75 mg / 7,5 mg	
	Zopiclon-ratiopharm	3,75 mg / 7,5 mg	
	Zopiclon STADA	7,5 mg	

Handelsname	Wirkstoff	Tbl-Größe	Diese Menge entspricht 30mg Oxazepam
Adumbran	Oxazepam	10 mg	30 mg
Alprazolam AL	Alprazolam	0,5 mg / 1 mg	1,5 mg
Alprazolam-ratiopharm	Alprazolam	0,25 mg / 0,5 mg / 1 mg	1,5 mg
Bikalm	Zolpidem	10mg	20 mg
Bromazepam-CT 6	Bromazepam	6 mg	6 mg
Bromazepam AL 6	Bromazepam	6 mg	6 mg
Bromazepam-neuraxpharm 6	Bromazepam	6 mg	6 mg
Bromazepam OPT	Bromazepam	6 mg	6 mg
Bromazepam-ratiopharm 6	Bromazepam	6 mg	6 mg
BUCCOLAM Lsg. zur Anwendung in Mundhöhle	Midazolam		6 mg
Cassadan	Alprazolam	0,25 mg / 0,5 mg / 1 mg	1,5 mg
Dalmadorm	Flurazepam	30 mg	30 mg
Demetrin	Prazepam	10 mg	20 mg
Diazep CT	Diazepam	2 mg / 5 mg / 10 mg	10 mg
Diazepam Desitin rectal tube 5 mg/10 mg	Diazepam	1 Tube = 5 mg / 10mg	10 mg
Diazepam-Lipuro	Diazepam	2 ml = 10 mg	10 mg
Diazepam-ratiopharm 2 / -5 / -10	Diazepam	2 mg / 5mg / 10 mg	10 mg
Diazepam-ratiopharm -Tropfen	Diazepam	20 Tr. = 1 ml = 10 mg	10 mg
Diazepam-ratiopharm Zäpfchen	Diazepam	10 mg	10 mg
Diazepam STADA 5 / 10	Diazepam	5 mg / 10 mg	10 mg
Dormicum Tbl.	Midazolam	7,5 mg	7,5 mg
Dormicum Injektionslsg.	Midazolam	5 mg / 5 ml	7,5 mg
Ergocalm 1,0 Tbl.	Lormetazepam	1 mg	1,5 mg
Ergocalm 2,0 Tabs	Lormetazepam	2 mg	1,5 mg
espa-dorm	Zopiclon	7,5 mg	15mg
Faustan 5	Diazepam	5 mg	10 mg
Faustan Suppositorien	Diazepam	10 mg	10 mg
Flunitrazepam-ratiopharm 1	Flunitrazepam	1 mg	0,75 mg
Flurazepam real	Flurazepam	27,42 mg	30 mg
Frisium 10 / 20 Tabs	Clobazam	10 / 20 mg	20 mg
Gityl 6	Bromazepam	6 mg	6 mg
Halcion / -mite	Triazolam	0,25 / 0,125 mg	0,5 mg
imeson	Nitrazepam	5 mg	5 mg
Lendormin	Brotizolam	0,25 mg	0,5 mg
Lexostad 6	Bromazepam	6 mg	6 mg

Handelsname	Wirkstoff	Tbl-Größe	Diese Menge entspricht 30mg Oxazepam
Lexotanil 6	Bromazepam	6 mg	6 mg
Librium Tabs	Chlordiazepoxid	25 mg	20 mg
Lorazepam-neuraxpharm 1 / -2.5	Lorazepam	1 mg / 2.5 mg	2 mg
Lorazepam-ratiopharm 1 / -2.5	Lorazepam	1 mg / -2.5 mg	2 mg
Lormetazepam AL 1 / -2	Lormetazepam	1 mg / 2 mg	1,5 mg
Lormetazepam-ratiopharm 0,5 / 1 /	Lormetazepam	0,5 mg / 1 mg / 2 mg	1,5 mg
Midazolam-Actavis Injektionslsg.	Midazolam	1 mg / 2 mg / 5 mg	7,5 mg
Midazolam-hamelIn Injektionslsg.	Midazolam	1 mg / 2 mg / 5 mg	7,5 mg
Midazolam-Actavis Injektionslsg.	Midazolam	1 mg / 2 mg / 5 mg	7,5 mg
Midazolam-ratiopharm Lsg. Injektionslsg.	Midazolam	1 mg / 1 ml	7,5 mg
Midazolam-ratiopharm Injektionslsg.	Midazolam	5mg / 15mg / 50mg / 100mg	7,5 mg
Midazolam-Rotexmedica Injektionslsg.	Midazolam	1 mg / 5 mg	7,5 mg
Mogadan	Nitrazepam	5 mg	5 mg
Mono Demetrin	Prazepam	20 mg	20 mg
Musaril	Tetrazepam	50 mg	50 mg
Nitrazepam AL 5 / -10	Nitrazepam	5 mg / 10 mg	5 mg
Nitrazepam-neuraxpharm	Nitrazepam	5 mg / 10 mg	5 mg
Noctamid -0,5/-1/-2	Lormetazepam	0,5 mg / 1 mg / 2 mg	1,5 mg
Normoc	Bromazepam	6 mg	6 mg
Novanox / -forte	Nitrazepam	5 mg / 10 mg	5 mg
Optidorm	Zopiclon	3,75 mg / 7,5mg	15mg
Oxa-CT 10 / -50	Oxazepam	10 mg / 50 mg	30 mg
Oxazepam AL 10	Oxazepam	10 mg	30 mg
Oxazepam-neuraxpharm 10 / 50	Oxazepam	10 mg / 50 mg	30 mg
Oxazepam-ratiopharm 10 / 50	Oxazepam	10 mg / 50 mg	30 mg
Oxazepam STADA 10	Oxazepam	10 mg	30 mg
Planum	Temazepam	20 mg	20 mg
Praxiten / -10 / -forte	Oxazepam	15 / 10 / 50 mg	30 mg
Radedorm 5	Nitrazepam	5 mg	5 mg
Radepur 10	Chlordiazepoxid	10 mg	20 mg
Remestan / -mite	Temazepam	20 mg / 10 mg	20 mg
Rivotril 0,5 / -2	Clonazepam	0,5 mg / 2 mg	2 mg
Rivotril Tropfen	Clonazepam	25 Tr. = 1ml = 2,5 mg	2 mg
Rohypnol 1	Flunitrazepam	1 mg	0,75 mg
Rudotel	Medazepam	10 mg	20 mg
Rusedal	Medazepam	10 mg	20 mg

Handelsname	Wirkstoff	Tbl-Größe	Diese Menge entspricht 30mg Oxazepam
Somnosan	Zopiclon	3,75 mg / 7,5mg	15mg
Sonata	Zaleplon	5 mg / 10 mg	??
Sonin	Loprazolam	1 mg	1,5 mg
Staurodorm Neu	Flurazepam	27,42 mg	30 mg
Stilnox	Zolpidem	10mg	20 mg
Tafil	Alprazolam	0,5 mg / 1 mg	1,5 mg
Tavor 0,5 / 1 / 2,5	Lorazepam	0,5 mg / 1 mg / 2,5 mg	2 mg
Tavor 1 / 2,5 Expidet	Lorazepam	1 mg / 2,5 mg	2 mg
Tavor Tabs 2,0	Lorazepam	2 mg	2 mg
Tetrazeepam AL 50	Tetrazeepam	50 mg	50 mg
Tetrazeepam beta	Tetrazeepam	50 mg	50 mg
Tetrazeepam-neuraxpharm 50 / - 100	Tetrazeepam	50 mg / 100mg	50 mg
Tetrazeepam-ratiopharm	Tetrazeepam	50 mg	50 mg
Tetrazeepam STADA	Tetrazeepam	50 mg	50 mg
Tetrazeepam-CT	Tetrazeepam	50 mg	50 mg
Tolid 1 / 2,5	Lorazepam	1 mg / 2,5 mg	2 mg
Tranxilium 5 / 10 / 20 Kps.	Dikaliumclorazepat	5 mg / 10 mg / 20 mg	20 mg
Tranxilium 50 Tabl.	Dikaliumclorazepat	50 mg	20 mg
Tranxilium N Tropfen	Nordazepam	24 Tr. = 5 mg	20 mg
Tranxilium Tabs	Dikaliumclorazepat	20 mg	20 mg
Valiquid 0,3 Tropfen	Diazepam	30 Tr. = 1 ml = 10 mg	10 mg
Valium 5/ -10 Roche	Diazepam	5 mg / 10 mg	10 mg
Valocordin -Diazepam Tropfen	Diazepam	28 Tr. = 1 ml = 10 mg	10 mg
Ximovan	Zopiclon	7,5 mg	15mg
Zolpidem AL	Zolpidem	5mg / 10mg	20 mg
Zolpidem-CT	Zolpidem	5mg / 10mg	20 mg
Zolpidem-neuraxpharm	Zolpidem	5mg / 10mg	20 mg
Zolpidem-ratiopharm	Zolpidem	5mg / 10mg	20 mg
Zolpidem STADA	Zolpidem	5 mg / 10mg	20 mg
Zolpi-Lich	Zolpidem	10 mg	20 mg
Zolpinox	Zolpidem	10 mg	20 mg
Zopiclon AL	Zopiclon	7,5 mg	15mg
Zopiclon beta	Zopiclon	7,5 mg	15mg
Zopiclon-CT	Zopiclon	3,75 mg / 7,5 mg	15mg
Zopiclon-neuraxpharm	Zopiclon	3,75 mg / 7,5 mg	15mg
Zopiclon-ratiopharm	Zopiclon	3,75 mg / 7,5 mg	15mg
Zopiclon STADA	Zopiclon	7,5 mg	15mg

## 8. Danksagung

Die Luft ist völlig ungefährlich. Das einzig Gefährliche am Fliegen ist die Erde.  
(Wilbur Wright)

Ich danke all denjenigen, die zum Gelingen dieser Dissertation beigetragen und mich in den vergangenen Jahren auf vielfältige Weise unterstützt haben.

Dieses Projekt wurde von Herrn Dr. Rüdiger Holzbach vor Ort ganz hervorragend betreut. Für seinen großen Einsatz, seine zuverlässige Hilfsbereitschaft und seine rückhaltlose Unterstützung gilt ihm an dieser Stelle meine größte Verbundenheit.

Prof. Naber danke ich für die Überlassung des Themas und seine wohlwollende Begleitung bei dem Projekt.

Darüber hinaus erhielt ich tatkräftige Hilfe von den Mitarbeitern der Station SL01 der LWL-Klinik Lippstadt. Besonders hervorheben möchte ich an dieser Stelle Herrn Dr. Konert.

Mein ganz besonderer Dank gilt aber meinem Ehemann. Ohne seine liebevollen Ermutigungen, seine Geduld und Energie, seine kluge und kritische Reflexion sowie seine tatkräftige Hilfe bei der Eingabe unzählbarer Datensätze wäre diese Arbeit nie entstanden.

## 9. Lebenslauf

### Persönliche Daten

Geburtsdatum: 09.10.1963  
Geburtsort: Düsseldorf  
Familienstand: verheiratet

### Schulbildung

1970 - 1974 Grundschule in Aachen  
1974 - 1983 Gymnasium in Aachen  
06.06.1983 Abitur

### Hochschule

1984 - 1990 Studium der Humanmedizin an der Universität zu Köln

### Beruflicher Werdegang

06/1990 - Ärztin im Praktikum  
12/1991 Evangelische Nervenlinik Stiftung Tannenhof, Remscheid  
21.12.1991 Vollapprobation  
12/1991 - Assistenzärztin  
04/1996 Evangelische Nervenlinik Stiftung Tannenhof, Remscheid  
25.04.1996 Fachärztin für Psychiatrie  
04/1996 - Stationsärztin  
03/1997 Evangelische Nervenlinik Stiftung Tannenhof, Remscheid  
08/1995 - Konsiliar- und Liaisontätigkeit in der Bergischen Diakonie  
04/1998 Aprath  
04/1997 - Oberärztin  
04/1998 Ärztliche Vertretung des Klinikleiters  
Evangelische Nervenlinik Stiftung Tannenhof, Remscheid  
10.06.1997 Zusatzbezeichnung Psychotherapie

05/1998 -	Oberärztin
03/2003	Chefarztvertreterin Psychiatrische Abteilung Klinikum Kreis Herford, Herford
10.08.2002	Fachkunde Suchtmedizinische Grundversorgung
Ab 04/2003	Oberärztin LWL-Tagesklinik und Ambulanz Lippstadt LWL-Kliniken Lippstadt und Warstein
Ab 01.08.2006	Erste Oberärztin / medizinische Vertreterin des Chefarztes LWL-Tagesklinik und Ambulanz Lippstadt LWL-Tagesklinik Soest LWL-Tagesklinik und Ambulanz Warstein LWL-Kliniken Lippstadt und Warstein
13.12.2008	Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
17.01.2011	Erste Oberärztin / Vertreterin des Chefarztes LWL-Klinik Benninghausen, Abteilung Allgemeinpsychiatrie
01.10.2012	Chefärztin Abteilung Depressionsbehandlung LWL-Kliniken Lippstadt und Warstein

## 10. Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: