

Tranquilizer-Mißbrauch und -Abhängigkeit

W. Poser

Tranquilizer-Mißbrauch und -Abhängigkeit sind anhand von Verhaltenskriterien und Symptomen heute relativ zuverlässig diagnostizierbar. Bei 5 bis 10% der in psychiatrische Kliniken aufgenommenen Patienten besteht ein Medikamenten-Mißbrauch, in $\frac{2}{3}$ dieser Fälle sind Benzodiazepine beteiligt. Für die Diagnose wichtig ist das Phänomen der Toleranz, erkennbar an nachlassender Wirkung bei gleicher Dosis oder an Dosissteigerung zur Erhaltung der Wirkung. Ein Teil der Benzodiazepin-Dauereinnahmer entwickelt eine physische Abhängigkeit, sogar bei Dosen im therapeutisch akzeptierten Bereich („Niedrigdosis-Abhängigkeit“). Meist ist die Abhängigkeit leicht, schwere Entzugserscheinungen wie Delirien und Grand-mal-Anfälle sind seltener als bei Alkohol- oder Barbiturat-Abhängigkeit. Die psychische Abhängigkeit als Motor der Suchtkrankheit ist schwierig zu objektivieren.

Benzodiazepine Abuse and Dependency:
A reliable diagnosis of benzodiazepine abuse and dependency is possible by observation of behaviour, signs and symptoms. In the FRG between 5 and 10% of all patients admitted to a psychiatric hospital abuse legal drugs. $\frac{2}{3}$ include benzodiazepines. Tolerance is an important phenomenon for diagnosis which may be identified by a decreasing effect or by an increasing dose. An un-

known percentage of long-term users of benzodiazepines becomes physically dependent, even with accepted doses ("low dose dependency"). The physical dependency usually is slight. Life threatening withdrawal syndromes (delirium and seizures) are less frequent than in alcoholics or dependents on barbiturates. The psychic dependency, which is the motor of the addiction, is difficult to verify.

Tranquilizer bedeutet im Zusammenhang mit dem Thema „Mißbrauch und Abhängigkeit“ Benzodiazepine. Zwar werden niedrig dosierte Neuroleptika (z. B. Fluspirilen = Imap®) heute auch gelegentlich Tranquilizer genannt, dies ist aber pharmakologisch nicht korrekt. Bei diesen „Neuroleptika in Tranquilizerdosen“ sind auch bisher keine Abhängigkeiten bekannt geworden.

Es gibt einige ältere Substanzen, vor allem das Meprobramat (Miltan®, Cyrpon®), die gewisse Gemeinsamkeiten in der Wirkung mit

den Benzodiazepinen haben. Sie stehen aber auch den Barbituraten nahe. Wegen der höheren Akuttoxizität und wegen des wahrscheinlich auch höheren Abhängigkeitsrisikos sind diese Substanzen heute obsolet. Sie spielen auch von der Verordnungshäufigkeit her keine nennenswerte Rolle. Deshalb wird nicht weiter auf sie eingegangen.

In Zukunft werden Substanzen auf den Markt kommen, die wie Benzodiazepine wirken, aber chemisch anders strukturiert sind. Wenn sie genau wie die heutigen Tranquilizer

wirken, gelten alle Überlegungen zu Abhängigkeit und Mißbrauch in analoger Weise für diese Substanzen. Dies um so mehr, als viele dieser Substanzen vom gleichen Rezeptor wie die Benzodiazepine im ZNS gebunden werden.

Diagnostische Kriterien des Einnahmeverhaltens

Früher bestand große Unsicherheit in der Frage, ob ein bestimmtes Einnahmeverhalten als unauffällig, mißbräuchlich oder abhängig bezeichnet werden muß. Heute existieren diagnostische Kriterien, die in der Mehrzahl der Fälle eindeutige Einordnungen erlauben; erwähnt seien die Definitionen der Weltgesundheitsorganisation (3) und der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (1). Die Brauchbarkeit dieser Kriterien in der klinischen Praxis ist gut; es ist zu hoffen, daß die dahinter stehenden Beobachtungen und Überlegungen auch im ambulanten Bereich Eingang finden. Empirische Untersuchungen haben gezeigt, daß außerhalb des psychiatrischen Bereichs große Unsicherheit innerhalb der Ärzteschaft besteht, welche Form des Arzneimittelgebrauchs als pathologisch angesehen werden muß (5).

Die jetzige Situation ist unbefriedigend: die Diagnose Benzodiazepin-Abhängigkeit wird meist erst in der Klinik gestellt, die Patienten werden unter Diagnosen wie „Neurose“, „Depression“ oder „multiple Sklerose“ (letztere wegen der Dysarthrie) eingewiesen. Das ist z. B. beim Alkoholismus anders, wo in aller Regel die korrekte Diagnose bereits bei der Klinikeinweisung bekannt ist.

Epidemiologie

Tranquilizer-Mißbrauch und Tranquilizer-Abhängigkeit galten noch vor kurzem als seltene Erkrank-

Prof. Dr. med. W. Poser, Abteilung für klinische Psychiatrie im Zentrum „Psychologische Medizin“ der Universität, v.-Siebold-Straße 5, D-3400 Göttingen.

Tabelle 1: Suchttypen und Frauenanteil bei stationären Patienten mit Abhängigkeit oder Abusus (607 stationäre Aufnahmen in die Psychiatrische Universitätsklinik Göttingen 1980/81; das sind etwa 30% der gesamten Aufnahmen)

Suchttyp	Anteil an allen Suchtkrankheiten	Anteil der Frauen
isoliert Alkohol	52,9%	35,7%
isoliert Medikamente	18,9%	65,2%
isoliert illegale Drogen	3,5%	0 %
Alkohol - Medikamente	17,6%	43,9%
Medikamente - illegale Drogen	2,0%	33,3%
Alkohol - illegale Drogen	1,5%	36,6%
Alkohol - Medikamente - illegale Drogen	3,1%	10,5%
andere (Schnüffeln, halluzinogene Pilze etc.)	0,3%	50 %

kungen. Die Frage der Häufigkeit von Medikamenten-Mißbrauch in allen seinen Ausprägungen wird aber seit einigen Jahren in der Bundesrepublik durch zwei vom Bundesgesundheitsamt geförderte Forschungsprojekte untersucht, nämlich das sogenannte „Frühwarnsystem“ von Keup (4) und das sogenannte „AMÜP-Projekt“ (Arbeitsgruppe für Medikamenten-Überwachung in der Psychiatrie) der Arbeitsgemeinschaft für Neuropharmakologie und Pharmakopsychiatrie (8). Beide Forschungsprojekte haben übereinstimmend ergeben, daß Benzodiazepin-Abusus und Benzodiazepin-Abhängigkeit heute die häufigsten Medikamentensuchten in der Bundesrepublik sind. Allerdings liegen bisher noch keine verlässlichen Schätzungen über die Häufigkeit in der Bevölkerung vor.

Wir rechnen damit, daß bei 5 bis 10% aller in psychiatrische Kliniken aufgenommenen Patienten ein Medikamenten-Mißbrauchs-Problem besteht (als Haupt- oder Nebendiagnose). Bei isolierter Medikamenten-Abhängigkeit überwiegen die Frauen im Gegensatz zu allen anderen Suchtkrankheiten. Außerdem ist das Durchschnittsalter der Medikamenten-Abhängigen am höchsten (Tabelle 1).

Wenn wir die von Suchtkranken mißbrauchten Stoffe betrachten, dann findet sich neben der bekannten Dominanz des Alkohols eine erstaunliche Häufigkeit von Benzodiazepin-Fällen. Recht häufig ist auch Cannabis als Suchtstoff, mit ansteigender Tendenz. Wir können heute davon ausgehen, daß etwa 70 bis

Tabelle 2: Häufigkeit der verschiedenen Suchtstoffe bei stationär aufgenommenen Patienten (607 stationäre Aufnahmen in die Psychiatrische Universitätsklinik Göttingen 1980/81; eine Suchtkrankheit - Mißbrauch oder Abhängigkeit - bestand bei ca. 30% der Aufnahmen. Da viele Patienten mehrere Suchtstoffe gleichzeitig genommen hatten, ist die Summe deutlich höher als 607)

Rang	Stoff bzw. Medikament	Stat. Aufnahmen
1	Alkohol	455
2	Tavor (Lorazepam)	69
3	Valium (Diazepam)	67
4	Cannabis und Cannabisprodukte	43
5	Lexotanil (Bromazepam)	39
6	Adumbran (Oxazepam)	31
7	Tranxilium (Dikaliumchlorazepat)	22
8	Heroin	21
9	Distranneurin (Clomethiazol)	21
10	Librium (Chlordiazepoxid)	21
11	LSD (Lysergsäurediäthylamid)	20
12	Limbatriil (enth. Chlordiazepoxid)	12
13	Norkotral (enth. Pentobarbital)	12
14	Fortral (Pentazocin)	11
15	Dalmadorm (Flurazepam)	10

75% aller Fälle von Medikamenten-Mißbrauch und Medikamenten-Abhängigkeit auf das Konto von Benzodiazepinen gehen, wobei die Tranquilizer gegenüber den Benzodiazepin-Schlafmitteln überwiegen. Wir haben in den letzten Jahren 645 Patienten mit Benzodiazepin-Mißbrauch in unserer Klinik stationär, ambulant oder konsiliarisch gesehen. Daher sind wir sicher, daß das Krankheitsbild nicht selten ist (Tabelle 2). Wir wissen, daß andere Kliniken die gleiche Beobachtung gemacht haben (2, 10).

Toleranz

Ein wichtiges Phänomen sowohl für die Pathogenese wie für die Dia-

gnose der Tranquilizer-Abhängigkeit ist die Toleranzentwicklung. Toleranz bedeutet partiellen Wirkungsverlust bei Langzeitanwendung und ist praktisch immer erworben. Patienten, bei denen diese Entwicklung eingesetzt hat, berichten von initial guter Wirkung „ihres“ Tranquilizers, die aber allmählich nachgelassen habe.

Nun haben Tranquilizer ja bekanntlich mehrere Wirkungskomponenten: 1. Sedierung, 2. Anxiolyse, 3. Muskelrelaxierung, 4. antikonvulsive Wirkung, 5. EEG-Effekte, 6. addiktogene Effekte. Toleranz entwickelt sich dabei gegen die vier ersten Komponenten, nicht aber gegenüber den EEG-Effekten. Damit werden die EEG-Effekte deutlicher, wenn es im Rahmen der Toleranzentwicklung zu einer Dosissteigerung kommt. Daher ist in Verdachtsfällen das EEG ein wichtiges, objektivierbares differentialdiagnostisches Instrument (Überweisung an den Nervenarzt).

Die Toleranzentwicklung ist häufig der Anfang für eine Dosissteigerung. Diese wird entweder vom Patienten eigenmächtig vorgenommen oder vom behandelnden Arzt. Manche Patienten suchen auch einen oder mehrere Ärzte auf und erhalten dort zusätzliche Benzodiazepine, ohne daß der erstverschreibende Arzt davon erfährt. Ein nach unseren Beobachtungen besonders häufiger Mechanismus des Umgangs mit der Toleranz ist die zusätzliche Gabe weiterer Benzodiazepine. Da die Wirkung der heutigen Benzodiazepine praktisch identisch ist (wahrscheinlich Angriff am gleichen zentralen Rezeptor), bedeutet die gleichzeitige Gabe mehrerer Benzodiazepine nichts anderes als eine simple Dosiserhöhung.

In die gleiche Kategorie fällt auch das Umsetzen auf wirksamere Tabletten: Wenn ein Benzodiazepin nicht mehr wirkt, wechselt man oft auf ein anderes über. Der Patient mit beginnender Toleranzentwicklung wird dies nur begrüßen, wenn damit eine höhere Wirkstoffzufuhr gegeben ist. In diesem Zusammenhang ist es ungünstig, daß heute eine

große Zahl von Tranquilizern mit hohem Wirkstoffgehalt pro Tablette auf dem Markt ist.

Die Toleranzentwicklung nimmt bei den Benzodiazepinen mindestens Monate, oft aber Jahre in Anspruch. Gegen die Sedierung entwickelt sich relativ schnell eine partielle Toleranz, dagegen dauert es bei der anxiolytischen Wirkung (die vermutlich am engsten mit der addiktogenen Wirkung zusammenhängt) viele Jahre. Aus der Epileptologie wissen wir, daß das antikonvulsive Benzodiazepin Clonazepam (Rivotril) oft nach 1/2 bis 1 Jahr seine Wirkung verliert, trotz korrekter Dosierung.

Die Toleranz gilt – einmal erworben – auch gegen andere sedierende Substanzen; hier liegt einer der Gründe, warum Tranquilizer-Abhängige so schwer medikamentös zum Schlafen zu bringen sind und warum sie bei Narkosen oft große Mengen Narkosemittel benötigen.

Umgekehrt besteht auch gegenüber Benzodiazepinen eine Toleranz bei vorbestehender Alkohol- oder Barbiturat-Abhängigkeit. Weil die Toleranz in beiden Richtungen relevant ist, spricht man von Kreuztoleranz.

Physische Abhängigkeit

Beim Dauergebrauch aller Substanzen vom Alkohol-Barbiturat-Typ (zu denen die Benzodiazepine ja gehören) kann sich eine physische Abhängigkeit ausbilden. Warum sie sich nur bei manchen Menschen ausbildet, können wir nicht sagen. Die Wahrscheinlichkeit einer physischen Abhängigkeit ist aber um so größer, je höher die Dosis war und je länger die Substanz genommen wurde. Bei den Benzodiazepinen ist der Zeitfaktor wichtiger, als man früher vermutet hatte; von den Patienten mit physischer Abhängigkeit hat ein beträchtlicher Prozentsatz nie den therapeutisch akzeptablen Dosisbereich verlassen (6). Deshalb spricht man hier von „Niedrigdosis-Abhängigkeit“.

Ein Teil dieser Fälle mag auf die sehr variable Eliminationshalbwertszeit der Benzodiazepine zurückzu-

Tabelle 3: Vergleich zwischen Alkohol- und Benzodiazepin-abhängigen Patienten der Psychiatrischen Universitätsklinik Göttingen (1977 bis 1984). Einbezogen wurden nur solche Patienten, die im Leben entweder nur Alkohol oder nur Benzodiazepine als jeweils einzigen Suchtstoff eingenommen hatten

Parameter	Alkohol	Benzodiazepine
Anzahl	141	104
Frauenanteil	23%	72%
Lebensalter bei Suchtbeginn	29,3 J.	40,1 J.
Zeit zwischen Suchtbeginn und Erstdiagnose	7 J.	5 J.
Jährliche Zahl der Krankenhausaufnahmen	0,62	0,56
Schwere Entzugerscheinungen (Delirien, Krampfanfälle), lebenslang	50%	15%

führen sein; es würde sich dann um die Patienten mit langer Halbwertszeit handeln, bei denen trotz niedriger Dosis eine hohe Konzentration im Plasma kumuliert. Da das Phänomen der Niedrigdosis-Abhängigkeit jedoch auch z. B. bei Lorazepam (Tavor) beobachtet wird, das recht konstant eliminiert wird, kann es nicht nur auf die ungewöhnlich langsame Elimination bei einigen Patienten zurückgeführt werden. Es handelt sich vielmehr um ein zentrales Phänomen. Unter Berücksichtigung dieses Phänomens muß man zu dem Schluß kommen, daß ein erheblicher Anteil der Dauereinsteiger von Benzodiazepinen körperlich abhängig ist. Zum Glück ist die Abhängigkeit in der Mehrzahl der Fälle leicht.

Definitionsgemäß zeigt sich die physische Abhängigkeit nur beim Absetzen der Substanzen bzw. nach einer deutlichen Dosisreduktion. Bei den Tranquilizern ist es eine Besonderheit, daß sich die Entzugerscheinungen oft erst viele Tage nach dem Absetzen zeigen. Das hängt wiederum mit der langen Halbwertszeit zusammen. Wir wissen aus zahlreichen empirischen Untersuchungen, daß die Entzugerscheinungen erst auftreten, wenn die Plasmaspiegel weit

abgefallen sind; das kann bei Diazepam (Valium) oder Clorazepat (Tranxilium) 6 bis 10 Tage dauern. Bei schnell eliminierten Benzodiazepinen wie Oxazepam (Adumbran) oder Lorazepam (Tavor) treten erste Entzugerscheinungen allerdings bereits einen Tag nach dem Absetzen auf.

Bei den späten Entzugssyndromen wird dann oft der Zusammenhang mit dem Benzodiazepin verkannt, weil sich schon niemand mehr daran erinnert; so werden selbst in psychiatrischen Kliniken voll ausgebildete Entzugssyndrome nicht diagnostiziert. Noch viel schwieriger ist natürlich die Diagnose, wenn gar nicht bekannt ist, daß ein langfristig verabreichtes Benzodiazepin abgesetzt wurde, z. B. bei Selbstentzügen oder beim Abschneiden der gewohnten Benzodiazepin-Zufuhr durch eine chirurgische Hospitalisierung.

Entzugssymptome

Das Entzugssyndrom entspricht prinzipiell dem nach Alkohol.

1. psychische Symptome (Angst, Unruhe, Depressivität, Affektlabilität etc.).

Tabelle 4: Verlauf der Entzugssymptome bei Benzodiazepin-Abhängigen (N = 22) in Anlehnung an Lader (7)

Symptome	Tag 0-14	Tag 14-28	nach Tag 80
Angst, Spannungsgefühl	22	11	5
Agitation, Ruhelosigkeit	9	5	0
Irritabilität	9	2	0
Schlafstörungen	20	7	3
Appetitmangel	15	3	0
Kopfschmerzen	12	2	0
Tremor (grob)	10	1	0
Hyperosmie	14	2	0
Parästhesien	14	4	0
Photophobie, Augenflimmern	13	5	0

2. vegetative Symptome (Tremor, Schwitzen, Schlaflosigkeit, Appetitmangel etc.),

3. perzeptuelle Störungen,

4. Entzugspsychosen (Entzugsdelirien, paranoide Psychosen),

5. Krampfanfälle (fast ausschließlich Grand mal-Typ).

Allerdings bestehen zwei wesentliche Unterschiede: Schwere, lebensbedrohliche Entzugserscheinungen wie Grands maux und Delirien kommen zwar vor, sind aber seltener als z. B. bei Alkohol-Abhängigkeit. Dagegen sind perzeptuelle Störungen häufiger (s. auch Tabelle 3).

Mit perzeptuellen Störungen sind als quälend empfundene Veränderungen von Sinneswahrnehmungen gemeint; normale Sinnesreize werden von den Patienten als unangenehm übersteigert erlebt. Diese perzeptuellen Störungen sind im Benzodiazepin-Entzug bemerkenswert häufig (9). Sie können die verschiedensten Sinnesqualitäten betreffen:

1. Photophobie, Flimmern vor den Augen, Makropsien, Mikropsien,

2. Hyperakusis,

3. Koordinationsstörungen, Schwindel, Schwebefühl,

4. Hypersensitivität gegenüber Berührung,

5. Hyperalgesie,

6. allgemein elendes Gefühl, „grippeähnlich“.

Der Zustand wird von den Patienten oft als höchst bedrohlich erlebt, sie glauben nicht selten, „verrückt“ zu werden. Diese perzeptuellen Störungen sind zusammen mit der Entzugsschlaflosigkeit der häufigste Grund, Selbstentzugsversuche abubrechen. Nicht selten verlassen auch Patienten das Krankenhaus gegen ärztlichen Rat, um wieder Benzodiazepine zu erhalten. Im medizinischen Bereich spielt vor allem die Entzugshyperalgesie eine große Rolle: Da die Patienten über heftige Schmerzen klagen, aber kein offensichtlicher Grund dafür festzustellen ist, werden die Patienten nicht selten als Simulanten angesehen. Die perzeptuellen Störungen werden von den Patienten oft auch als Deperso-

nalisation oder Derealisation beschrieben.

Da es sich um Entzugssymptome handelt, können sie sofort durch erneute Zufuhr des Suchtstoffs aufgehoben werden, natürlich ebenso auch durch ein anderes Benzodiazepin, durch Alkohol oder durch Barbiturate. Diese Symptome werden oft als wiederkehrende neurotische Erscheinungen verkannt, weshalb dann die weitere Benzodiazepin-Gabe als notwendig angesehen wird. Diese Klassifikation ist aber meist nicht richtig; im Gegensatz zu wiederkehrenden angstneurotischen Erscheinungen verschwinden Entzugssymptome nach einiger Zeit von selbst (Tabelle 4).

Psychische Abhängigkeit

Die psychische Abhängigkeit ist *Conditio sine qua non* bei jeder Suchtkrankheit. Sie ist nur nicht so zuverlässig beobachtbar wie Toleranz und physische Abhängigkeit. Da sie der Motor der ganzen Suchtentwicklung ist, sollte immer nach ihr gefahndet werden. Sie kann sich in folgenden Symptomen und Verhaltensweisen manifestieren:

Der Patient fordert Tranquilizer ohne medizinische Indikation, wobei oft nach den Tabletten gejammert wird; seltener wird Suizid oder Gewalt für den Fall der Verweigerung angedroht.

Der Patient hat immer eine Tabletten-Reserve, oft außerdem ein uneingelöstes Rezept. Oft trägt er „seinen“ Tranquilizer am Körper. Manchmal wird ein großer Teil der disponiblen Zeit für die Nachschubbeschaffung aufgewendet.

Der Patient hält sich selbst für abhängig und äußert dies auch dem Arzt gegenüber. Solche Äußerungen sind oft richtig und sollten immer ernst genommen werden. Auch Berichte von gescheiterten Selbstentzügen sind hier einzuordnen.

Der Patient verschafft sich Benzodiazepine auf halblegale oder illegale Weise (Verschaffen durch Dritte, Überredung des ärztlichen Notdienstes zur Verschreibung, Stehlen von Medikamenten oder Rezepten, Rezeptfälschungen etc.).

Eine psychische Abhängigkeit kann sich bei bereits Suchtkranken in erstaunlicher Geschwindigkeit entwickeln, selbst nach jahrelanger Abstinenz. Deshalb sind Alkohol- und Drogenabhängige als hochgradig gefährdet für eine Benzodiazepin-Abhängigkeit anzusehen und prinzipiell von Benzodiazepin-Verschreibungen auszuschließen. Die Verabreichung durch Arzt oder Schwester in Notsituationen ist damit natürlich nicht ausgeschlossen.

Die psychische Abhängigkeit geht oft der physischen Abhängigkeit voraus. Sie kann aber auch Folge der körperlichen Abhängigkeit sein. Wenn ein Patient, der zunächst die psychische Wirkung der Benzodiazepine nicht als positiv für sich erlebt, im Rahmen wiederholter Selbstentzugsversuche qualvolle Tage erlebt, die jedesmal durch erneute Benzodiazepin-Einnahme beendet werden, wird er schließlich doch noch eine Bindung an das Arzneimittel entwickeln.

Mißbrauch

Verschiedene Formen des Benzodiazepin-Mißbrauchs sind bekannt. So benutzen praktisch alle jugendlichen Drogenabhängigen Benzodiazepine, z. B. zum Abbrechen von „Horrortrips“ oder zur Verstärkung der Wirkung anderer Suchtstoffe. Benzodiazepine werden von Alkoholabhängigen benutzt, um morgendliche Entzugserscheinungen zu unterdrücken, ohne sich durch eine „Fahne“ zu verraten. Abhängige von Psychostimulanzien und Appetitzüglern verwenden Tranquilizer, um Schlaflosigkeit und Unruhe zu kupieren. Und schließlich nehmen Alkoholabhängige auch oft Benzodiazepine, um die Alkoholeinwirkung zu verstärken und damit die Alkoholkosten niedrig zu halten.

Die Verwendung von Benzodiazepinen zu Rauschzwecken ist dagegen selten.

Diagnose

Laborchemische Leitsymptome, vergleichbar der Gamma-GT-Erhöhung beim Alkoholismus, gibt es bei

der Benzodiazepin-Abhängigkeit nicht. Damit basiert die Diagnose auf folgenden Verfahren:

1. Anamnese und klinischer Befund (Dysarthrie, Ataxie, Nystagmus),
2. Fremdanamnese (einschließlich Telefonate mit Kollegen),
3. EEG (typisch ist ein langsamer, frontal betonter, hochamplitudiger Betarrhythmus, der im Berger-Versuch nicht unterdrückt wird),
4. Urinnachweise (vor allem enzymimmunologische Suchtests, im positiven Fall Bestätigungsanalyse),
5. Einholen von Klinikentlassungsbefunden.

Benzodiazepin-Abhängige versuchen oft, ihre Suchtkrankheit zu verheimlichen. Das ist aus der Sicht der Suchtkranken auch sinnvoll, denn wenn die Diagnose offenbar wird, kann der gewünschte Suchtstoff

nicht mehr so leicht erhalten werden. Daher müssen gerade bei der Benzodiazepin-Abhängigkeit patientenunabhängige diagnostische Verfahren vermehrt herangezogen werden. Das ist vor allem die Fremdanamnese; Angehörige und früher behandelnde Ärzte können oft sehr plastisch schildern, wie gierig die Patienten auf die Tabletten sind und was sie oft alles unternommen haben, um die Tabletten zu bekommen. Außerdem wird die wahre Dosis oft erst durch die Fremdanamnese bekannt.

In Zweifelsfällen wird man den Patienten zum Nervenarzt überweisen mit der Bitte um EEG-Ableitung. Leider läßt das EEG nicht die Diagnose „Abhängigkeit“ zu, aber die Exposition mit Benzodiazepinen (oder Barbituraten) ist oft eindeutig. Da das Ausmaß der EEG-Verände-

rungen unter anderem vom Plasmaspiegel abhängt, läßt sich der Erfolg eines Entzuges damit überwachen. So wird rechtzeitig bemerkt, wenn ein Patient sich Benzodiazepine aus einer anderen Quelle verschafft.

Schließlich ist noch die Möglichkeit von enzymimmunologischen Benzodiazepin-Nachweisen im Urin zu erwähnen, die zwar nur eine qualitative Information liefern, aber recht kostengünstig sind. Urinnachweise sind überflüssig, wenn schon aus klinischem Befund und Fremdanamnese feststeht, daß eine Abhängigkeit vorliegt. Trotzdem wird man sie manchmal durchführen lassen, um den Patienten selbst zu überzeugen.

Dokumentation: D6-F1, F2, I Tranquilizer - Medikamentenmißbrauch und -abhängigkeit

Literatur

1. **American Psychiatric Association:** Desk Reference to the Diagnostic Criteria from Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition. Washington, D.C., APA 1982.
2. **Böning, J., Schrappe, O.:** Benzodiazepin-Abhängigkeit: Ätiologie und Pathogenese der Entzugssyndrome. Dtsch. Ärztebl. 81 (1984) 211-218.
3. **Degkwitz, R. u. Mitarb. (Hrsg.):** Diagnoseschlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten. Deutsche Ausgabe der internationalen Klassifikation der Krankheiten der WHO, 9. Revision. Springer, Berlin-Heidelberg-New York 1980.
4. **Keup, W.:** Möglichkeiten zur Erfassung des Mißbrauchsmusters von Medikamenten auf Bundesebene („Frühwarnsystem“). In: Waldmann, H. (Hrsg.): Medikamenten-Abhängigkeit. Akademische Verlagsgesellschaft, Wiesbaden 1983.
5. **Kubicki, St., Eichner, W.:** Fehlinterpretationen bei statistischen Erhebungen von Abhängigen. Psycho 10 (1984) 353-365.
6. **Lader, M.:** Dependence on Benzodiazepines. J. clin. Psychiat. 44 (1983) 121-127.
7. **Lader, M.:** Benzodiazepine Withdrawal States. In: Trimble, M. R. (Hrsg.): Benzodiazepines Divided. John Wiley & Sons, Chichester-New York-Brisbane-Toronto-Singapore 1983.
8. **Rüther, E. u. Mitarb.:** Drug Monitoring in psychiatrischen Kliniken. Arzneimittel-Forsch. 30 (1980) 1181-1183.
9. **Schöpf, J.:** Withdrawal Phenomena after Long-term Administration of Benzodiazepines. A Review of Recent Investigations. Pharmacopsychiatry 16 (1983) 1-8.
10. **Wolf, B., Poser, W., Schmidt, L.:** Medikamentenmißbrauch und -abhängigkeit bei stationären psychiatrischen Patienten. Poster-Demonstration auf der 5. Wissenschaftlichen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie. Berlin 1984.