



Drs. Han Siem is complementair werkend apotheker bij de Huizer Apotheek en DeVitamineapotheek.nl en het Integraal Medisch Centrum Amsterdam. Hij is gespecialiseerd in interacties tussen reguliere en complementaire medicatie.

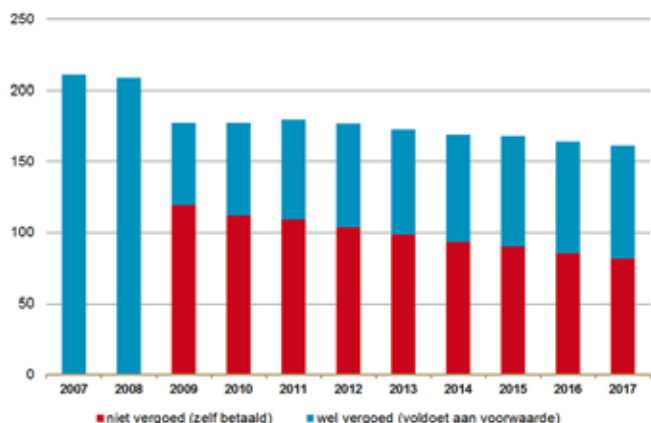
Veilig en succesvol afbouwen

Er zijn goede alternatieven voor benzodiazepines



Iedere behandelaar kent het fenomeen: patiënten met slaapproblemen. Regulier bestaan er diverse methodes om patiënten weer te leren slapen, maar helaas met wisselend succes. De patiënt valt vaak terug; verslaving aan en afhankelijkheid van benzodiazepinen (*bdp's*) zoals temazepam en oxazepam vormt een groot probleem. Is het raadzaam om patiënten jarenlang te behandelen met *bdp's*; zijn er complementaire alternatieven? Is het ook veilig om *bdp's* af te bouwen? Er zijn wel antwoorden op die vragen.

Benzodiazepinen (*bdp's*) worden sinds hun intrede in 1955 op zeer grote schaal voorgeschreven; in Nederland ongeveer 10 miljoen recepten. Tot aan 2002 is het gebruik elk jaar gegroeid en het aantal verslaafden problematisch toegenomen.^[1] De overheid heeft getracht het gebruik te beteugelen door deze geneesmiddelen niet meer standaard te vergoeden, met uitzondering van specifieke psychische indicaties. Helaas is dat niet gelukt, mede doordat de kostprijs van deze middelen erg laag is.

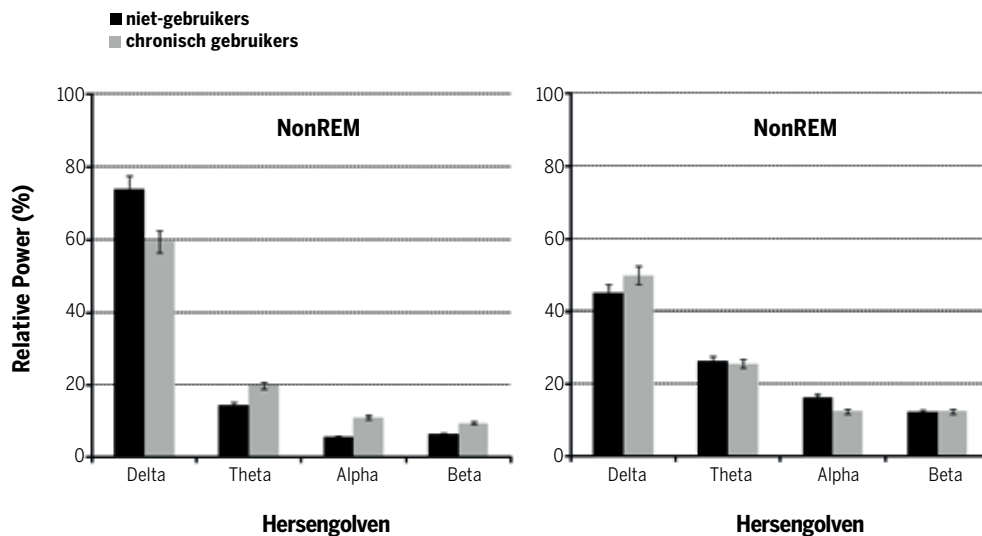


TABEL 1: Het gebruik van benzodiazepines neemt sinds 2012 verder jaarlijks af. Uitgedrukt in standaard dagdoseringen.^[1]

De *bdp's* grijpen, na goede passage van de bloed-hersensbarrière, in de hersenen aan op de GABA-A-receptor en versterken selectief de werking van GABA. Daardoor ontstaat farmacologische sedatie, slaapproblemen, anxiolyse, spierverslapping en een anticonvulsief effect. Ook treedt er geheugenverlies op. De *bdp's* werken alle op soortgelijke wijze; het grootste verschil zit in de halfwaardetijd die kan verschillen van ultrakort (*midazolam*, ca. 3 uur) tot ultralang (*diazepam*, ca. 20-48 uur). De meeste *bdp's* werken ca 10-14 uur. Ook verschillen de *bdp's* enigszins in receptorgevoeligheid waardoor er onderlinge verschillen zijn ten aanzien van het anxiolytische of anticonvulsieve effect.

***Bdp's* zijn relatief minder schadelijk dan de voorheen gebruikte barbituraten. De belangrijkste hinderlijke bijwerkingen zijn echter het geheugenverlies, de vergrote kans op vallen bij met name ouderen en de tolerantie en afhankelijkheid die optreedt bij chronisch gebruik; er is steeds meer nodig voor een vergelijkbaar effect en de patiënt kan nauwelijks meer functioneren zónder. Het besef hiervan bij de patiënt is vaak een reden waarom men wil stoppen. Maar dat geeft, net als bij nicotineafhankelijkheid, in de praktijk vergelijkbare problemen bij afkicken.^[2,3] Een andere belangrijke bijwerking is het ongunstige effect op de remslaap, de non-remslaap en de slaapkwaliteit. Gebruikers worden hierdoor, paradoxaal genoeg, minder uitgerust wakker en voelen zich overdag psychisch en lichamelijk suboptimaal.^[4,5] (zie tabel 2)**

Bij langdurig gebruik treedt dus tolerantie op met de kans op psychische afhankelijkheid en bij stoppen treden ontwenningverschijnselen op. Voor slaapproblemen is het de bedoeling dat deze middelen niet langer dan een paar maanden worden gebruikt. In de praktijk gaat men veel te lang door; men raakt in een vicieuze cirkel waar men zonder (*uw*) hulp niet eenvoudig uitkomt. Deze nadelen treden niet op bij complementaire behandeling. Deze verdient daarom in mijn optiek veruit de voorkeur. Met behulp van een afbouwschema voor de *bdp's* met als doel om met zo min mogelijk ontwenningverschijnselen de dosering af te bouwen kan men proberen af te kicken om de patiënt vervolgens complementair verder te kunnen behandelen.



TABEL 2: Veranderingen in nonREM en REM slaap in chronisch benzodiazepinegebruikers in vergelijking met niet-gebruikers. De vier groepen hersengolffrequenties van beide slaapfasen in de slaapcyclus zijn aangetast. De Relative Power is een maat voor de grootte van de variatie in hersengolven in hersengolffrequentie.^[5]

Het succes is mede afhankelijk van de motivatie van de patiënt, omgevingsfactoren, stress, leeftijd, duur en dosis van de inname, conditie, trauma's en achterliggende oorzaken. Maar dat kan zeker positief worden beïnvloed door uw complementaire ondersteuning en begeleiding. Indien er geen ernstige geestelijke of fysieke morbiditeit ten grondslag ligt aan de slaapproblemen, zoals een vitale depressie, dan is afbouwen van de bdp medisch verantwoord. Feitelijk is er niet langer een indicatie om door te gaan in de vicieuze cirkel; het is raadzaam om die te doorbreken. Uiteraard dient de arts op de hoogte te worden gesteld en akkoord te gaan. De apotheker of arts kan een goed afbouwschema opstellen; het beste uitgangspunt is om de patiënt eerst om te zetten op een langwerkende bdp zoals diazepam. Vervolgens kan men om de twee weken bijvoorbeeld 1/8-ste van de aanvankelijke dosis verminderen.

De snelheid van afbouwen is afhankelijk van de eerder genoemde factoren. De vuistregel is om eerst stabiliteit te krijgen alvorens weer een stap te verminderen om zo terugval te voorkomen. De tabletten kunnen worden gebroken met een speciale tabletten-splitter die in de apotheek verkrijgbaar is.^[6] Het is raadzaam om bij aanvang van de eerste dosisvermindering direct te starten met complementaire ondersteuning; wij hebben goede ervaring met GABA.^[7] De keuze voor GABA is het meest voor de hand liggend i.v.m. het werkingsmechanisme van de bdp. Wees voorzichtig met de combinatie met middelen

als hypericum en melatonine omdat deze de activiteit van het leverenzym CYP450 beïnvloeden; ze kunnen interacteren met de afbraak van de bdp en invloed hebben op de spiegel. GABA heeft hier geen invloed op en is een veilige combinatie met de bdp; een waardevolle ondersteuning van de patiënt tijdens het afbouwproces.^[7]

Hou er rekening mee dat u voldoende de tijd neemt voor het afbouwproces en dat de snelheid afhangt van de eerder genoemde factoren. Zo kan het afbouwen meerdere weken tot maanden duren. Is het middel eenmaal afgebouwd dan is het zinvol om de behandeling complementair voort te zetten om de kans op terugval te minimaliseren. Er zijn geen standaard afbouwschema's; dit moet geheel op de individuele patiënt worden ingesteld en uitgevonden. Er is evenmin een standaard advies of richtlijn.

Zodra de patiënt volledig heeft afgebouwd en geen bdp meer gebruikt, kunt u ervoor kiezen om complementair door te behandelen met GABA. U kunt ook overgaan op een ander supplement zoals melatonine, Avena sativa, hypericum, melissa, valeriana, tryptofaan of een middel waar u zelf goede ervaring mee heeft. Het voordeel van complementaire behandeling is dat u het natuurlijke slaapritme en de remslaap niet beïnvloedt. Er treden geen tolerantie, afhankelijkheid en negatieve bijwerkingen van de bdp op, zoals het geheugenverlies en de spierverslapping. Ook biedt u uw patiënt meer kans om weer in het eigen natuurlijke slaapritme te komen.

Bdp's zijn in principe goede en relatief veilige middelen bij slaapproblemen indien ze kort worden gebruikt (*maximaal 2-3 maanden*) of alleen bij hoge uitzondering, zoals bij examenstress of een begrafenis. Het is de moeite waard om met patiënten die chronisch gebruiken, maar gemotiveerd zijn om ermee te breken, aan de slag te gaan.

www.devitamineapotheek.nl

'als de patiënt geen bdp meer gebruikt, kunt u complementair ondersteunen met bijvoorbeeld GABA, avena sativa, hypericum, melissa, valeriana, tryptofaan'

De volledige bronvermelding bevat hyperlinks. Reden dat u deze op de website www.orthofyto.com vindt bij het desbetreffende artikel. Abonnees kunnen hier inloggen.