

Benzodiazepine Megvonás: Kimenetel 50 Betegnél

Először publikálva:
British Journal of Addiction
(1987) · 82, 655-671

Professor C Heather Ashton DM, FRCP



School of Neurosciences
Division of Psychiatry
The Royal Victoria Infirmary
Queen Victoria Road
Newcastle upon Tyne NE1 4LP

Összefoglalás

A klinikai kimenetel 50 egymást követő betegnél volt megállapítva akik ellenőrzött keretek között teljesítették a benzodiazepin megvonást miután beutalták őket egy klinikai farmakológiai intézménybe. A betegek 1-22 évig szedtek rendszeresen benzodiazepineket és mindannyiuk abba akarta hagyni. A felvételnél mindannyiuknak voltak tüneteik, amelyeket a benzodiazepineknél tulajdonítottak. A kimenetel 10 hónap-3.5 évvel később kitűnőnek volt ítéelve (teljesen meggyógyult) 48%-nál, jónak (sokkal jobban van) 22% esetében, közepes (jobban van) 16%-nál és gyatra (nincs jobban) 6% esetében. Egy embernek nem sikerült a megvonás és három visszaesett a benzodiazepin használatba a megvonás után. A fiatalabb korhoz szignifikánsan kapcsolódik egy kedvezőbb kimenetel, de a kimenetel nem függött a benzodiazepin dózistól vagy időtartamától, a benzodiazepin típusától, a megvonás gyorsaságától, a tünetek súlyosságától, a pszichiátriai múlttól, családi státusztól vagy nemtől.

Bevezetés

A receptre felírt benzodiazepin függőséget jelenleg egy jelentős klinikai problémának tekintik [1-4], amely körülbelül félmillió embert érint Nagy-Britanniában. Egyre növekszik az egyetértés azzal a nézettel, hogy "A legtöbb betegnek abba kellene hagynia a benzodiazepin szedést". [8] Azonban csak kevés információ áll rendelkezésre a megvonás eredményeiről, és nagymintájú, hosszútávú eredmények nem kerültek még publikálásra. A pszichiátriai klinikákra beutalt betegek benzodiazepin megvonásáról beszámolt eredmények szomorúak. Higgitt és társai [8], az irodalom áttekintéséből és 7 év alatt 60 beteg személyes tapasztalatából azt a következtetést vonták le, hogy csak a betegek egyharmada mentes a problémáktól a megvonás után. A maradék kétharmadból körülbelül 50%-nak van szüksége antidepresszánsokra és sokan visszatérnek a benzodiazepin használatához. Lehet, hogy ezek az eredmények nem reprezentatívak az egész érintett populációt illetően. Valószínűnek tűnik, hogy a többség képes abbahagyni a benzodiazepineket saját maga, vagy a házi orvosuk

és/vagy benzodiazepin terápiás csoportok segítségével. [9] Azonban arról nincsenek vizsgálatok, hogy ez a csoport hogyan boldogult.

Ezért mégis nagyon fontos tudni a benzodiazepin megvonás eredményét. Megéri időt és gondot fordítani a benzodiazepin megvonásra ha a legtöbb beteg visszaesik a benzodiazepinekre, pszichiátriai problémái alakulnak ki, vagy még drágább és toxikusabb gyógyszerek kezelésére van szüksége ?

Tekintettel az információ hiányára, fontos beszámolni a benzodiazepinfüggő betegek azon csoportjának középtávú eredményeiről, akiket Klinikai Farmakológiai Intézménybe utaltak be. Ez a jelentés nem számít a megvonási tünetek vagy módszerek ellenőrzött vizsgálatának; valójában ezek a kérdések teljesen irrelevánsak a kimenetel tekintetében, mivel a gyakorlatban a betegek különböző módokon szoknak le és rengeteg féle múlt és elhúzódó elvonási tünettől szenvednek[1,2,3,4,5,10]. A jelentés 50 egymást követő beteg klinikai eredményéről számol be, akik megpróbálták abbahagyni a benzodiazepineket és az abbahagyás után 10hónap-3.5év közötti ideig voltak nyomonkövetve és megvizsgál néhány változót, amelyek befolyással lehetnek a kimenetelre.

Betegek

Néhány adat található a betegekről az 1.Táblázatban (Az 1-12 betegek ugyanazok mint akik korábban jellemezve voltak 1-6 hónappal a benzodiazepin megvonás után). [3] 40 nő és 10 férfi volt, 20-72 év között (45.92 éves átlagot jelent). A betegek 1-22 évig szedtek receptre felírt benzodiazepineket (9.76 éves átlagot jelent). A benzodiazepin dózisok a megvonás kezdetén napi 4mg diazepamtól egészen napi 5mg lorazepam plussz 40mg diazepamig terjedtek (körülbelül napi 80mg diazepammal egyenértékű[11]). A betegek maguk mindannyian abba akarták hagyni a benzodiazepineket, amelyeknek ellentétes hatásokat tulajdonítottak. Egyikük sem használt alkoholt vagy más drogokat. Egy kivétellel mindannyian sikeresen teljesítették a megvonást. Három beteg visszaesett a megvonás után. Egy beteg öngyilkosságot követett el és két másik nem összefüggésben álló okok miatt halt meg a megvonás után. A maradék 43 beteg abbahagyta a benzodiazepineket több mint 3 éve (10 beteg), 2-3 éve (7beteg), 1-2 éve (20 beteg) és 10-12 hónapja (6 beteg).

Múlt és Tünetek a Felvételnél

Az összes betegnek voltak tünetei a felvételnél. Ezek a tünetek voltak a beutalás okai és magába foglalták a pszichológiai és testi tünetek teljes spektrumát, amelyek előzőleg a krónikus benzodiazepin használat és megvonás kapcsán le lettek írva. [3,4]. A legtöbbjük próbálkozott már dóziscsökkentéssel vagy a teljes megvonással és azt találta, hogy a tünetei súlyosbodtak. Számos kiválasztott megerősíti és kiterjeszti egy korábbi jelentés következtetéseit [3]. A jelenlegi betegek közül 10, miközben krónikus benzodiazepin gyógyszerkezéssel volt, követett el olyan gyógyszer túladagolást aminek korhábakerülés lett a következménye (néha több alkalommal is); ezek közül csak kettőnek volt egyértelmű depressziós betegsége mielőtt elkezdett volna receptre felírt benzodiazepint szedni, habár sok betegnek írtak fel antidepresszánsokat és más pszichotrópikus gyógyszereket mialatt benzodiazepineket szedtek. 10 szenvedett megbénító agorafóbiától, ami több évnyi benzodiazepin szedés után mutatkozott meg először. Kilenc beteg ment keresztül gasztróenterológiai vizsgálatokon gyomor-bél tünetek miatt, amelyeket végül "irritábilis bél szindrómának", divertikulitisznek vagy rekeszsérvnek tulajdonítottak. Háromat küldtek el neurológiai vizsgálatra és azt mondták nekik, hogy multiplex sclerosisban szenvednek

(későbbiekben nem megerősítve). Habár a legtöbb beteg panaszkodott érzékelési rendellenességről a végtagokban, amely pánikrohamokhoz kapcsolható, egy 63 és egy 64 éves nőnek (1.Táblázat 29,44) volt súlyos égő fájdalma a kezeiben és a lábaiban, ami a bvenzodiazepin megvonás után lassan lecsökkent. Szintén érdekes megjegyezni, hogy tartósan 0,25 mg dózisban esténként szedett triazolam tipikus tüneteket váltott ki (ideértve az aggresszivitást, hallucinációt, rossz memóriát és koncentrációt, paresztéziát, pánikrohamokat és fejfájásokat) egy betegben (1.Táblázat 25.). Ebben az esetben a tünetek lecsendesedtek szinte azonnal a triazolam abbahagyása után.

Gyógyszer Megvonás

A megvonás kezelése minden egyes betegre egyénileg lett kialakítva. A megvonás legrövidebb időtartama egy hét volt, egy olyan betegnél aki 0,25mg triazolamot szedett minden este, a leghosszabb pedig 15 hónap, egy olyan betegnél aki 5mg lorazepam és 30mg ketazolam kombinációját szedte. Az általános eljárás az volt, hogy minden beteg át lett állítva egy hozzávetőlegesen egyenértékű diazepam dózusra[11] és azután a diazepam lett fokozatosan csökkentve. Egy beteg (1.Táblázat, 34) számára három próbálkozás után lehetetlen volt az átállítás diazepamra 1.5mg lorazepamról. Az "egyenértékű" diazepam adagok függetlenül attól, hogy gyorsan vagy lassan lett átállítva, paradox módon egy pánikkal és álmosággal kombinált akut szorongásos állapotot okoztak. Ez a beteg végül közvetlenül a lorazepamról lett leszoktatva 0.125 mg-os csökkentésekkel.

Különböző gyógyszerek voltak használva az egyes betegeknek a tünetek kezelésére, ahogy már korábban említve volt.[3,8] Ilyenek voltak a propranolol, nem-benzodiazepin hipnotikumok, triciklikus antidepresszánsok, klonidin, és fájdalomcsillapítók. Ezek a gyógyszerek segítettek kontrollálni bizonyos tüneteket de nem voltak sikeresek a megvonási szindróma enyhítésében egészében véve. Sok beteg (19.38%) nem szedett kiegészítő gyógyszereket a megvonás alatt.

A farmakológiai tanácstól eltekintve, a kezelés talpköve a gyakori konzultációk biztosítása és a folyamatos bátorítás volt. A betegek körülbelül 60%-a nyugtató terápia csoportba is járt.

Klinikai Folyamat

Általánosságban véve, a benzodiazepin csökkentés időszaka csak csekély súlyosbodást okozott azokban a tünetekben, amelyek már a megvonás előtt is jelen voltak. A megvonás után a klinikai folyamat elhúzódott; a tünetek fennmaradtak több mint egy évig néhány betegnél, habár intenzitásuk csökkent. A depresszió gyakori volt ezalatt az időszak alatt. Egy beteg öngyilkosságot követett el; háromnál diagnosztizáltak pszichiáterek mániás depressziót, és 17-nek írtak fel antidepresszáns gyógyszert (általában 3-6 hónapnál nem tovább). Azonban a legtöbb betegnél a depresszió elmúlt egy éven belül és egyikük sem követett el gyógyszer túladagolást a megvonás után. A gasztrointesztinális tünetek szintén gyakoriak voltak de fokozatosan elmúltak a legtöbb betegnél beleértve azokat is akiknek éveken keresztül "irritábilis bél szindrómájuk" volt. Ehhez hasonlóan az agorafóbiás tünetek is drámaian javultak egy éven belül a megvonás után, olyan betegeknek is akik előzőleg nem tudtak kimozdulni otthonról, és egyikük sem volt cselekvő képtelen agorafóbia által az ellenőrzés idején.

Kimenetel

A benzodiazepin megvonás eredményeinek időközi értékeléseként a kimenetel egy tetszőleges kiválasztott időben lett felmérve az 50 első betegnél aki a klinikát látogatta. A kimenetel kategóriákba lett sorolva a következő kritériumot használva: Kitűnő (minimális tünetek, normális életet vezet, teljes idős munkahelye van ha alkalmazható, nem szed rendszeresen gyógyszert); Jó (van néhány tünet de képes normális életet élni és/vagy megbirkózni egy teljesidős munkahellyel rendszeres gyógyszerek nélkül); Közepes (jobban van, de jelen vannak olyan tünetek amelyek zavarják az életét vagy más gyógyszerek szedése szükséges, úgy mint bétablokkolók vagy antidepresszánsok); Gyenge (abbahagyta a benzodiazepint de nem javult, többféle tünete van és/vagy más pszichotropikus gyógyszerekre van szüksége); Megbukott (visszaesett vagy nem képes leszokni a benzodiazepinekről).

Az eredmények a 2. Táblázatban láthatóak. A kimenetel kitűnőnek lett minősítve 24 betegnél (48%), jónak 11 betegnél (22%), közepesnek 8 betegnél (16%), gyengének 3 betegnél (6%) és sikertelen volt 4 betegnél (8%). Így a csoport 70%-a kitűnően vagy jobban lett a megvonás után és további 16% közepesen javult. Ezen betegek mindegyike azt állította, hogy jobban érezte magát a megvonás után mint amikor még szedték a benzodiazepineket és elégedettek voltak azzal, hogy leszoktak. Egy betegnek nem sikerült a teljes megvonás és másik három visszaesett a rendszeres benzodiazepin használatba, egyikük egy év után és másik kettő egy hónap absztinencia után. Öt másik beteg (1. Táblázat, 11, 16, 38, 46, 50,) ideiglenesen szedett benzodiazepint 1-3 hónappal a megvonás után, de második nekifutásra mindegyikük sikeres volt és a végső kimenetelük értékelése kitűnő (1), Jó (3), és közepes (1) lett.

Kapcsolat a Kimenetel és Más Változók Között

A 46 beteg között akik sikeresen teljesítették a megvonást a fiatalabb kor szignifikánsan kapcsolódott egy kedvezőbb eredménnyel. Azoknak a betegeknek az átlagéletkora akik kitűnő vagy jó értékeléssel teljesítették a megvonást 43.4 év volt (SD 11.1) míg az átlagéletkora azoknak akik közepes vagy gyenge kimenetellel teljesítették a megvonást 58 év volt (SD 13.0) (d.f.=44, $t=3.65$, $p<.001$, kétvégű t-test). Mindazonáltal a négy beteg akinek nem sikerült a megvonás vagy visszaesett mind a fiatalabb korcsoportba tartozott (átlagéletkor 34.5 év), míg két 64 éves beteg eredménye jó értékelést kapott, és egy 69 éves, akinek értékelése kitűnő lett, képes volt folytatni karrierjét teljes munkaidőben kiváló íróként.

Némileg meglepően, de úgy tűnik, hogy a megvonás kimenetele nem volt összefüggésben a benzodiazepin használat hosszától vagy a kezdeti kortól, a megvonáskori dózistól, a benzodiazepin típusától, a megvonás sebességétől, a tünetek súlyosságától, családi státusztól, vagy nemtől. Nem találtunk nyilvánvaló kapcsolatot a kimenetel és pszichológiai tényezők között. A négy betegnek akinek nem sikerült a megvonás és a háromból kettőnek akinek az értékelése gyenge lett volt valamilyen pszichiátriai zavara de ez igaz volt azoknak a betegeknek a majdnem 30%-ára, akiknek az értékelése kitűnő vagy jó lett. Mivel a betegek nagyrésze hosszú ideje szedte a benzodiazepineket, ezért nehéz volt egy megbízható becslést alkotni a benzodiazepin előtti személyiségükről. Azok akik kudarcot vallottak mindannyian 'nem megfelelő személyiségként' lettek besorolva a benzodiazepin használat alatt, de ez igaz sok olyan betegre is akik végül kitűnő értékelést értek el.

Megvitatás

Ezen tanulmánynak egy egyértelmű eredménye, hogy ezen betegek jelentős többsége (70%) jól érezte magát 10 hónap-3.5 év elteltével a megvonás után és a visszaesés és a kudarc aránya alacsony volt (8%). A kedvezőbb kimenetel, összehasonlítva a Higgitt és társaiéhoz képest, aki azt találta, hogy csak a betegek egyharmada volt tünetmentes a megvonás után, a betegszelektálásnak lehet köszönhető. Azokat a betegeket akiknek pszichiátriai problémájuk van feltehetően főleg pszichiátriai részlegekbe utalják, és a rendelkezésre álló adatok nagyrésze is ilyen betegektől való. Azoknak a betegeknek akiket farmakológiai intézményekbe küldenek jobb prognózisa lehet mivel kevesebb alapvető pszichiátriai problémájuk van. (Érdeemes megjegyezni azonban, hogy néhány beteget pszichiáter küldött a jelenlegi csoportba.)

Másodsorban a tanulmány rámutat, hogy a hosszútávú benzodiazepin használat jelentősen kóros egészségtelen állapotot von maga után. A benzodiazepin szedés alatt az 50 betegből 10 követett el olyan gyógyszer túladagolást, aminek korhábakerülés lett a következménye, néha többször is. Tíz beteg agorafóbiás lett, amire többök kapott (sikertelenül) viselkedési és egyéb terápiás kezelést kapott. Tízenkettő ment keresztül mindenre kiterjedő gasztróenterológiai és neurológiai vizsgálatokon és a kezelésük hatástalan volt. Egyik ilyen tünet és viselkedés sem az eredeti indok a benzodiazepin elkezdésére hanem a krónikus használat alatt alakult ki. Vitatható, hogy a tünetek akkor is kialakultak-e volna ha a beteg nem szed benzodiazepineket, de a tény hogy a benzodiazepin szedés előtt nem voltak jelen, nem reagáltak kezelésre a benzodiazepin használat alatt, viszont nagymértékben eltűntek a gyógyszer abbahagyása után, azt sejteti, hogy a benzodiazepinek valójában okozhatnak vagy súlyosbíthatnak különféle pszichológiai és pszichoszomatikus problémákat.

Nehéz volt mennyiségileg meghatározni a pszichológiai tényezőket, amelyek a benzodiazepin használat megkezdéséhez és folytatásához vezettek. Ahogy az 1. Táblázatban látható, az eredeti indok a benzodiazepin használatra általában, habár nemcsak kizárólag, a depresszió és a szorongás volt. Mindazonáltal az összes betegnek voltak különféle szorongásos/depressziós tünetei a beutalás időpontjában és ezek fokozatosan növekedtek az évek során a folyamatos benzodiazepin használat ellenére. A betegek nagy többségénél ezek a tünetek jelentősen javultak a megvonás után. Habár sok betegnek, még azoknak is akik kitűnőként lettek értékelve 2-3 év után, vannak alkalmakkor szorongásos tünetei, különösen stresszes időszakokban, úgy tűnik, hogy megtanulták jobban kezelni a stresszt mint amikor benzodiazepin gyógyszereket szedtek. Ennek a kérdésnek a tisztázására nagymintájú, hosszútávú összehasonlításra lenne szükség olyan szorongásos embereknél, akik szedtek és akik nem szedtek benzodiazepineket. Catalan & Gath[12] vizsgálata azt sejteti, hogy a benzodiazepinek nem voltak hatásosabbak a rövid tanácsadásnál olyan betegeknél akiknek kisebb affektív zavaruk volt és házi orvos látta őket és több mint 7 hónapig nyomon voltak követve.

Valószínűnek tűnik, hogy a tünetek rosszabbodásának mechanizmusa a krónikus benzodiazepin használat magában foglalja a tolerancia kialakulását a szorongáscsökkentő hatásokhoz, ami miatt elvonási tünetek jelennek meg még a gyógyszer folyamatos használata mellett is, és magában foglalja a hosszútávú ellentétes hatások kialakulását. Ezek a hatások és mechanizmusok máshelyütt meg voltak vitatva.[3,4]

Végül pedig az eredmények megmutatják, hogy megéri a fáradságot leszokni a benzodiazepinekről olyan motivált betegek esetében, mint amilyenek ebben a vizsgálatban

voltak. A depresszió probléma lehet a megvonás után ahogy az már előzőleg említésre került[3,12] és ahogy az egy öngyilkosság és három visszaesés is bizonyítja. Átmenetileg indokoltak lehetnek antidepresszáns gyógyszerek ilyen esetekben. Általánosságban véve a kimenetel jobban tűnik fiatalabb betegek esetében, de a kor nem feltétlen akadály a sikerhez. A jövőt illetően a benzodiazepin függőség megelőzése egyértelműen egy kívánatos stratégia, ami elérhető lehet a benzodiazepinek óvatosabb felírásával és rövidtávra való korlátozásával.[13]

Köszönetnyilvánítás

Köszönetet mondok M.D. Rawlins-nak a hasznos tanácsokért és a klinikai intézményekért.

1.TÁBLÁZAT. Betegek Adatai

Betegs zám	Nem	Kor	Eredeti indok a benzodiazepinekre	Évek rendszeres benzodiazepineken	Napi benzodiazepin dózis felvételnél (mg)	Hónapok a megvonás óta	Kimenetel
1	NŐ	34	Túl erős menstruáció	14	Nitrazepam 10 Diazepam 12.5	-	Visszaesett
2	Férfi	31	Fülzúgás	3	Lorazepam 3	42	Kitűnő
3	Nő	43	Szorongás/depresszió	10	Lorazepam 2	39	Kitűnő
4	Nő	39	Hiperaktív gyermek	12	Diazepam 4	42	Jó
5	Nő	50	Szédülés	10	Diazepam 10	39	Kitűnő
6	Nő	46	Műtét utáni sokk	10	Klobazam 20 Flurazepam 15	39	Kitűnő
7	Férfi	72	Hátfájás	5	Lorazepam 7.5	36	Közepes
8	Nő	54	Szorongás/depresszió	22	Diazepam 20	36	Jó
9	Nő	42	Nyakfájás	18	Prazepam 5	36	Kitűnő
10	Nő	67	Depresszió	4	Lorazepam 1.5	36	Közepes
11	Nő	36	Influenza	3	Lorazepam 3 Triazolam 0.25	36	Kitűnő
12	Nő	46	Fejfájás	14	Lorazepam 7	-	Visszaesett
13	Nő	43	Szorongás	6	Diazepam 7.5	30	Közepes
14	Nő	38	Szorongás/depresszió	4	Klórdiazepoxid 20	30	Kitűnő
15	Nő	38	Pánikrohamok	3	Diazepam 30 Lorazepam 5	30	Kitűnő
16	Nő	64	Idegek	16	Klórdiazepoxid 30	30	Jó
17	Férfi	38	Fejfájás	5	Medazepam 5	28	Kitűnő
18	Nő	56	Idegösszeroppanás	10	Lorazepam 2.5	24	Kitűnő
19	Férfi	40	Szorongás	1	Triazolam 0.5	24	Kitűnő
20	Nő	45	Idegek	2	Lorazepam 1.5	23	Kitűnő
21	Nő	47	Szorongás/depresszió	19	Diazepam 6	19	Kitűnő
22	Nő	56	Szorongás/depresszió	7	Diazepam 10	18	Közepes
23	Férfi	34	Idegek	16	Diazepam 8	22	Kitűnő

24	Nő	20	Összetett tic	11	Lorazepam 7.5	29	Kitűnő
25	Nő	59	Gyász	10	Triazolam 0.25	22	Kitűnő
26	Nő	34	Idegek	12	Lorazepam 7.5	21	Gyenge
27	Férfi	28	Fóbiás szorongás	13	Lorazepam 4.5	20	Kitűnő
28	Férfi	31	Szívdobogásérzés	10	Diazepam 12	21	Jó
29	Nő	64	Kimerültség	12	Diazepam 10 Nitrazepam 10	17	Jó
30	Nő	40	Gyász	60	Diazepam 15	16	Kitűnő
31	Nő	55	Depresszió	3	Temazepam 60	11	Jó
32	Nő	28	Gyász	13	Diazepam 10 Klórazepát 60	-	Nem sikerült a megvonás
33	Nő	38	Fejfájások	3	Lorazepam 1	16	Jó
34	Férfi	30	Idegösszeroppanás	10	Lorazepam 2	11	Kitűnő
35	Nő	46	Idegösszeroppanás	12	Diazepam 6 Temazepam 20	11	Közepes
36	Férfi	70	Gyász	5	Lorazepam 3	14	Közepes
37	Nő	33	Szorongás	21	Lorazepam 5 Ketazolam 30	12	Jó
38	Nő	40	Anorexiás mellékhatások	20	Diazepam 7	16	Jó
39	Nő	36	Gyász	18	Diazepam 10 Nitrazepam 10	12	Jó
40	Nő	30	Depresszió	14	Diazepam 25	-	Visszaesett
41	Nő	56	Gyász	14	Diazepam 4.5 Temazepam 20	12	Kitűnő
42	Nő	71	Szorongás/depresszió	5	Lorazepam 1	13	Közepes
43	Nő	49	Gyász	3	Diazepam 15 Temezepam 40	12	Kitűnő
44	Nő	63	Idegösszeroppanás	12	Medazepam 15 Diazepam 6	11	Közepes
45	Nő	44	Szorongás	7	Lorazepam 3	14	Kitűnő
46	Férfi	69	Szorongás	8	Lorazepam 2	3	Kitűnő**
47	Nő	66	Szorongás/depresszió	2	Alprazolam 0.5 Triazolam 1.125	2	Gyenge**
48	Nő	50	Idegek	3	Lorazepam 3	-	Gyenge***
49	Nő	43	Depresszió	12	Diazepam 30	10	Kitűnő
50	Nő	44	Hátfájás	15	Lorazepam 3 Triazolam 0.5	11	Jó
Összes/ Átlag	40Nő 10Férfi	Átlag: 45. 92	-	Átlag 9.76 év	-	-	Kitűnő-24 Jó-11 Közepes-8 Gyenge-3 Visszaesett/ Nem sikerült-4

* A kimenetek magyarázata a 2.Táblázatban

** Egyéb betegség miatt meghalt a megvonás után

***Öngyilkosság

2.Táblázat. Kimenetel a benzodiazepin megvonás után

Osztályzat		Meghatározás	Betegek száma	(%)
Kitűnő	Teljesen meggyógyult	- Minimális tünetek, normál életet él, teljes munkaidőben dolgozik, nem szed rendszeresen gyógyszert (lehet még feszült).	24	48%
Jó	Sokkal jobban van	Néhány tünete van, de képes normál életet élni, teljesidőben dolgozik	11	22%
Közepes	Jobban van	Jelen vannak olyan tünetek, amelyek zavarják az életet vagy más gyógyszer szedését igényelik (pl. bétablokkolók, antidepresszánsok)	8	16%
Gyenge	Nincs jobban	Leszokott de még mindig sok tünete van vagy/és más pszichotrópikus gyógyszert szed (pl. antidepresszáns, nyugtató/hipnotikum)	3	6%
Megbukott	Visszaesett vagy nem szokott le	- Újrakezdte a benzodiazepint a megvonás után, nem tudott leszokni, számos tünete jelen van	4	8%

Hivatkozások:

- Petursson, H. & [Lader, M.H.](#) (1981) Withdrawal from long-term benzodiazepine treatment, *British Medical Journal*, 283, pp. 643-5.
- Owen, R.T. & Tyrer, P. (1983) Benzodiazepine dependence: a review of the evidence, *Drugs*, 25, pp. 385-98.
- Ashton H. (1984) [Benzodiazepine withdrawal: an unfinished story](#), *British Medical Journal*, 288, pp. 1135-40.
- Ashton, H. (1986), [Adverse Effects of Prolonged Benzodiazepine Use](#), *Adverse Drug Reaction Bulletin*, 118, pp. 440-3.
- Tyrer, P., Owen, R. & Dawlings, S. (1983) Gradual withdrawal of diazepam after long-term therapy, *Lancet*, i, pp. 1402-6.
- Hallstrom, C & [Lader, M.H.](#) (1982) The incidence of benzodiazepine dependence in long-term users, *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation*, 4, pp. 293-6.
- Balter, M.B., Manheimer, D.I., Melinger, G.D. & Uhlenhuth, E.H. (1984) A cross-national comparison of antianxiety/sedative drug use, *Current Medical Research Opinion*, 8 (Suppl. 4), pp. 5-20.
- Higgitt, A.C. [Lader, M.H.](#), & Fonagy, P. (1985) Clinical Management of benzodiazepine dependence, *British Medical Journal*, 291, pp. 688-90.
- Trickett, S. (1986) *Coming off Tranquillisers* (Northampton, Thorsons's).
- Busto, U., Sellers, E.M., Naranjo, C.A., Cappell, J., Sanchez-Craig, M. & Sykora, K.(1986) Withdrawal reaction after long-term therapeutic use of benzodiazepines, *The New England Journal of Medicine*, 315, pp. 854-9.
- [Benzodiazepine dependence and withdrawal](#) - an update, (1985) *Drug Newsletter*, 31, pp. 125-8.
- Catalan, J. & Gath, D.H. (1985) Benzodiazepines in general practice: time for decision, *British Medical Journal*, 290, pp. 1374-6.
- [Lader, M.H.](#) & Higgitt, A.C. (1986) Management of benzodiazepine dependence - update 1986, *British Journal of Addiction*, 81, pp. 7-10.