

Karol Grabowski

Studenckie Koło Naukowe przy Klinice Chorób Psychicznych i Zaburzeń Nerwicowych Akademii Medycznej w Gdańsku

Zespół abstynencyjny po odstawieniu benzodiazepin

Benzodiazepine withdrawal syndrome

STRESZCZENIE

Benzodiazepiny są popularnymi i często stosowanymi lekami przeciwlękowymi i nasennymi. Mimo dobrze znanego potencjału uzależniającego, są one wciąż nadużywane. Problem uzależnienia od tych leków wzrasta w naszym kraju i obecnie dotyczy on 8% wszystkich osób leczonych z powodu uzależnień. Jak w każdym przypadku zależności somatycznej, przy próbie odstawienia leku pojawia się problem zespołu abstynencyjnego. Początek występowania jego objawów zależy od rodzaju przyjmowanych benzodiazepin. W wypadku preparatów krótkodziałających (alprazolam, lorazepam) symptomy pojawiają się zwykle 1–3 dni po odstawieniu leku, natomiast w przypadku preparatów długodziałających (diazepam) — 4–7 dni po odstawieniu leku. Najczęstszymi dolegliwościami są: niepokój, lęk, drażliwość, bezsenność, zaburzenia depresyjne, sztywność mięśni, zaburzenia równowagi, upośledzenie funkcji poznawczych, nadwrażliwość na bodźce wzrokowe i słuchowe. Nie ma leku, który mógłby zapobiec wystąpieniu zespołu abstynencyjnego, ale poszczególne jego objawy można łagodzić, stosując β -blokery, leki przeciwdepresyjne lub przeciwbólowe. Dolegliwości te są zwykle krótkotrwałe i ustępują samoistnie. Zarówno proces odstawienia benzodiazepin, jak również mogące mu towarzyszyć objawy zespołu abstynencyjnego może kontrolować lekarz ogólny, a tylko w wyjątkowych przypadkach wymagają one konsultacji psychiatrycznej, neurologicznej lub hospitalizacji.

Słowa kluczowe: benzodiazepiny, zespół abstynencyjny, odstawienie, uzależnienie

Adres do korespondencji:

Karol Grabowski

Studenckie Koło Naukowe

Klinika Chorób Psychicznych i Zaburzeń Nerwicowych AM

ul. Dębinki 7, 80-211 Gdańsk

tel. (058) 349 26 50, faks (058) 349 27 48

e-mail: carlito14@wp.pl

Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej 2003; 3 (4): 197–202

© 2003 Via Medica

ABSTRACT

Benzodiazepines are popular and widely used anxiolytic drugs. Despite of their well known addictive potential, they are still overused. The problem of benzodiazepine dependence has now reached 8% of all patients suffering from addiction. Like in any case of physical dependence there is a problem of the withdrawal syndrome subsequent to an attempt of discontinuation of these drugs. It emerges in the case of short-acting agents like alprazolam 1–3 days after cessation and in the case of long-acting agents like diazepam 4–7 days after cessation. The most common complaints are: anxiety, irritability, insomnia, depressive disorders, muscle stiffness, balance disorders, cognitive functions impairment, hypersensitivity. There is no medication to prevent from occurring of withdrawal syndrom but its symptoms may be alleviated with β -blockers, antidepressants and analgesics. The ailments are usually short-lasting and regress spontaneously.

Both the discontinuation process and the withdrawal syndrom can be controlled by a GP and there are few specific cases to be treated in hospital.

Key words: benzodiazepines, withdrawal syndrom, discontinuation, addiction

Benzodiazepiny są popularnymi i często stosowanymi lekami przeciwlękowymi i nasennymi. Obecnie w Polsce są zarejestrowane 24 preparaty z tej grupy do stosowania doustnego, które są wykorzystywane przez lekarzy różnych specjalności. Niestety, nie wszyscy lekarze są świadomi ich potencjału uzależniającego i przepisują je właściwie na każde żądanie pacjenta. Taka postawa lekarzy w dużym stopniu przyczyniła się do znacznego wzrostu liczby osób uzależnionych od benzodiazepin w naszym kraju. O skali tego problemu może świadczyć fakt, że 8% pacjentów leczonych z powodu uzależnień to

osoby uzależnione od benzodiazepin [1]. Szacuje się również, że 15% pacjentów powyżej 65 rż. przyjmuje leki z tej grupy, co stanowi kolejną, dużą grupę potencjalnie uzależnionych [2]. Osoby te zwykle nie zdają sobie sprawy z własnego uzależnienia i dlatego trudno je nakłonić do odstawienia leku i szukania alternatywnych metod terapii. Warto pamiętać, że z medycznego punktu widzenia przyjmowanie benzodiazepin przez okres dłuższy niż dwa tygodnie jest nieuzasadnione. Po tym czasie powstaje tolerancja na działanie leku i rozwija się uzależnienie. Znaczącą rolę w jego powstawaniu spełnia euforyzujące działanie benzodiazepin, które choć słabe, wystarczy jednak do zainicjowania tego procesu [3]. Szybko narastająca tolerancja na działanie leku zmusza chorych do zwiększania dawki, co napędza błędne koło uzależnienia. Najpierw pojawia się uzależnienie psychiczne, które objawia się głównie [1]:

- głodem leku (silną potrzebą jego zażycia);
- kompulsyjnym przyjmowaniem leku w celu rozwiązania za jego pomocą swoich problemów psychicznych;
- stosowaniem przez osoby uzależnione mechanizmów zaprzeczania, racjonalizowania i minimalizacji problemu („nie jestem uzależniony, muszę brać te leki, ponieważ jestem chory, zresztą nie biorę ich tak dużo”).

Dopiero później rozwija się pełna zależność fizjologiczna ze wszystkimi jej konsekwencjami.

Na obraz psychopatologiczny tego uzależnienia składają się między innymi:

- spowolnienie myślenia i mowy;
- upośledzenie pamięci i innych funkcji poznawczych;
- trudności w koncentracji uwagi;
- zaburzenia lękowe;
- spadek krytycyzmu;
- zmienność nastroju z przewagą jego obniżenia i dysforii;
- zaburzenia snu (bezsenna, częste budzenie się w nocy);
- zawężenie kręgu zainteresowań, co jest zresztą charakterystyczne dla wszystkich uzależnień, ponieważ na pierwszym planie znajduje się problem zdobywania i zażywania określonego leku;
- spadek apetytu;
- bóle i zawroty głowy;
- nadwrażliwość na bodźce zewnętrzne.

Niektóre z tych objawów są takie same jak objawy towarzyszące schorzeniom, które były przyczyną rozpoczęcia terapii benzodiazepinami (lęk, zaburzenia snu), co świadczy o rozwoju tolerancji i ustaniu efektu terapeutycznego [1]. Z tej samej przyczyny

niektóre z tych objawów wchodzi również w skład zespołu abstynencyjnego, występującego w pewnej, ograniczonej postaci u osób, które nie odstawiły leku, ale przyjmują wciąż tę samą jego dawkę mimo rozwoju tolerancji i braku efektu leczniczego [4].

Zespół abstynencyjny w uzależnieniu od benzodiazepin, podobnie jak w każdym uzależnieniu somatycznym, stanowi poważny problem. Mimo że nie ma tak burzliwego przebiegu jak po odstawieniu alkoholu lub opiatów, to jednak jego objawy mogą być uciążliwe i niepokojące. Podstawową sprawą, o której należy pamiętać, jest czas wystąpienia pierwszych symptomów zespołu abstynencyjnego, który zależy głównie od rodzaju przyjmowanych benzodiazepin. Po preparatach długodziałających ($T_{1/2} > 24$ h, np. diazepam, klorazepat) dolegliwości pojawiają się zwykle 4–7 dni po ich odstawieniu, natomiast w wypadku preparatów krótkodziałających ($T_{1/2} < 24$ h, np. lorazepam, alprazolam) w okresie 1–3 dni po odstawieniu [4]. Czas wystąpienia dolegliwości abstynencyjnych jest także uzależniony od długości okresu stosowania leku, interakcji z innymi lekami oraz właściwości neurochemicznych i metabolicznych, które są indywidualnymi cechami każdego pacjenta. Niestety, nie można jednoznacznie określić momentu wystąpienia i czasu trwania tych dolegliwości, u niektórych mogą one pojawić się kilka tygodni czy nawet miesięcy po odstawieniu preparatów. Uważa się, że po odstawieniu leku stosowanego w dawkach terapeutycznych nawet przez okres do 4 miesięcy rzadko występują objawy zespołu abstynencyjnego. Jeżeli natomiast przyjmowana dawka była 2–5 razy większa od terapeutycznej, to już po 2–3 tygodniach stosowania próbie odstawienia nieuchronnie będzie towarzyszył zespół abstynencyjny [5]. Zmienna jest również siła tych symptomów, chociaż przy właściwie prowadzonym procesie odstawienia nie są one specjalnie dokuczliwe i nie powinny w znaczący sposób utrudniać procesu detoksykacji. Natężenie objawów zespołu abstynencyjnego wiąże się również z rodzajem stosowanego leku — uważa się, że po benzodiazepinach krótkodziałających jest ono większe [6]. Ponadto, preparaty te mają większy potencjał uzależniający — około 2/3 prób odstawienia lorazepamem czy alprazolamem kończy się niepowodzeniem [3, 7].

Poniżej przedstawiono najczęstsze objawy zespołu abstynencyjnego po odstawieniu benzodiazepin, wraz z ich krótką charakterystyką i sposobami zwalczania.

Niepokój. Jest to jeden z głównych symptomów występujących po odstawieniu leków. Wynika nie tylko z reakcji organizmu na brak substancji uza-

leżniającej, ale potęgują go też dolegliwości i doznania pojawiające się podczas procesu odstawiania i wchodzące w skład zespołu abstynencyjnego. U wielu pacjentów występuje dodatkowe pobudzenie, stają się drażliwi, zdarzają się u nich przypadki zachowań agresywnych.

Lęk. Poziom lęku ogólnego może znacznie wzrosnąć, czasami występują nawet napady paniki, podczas których pacjent zwykle doświadcza lęku o własne życie, nie może się ruszać, wzrasta u niego ciśnienie tętnicze i występują kłopoty z oddychaniem (hiperwentylacja). Tego typu napady zdarzają się jednak przeważnie u osób, które wcześniej cierpiały na zaburzenia lękowe [4, 6, 8]. Objawem narastającego lęku może być także przyspieszenie akcji serca.

W takich wypadkach dobrze jest zastosować niewielkie dawki propranololu (3×10 mg/d.), który łagodzi dolegliwości ze strony układu krążenia oraz układu mięśniowego, a dodatkowo wykazuje również działanie przeciwłękowe. Należy go jednak stosować ostrożnie, ponieważ może podnosić stężenie benzodiazepin we krwi [4]. Przed jego włączeniem do leczenia trzeba rozważyć ewentualne przeciwwskazania internistyczne dotyczące stosowania β -blokerów.

Kolejną formą zaburzeń lękowych pojawiających się w przebiegu zespołu abstynencyjnego są fobie, najczęściej agorafobia lub fobia społeczna. Zaburzenia lękowe są dolegliwością, która szczególnie często pojawia się po odstawieniu benzodiazepin, ponieważ leki z tej grupy stosuje się zwykle jako środki przeciwłękowe. Nasilenie tych dolegliwości może być okresowo nawet większe niż przed leczeniem. Należy pamiętać o tym fakcie i zebrać dokładne informacje na temat wszelkich zaburzeń psychicznych pacjenta, który podczas odstawienia leku staje się szczególnie wrażliwy i lękliwy. Zadaniem lekarza jest stworzyć mu maksymalnie komfortowe warunki do walki z uzależnieniem. Podstawą tego jest dokładne informowanie chorego o wszelkich dolegliwościach, które mogą wystąpić, oraz zapewnienie go o ich krótkotrwałym i przemijającym charakterze.

Zaburzenia depresyjne. Podczas odstawienia leku pacjenci mają z reguły obniżony nastrój, są dysforyczni, ale zaburzenia te mogą również przyjąć formę pełnoobjawowego epizodu depresyjnego. W takim wypadku należy niezwłocznie rozpocząć leczenie przeciwdepresyjne. Opisano dobre wyniki leczenia zaburzeń nastroju związanych z zespołem abstynencyjnym za pomocą trójpierścieniowych leków przeciwdepresyjnych [9]. U pacjentów, u których prawdopodobne jest wystąpienie tego rodzaju zaburzeń, przed odstawieniem leku można włączyć terapię selektywnymi inhibitorami wychwytu zwrot-

negu serotoniny (SSRI, *selective serotonin reuptake inhibitor*) [8]. W przypadku zaburzeń nastroju u pacjenta należy zachować czujność i pamiętać o ryzyku próby samobójczej.

Zaburzenia snu. Benzodiazepiny bardzo często zażywa się jako leki nasenne. Jednak tolerancja na ich działanie nasenne rozwija się wyjątkowo szybko, w związku z czym pacjent może cierpieć na zaburzenia snu już przed odstawieniem leku. Najczęstszą ich formą jest bezsenność, tak zwana bezsenność z odbicia, będąca wyrazem tolerancji organizmu i swoistej adaptacji do sztucznego, farmakologicznego wywołania snu. Szczególnie predysponowani są do niej chorzy, którzy przed odstawieniem zażywali duże dawki benzodiazepin, przy braku ich efektu terapeutycznego [10]. Podobnie jak inne objawy zespołu abstynencyjnego, bezsenność jest częstsza po nagłym odstawieniu leku, prawdopodobieństwo jej wystąpienia zwiększa się u osób wcześniej stosujących preparaty krótkodziałające. Bezsenność z odbicia może być jednym z elementów zespołu abstynencyjnego, ale może też wystąpić jako izolowane zaburzenie, o czym należy pamiętać u pacjentów leczonych benzodiazepinami w okresie zbyt krótkim, by rozwinęło się uzależnienie [10]. Może się zdarzyć, że bezsenność u pacjenta będzie bardziej nasiloną niż przed leczeniem, ale ma ona wówczas charakter przemijający. Innym częstym problemem są koszmary senne. Powstają one w wyniku wydłużania się fazy REM (*rapid eye movement*) po odstawieniu leku (benzodiazepiny skracają fazę REM oraz fazę snu wolnofalowego). W miarę adaptacji organizmu, to znaczy powrotu do niezakłóconego rytmu snu, koszmary senne stopniowo zanikają. Proces ten może potrwać nawet 4–6 tygodni. Ważne jest, aby pacjent z powodu bezsenności nie zażywał doraźnie małych dawek benzodiazepin ani nie powracał do poprzedniej wyższej dawki leku podczas procesu odstawiania. W okresie odstawiania niekorzystne jest również przyjmowanie innych leków działających przez receptor benzodiazepinowy, takich jak zolpidem czy zopiklon, ponieważ może to prowadzić do zamiany jednego środka uzależniającego na inny [4]. Objawy zaburzeń snu można złagodzić przede wszystkim, przestrzegając podstawowych zasad higieny snu.

Skurcze mięśniowe. Powszechnie znane jest miorelaksujące działanie benzodiazepin, więc skurcze mięśniowe po ich odstawieniu są zjawiskiem łatwym do przewidzenia. Obserwuje się także uogólniony wzrost napięcia mięśniowego, bóle mięśniowe oraz osłabienie siły skurczu mięśni. Objawy te nie powinny utrzymywać się długo, zwykle ruch

i proste ćwiczenia gimnastyczne poprawiają samopoczucie pacjentów. W przeciwnym przypadku chorego należy skierować do specjalisty, który rozważy alternatywną terapię.

Drgawki. Jest to szczególnie niebezpieczny objaw, mogący stanowić nawet zagrożenie dla życia. Jeśli u pacjenta w wywiadzie stwierdzi się napad padaczkowy, nie wolno odstawiać benzodiazepin bez konsultacji z neurologiem!

Natrętne wspomnienia. Jest to bardzo interesujący objaw, choć nie występuje u wszystkich pacjentów, a ponadto nie zawsze kojarzy się go z odstawieniem leków. Wspomnienia dotyczą zwykle osób lub wydarzeń z odległej przeszłości, a ich wystąpienie często zbiega się w czasie z występowaniem koszmarów sennych, co mogłoby sugerować ten sam mechanizm ich powstawania.

Omamy. Podobnie jak w poalkoholowym zespole abstynencyjnym, tak i w tym przypadku mogą się pojawić omamy wzrokowe. Nie muszą one przybierać formy przysłowiowych już „białych myszek”, mogą jednak być na tyle żywe i barwne, że wywołują niepokój pacjenta.

Derealizacja i depersonalizacja. Są to kolejne objawy budzące duży niepokój. Pacjent czuje się tak, jak gdyby wyszedł poza swoje ciało i obserwował sytuację z boku. Możliwe są zaburzenia w postrzeganiu schematu własnego ciała, jego kształtu, rozmiarów poszczególnych części. Objawy te są charakterystyczne dla chorych długo nadużywających benzodiazepin, u których proces ich odstawienia przeprowadzono zbyt gwałtownie.

Upośledzenie funkcji poznawczych. Zdolność zapamiętywania, koncentracji uwagi oraz uczenia się pacjentów jest zwykle ograniczona. Może to wynikać z działania benzodiazepin, które zaburzają proces kodowania i utrwalania wyuczonych wiadomości [11], a częściowo również z przebiegu procesu abstynencyjnego. Funkcje poznawcze poprawiają się w stosunku do poziomu z okresu nadużywania benzodiazepin [12, 13], ale ich powrót do poziomu sprzed terapii może trwać nawet kilka miesięcy.

Szum w uszach. Jest to objaw szczególnie dokuczliwy i irytujący. Może przebiegać z różnym nasileniem, czasem tak dużym, że uniemożliwia chorym normalne funkcjonowanie. Zwykle nie utrzymuje się długo i mija samoistnie, jednak w przypadku dłuższej utrzymującego się szumu w uszach należy zasięgnąć porady laryngologa.

Zaburzenia czucia. Wyróżnia się całą gamę zaburzeń czucia, od mrowienia, uczucia zimna, sztywności, aż do dziwnych wrażeń dotykowych (np.

wrażenie obecności insektów ruszających się pod skórą). Dolegliwości te zwykle ustępują samoistnie.

Zaburzenia widzenia. Ich powstawanie należy tłumaczyć nieprawidłowym funkcjonowaniem mięśni poruszających gałkami ocznymi. Obraz staje się nieostry i zamazany. Podobnie jak inne objawy zespołu abstynencyjnego, nie trwają one długo i ustępują samoistnie.

Nadwrażliwość na bodźce zmysłowe. Najsilniej zwykle uwidacznia się nadwrażliwość na bodźce słuchowe i wzrokowe, co dodatkowo może być wisklane szumem w uszach lub występowaniem halucynacji. Ostrzejsze światło lub głośniejsze dźwięki sprawiają chorym dużą przykrość. Niektórzy pacjenci zgłaszają również metaliczny smak w ustach lub dziwne, często nieprzyjemne zapachy. Objawy te są krótkotrwałe i ustępują samoistnie.

Uczucie zmęczenia, rozbicia. Objawy te częściowo łączą się z objawami ze strony układu mięśniowego, co w sumie daje obraz symptomów grypopodobnych i z reguły jest równie krótkotrwałe.

Zaburzenia równowagi. Powstają one w wyniku zmian metabolicznych w mózdzku, w obrębie którego znajdują się znaczne ilości receptorów GABA-ergicznych (GABA, *gamma-aminobutyric acid*). Zaburzenia te mijają, gdy organizm adaptuje się do nowych warunków metabolicznych.

Zaburzenia żołądkowo-jelitowe. Mogą one przyjmować różne formy, takie jak: wymioty, nudności, biegunki, zaparcia, zaburzenia połykania. Ich powstawanie wiąże się z obecnością w jelitach receptorów GABA-ergicznych (obwodowy receptor benzodiazepinowy), które zostają nagle pozbawione działania benzodiazepin, oraz z nadwrażliwością układu autonomicznego na stres, jakim niewątpliwie jest proces odstawienia substancji uzależniającej. Z zaburzeniami tymi wiążą się również wahania masy ciała. Jeśli zmiany masy ciała nie są zbyt duże, to nie należy się nimi martwić ani też zalecać pacjentom diety.

Uderzenia gorąca, nadmierne pocenie się. Są one wyrazem „burzy wegetatywnej” zachodzącej w organizmie podczas procesu odstawiania substancji uzależniającej. Zwykle mają charakter przemijający i nie należy się nimi niepokoić.

Zmiany skórne. Występują rzadko, mają przeważnie postać wysypki plamistej lub pokrzywki. Znikają samoistnie, chociaż w cięższych przypadkach można zastosować leczenie miejscowe oraz leki przeciwświądowe.

Powyżej wymienione objawy należą do części spotykanych w przebiegu zespołu abstynencyjnego po odstawieniu benzodiazepin i nie różnią się znacząco od

objawów zespołu abstynencyjnego występującego po odstawieniu opiatów czy alkoholu, choć zazwyczaj są o wiele mniej nasilone. Należy jednak pamiętać, że może się w tym wypadku rozwinąć ciężki, pełnoobjawowy zespół abstynencyjny, który będzie wymagał hospitalizacji, choć takie przypadki są niezwykle rzadkie.

Mniej niebezpiecznym, jednak bardzo uciążliwym, powikłaniem zespołu abstynencyjnego jest przejście pewnych jego objawów w formę przewlekłą, utrzymującą się miesiącami. Określa się to jako „zespół poabstynencyjny” (*post-withdrawal syndrome*) [4]. Takie sytuacje są niezmiernie rzadkie i dotyczą wyłącznie pacjentów, którzy nadużywali benzodiazepin przez wiele (nawet 20!) lat.

Pacjenci uzależnieni od benzodiazepin to często ludzie w starszym wieku, cierpiący dodatkowo na wiele innych dolegliwości, których wszelkie zmiany w ich organizmie mogą szczególnie niepokoić. Rolą lekarza jest cierpliwie wytłumaczyć przyczyny powstawania poszczególnych objawów oraz objaśnić ich charakter. Lekarz powinien także wspierać pacjenta w jego zmaganiach z uzależnieniem.

Nie ma konkretnej farmakoterapii zespołu abstynencyjnego, choć w łagodzeniu jego objawów przydatne są wspomniane już β -blokery, leki przeciwdepresyjne oraz zwykłe środki przeciwbólowe. Propozycje terapii za pomocą karbamazepiny, kwasu walproinowego [14] czy preparatów z korzenia kozłka [15] wymagają dalszych badań, ponieważ brak jednoznacznej oceny ich przydatności klinicznej. Jeśli proces odstawienia leku jest właściwie prowadzony, to znaczy jego tempo jest dostosowane do indywidualnych możliwości pacjenta, to nie należy obawiać się wystąpienia zespołu abstynencyjnego. Wówczas jego objawy są zwykle krótkotrwałe i najczęściej ustępują samoistnie [16]. Ważnym elementem terapii jest rzetelne i pełne informowanie pacjenta o wybranej strategii postępowania leczniczego, istocie problemu uzależnienia oraz dolegliwościach związanych z zespołem abstynencyjnym. Znaczenie i wartość kliniczna psychoterapii nie są do końca określone [4, 7, 16, 17]. Po odpowiednim przygotowaniu każdy lekarz może prowadzić taki proces odstawiania benzodiazepin, chociaż w przypadku zaistnienia jednej z poniższych sytuacji należy skierować chorego do psychiatry.

- Padaczka — wówczas, gdy istnieje najmniejsze podejrzenie jej obecności, nie należy odstawiać benzodiazepin bez uprzedniej konsultacji z neurologiem;
- Wcześniejsze reakcje organizmu na odstawienie substancji uzależniającej o charakterze zagrażającym (bez względu na jej rodzaj);
- Współistniejące ciężkie schorzenia neurologiczne lub psychiczne. Na szczególną uwagę zasłu-

gują wszelkie schorzenia, którym towarzyszy spastyczność. W takich przypadkach decyzję o odstawieniu benzodiazepin należy skonsultować z neurologiem;

- Współistniejące ciężkie zaburzenia osobowości. W wypadku tego rodzaju pacjentów istnieje zagrożenie w postaci impulsywnych zachowań, zwłaszcza prób samobójczych. Proces odstawiania leku powinien być skonsultowany z psychiatrą;
- Chory w podeszłym wieku, niedoświadczony, bez należytej opieki. Brak właściwej opieki w domu pacjenta wiąże się z ryzykiem przeoczenia objawów zespołu abstynencyjnego lub choroby podstawowej, będącej przyczyną rozpoczęcia terapii benzodiazepinami, co może stworzyć zagrożenie dla jego zdrowia;
- Współistniejące uzależnienie (inne leki, alkohol, narkotyki) może być wskazaniem do przeprowadzenia detoksykacji w warunkach szpitalnych, ze względu na większe nasilenie zespołu abstynencyjnego;
- Brak wsparcia — trudne warunki socjalne, rodzinne, niewspółpracująca rodzina. Pacjent doświadczający tego rodzaju trudności wymaga większej uwagi ze strony lekarza prowadzącego, często także dodatkowego leczenia (np. przeciwdepresyjnego).

W każdym z powyższych przypadków zamiar odstawienia leku należy skonsultować z psychiatrą lub neurologiem, którzy podejmą decyzję o jego ewentualnym rozpoczęciu i przebiegu. W wyjątkowych sytuacjach proces ten należy przeprowadzić w warunkach szpitalnych.

Aby uchronić się przed problemem uzależnień, zawsze należy wnikliwie rozważyć zasadność terapii benzodiazepinami i pamiętać, że nie mogą one być stosowane przez okres dłuższy niż 2 tygodnie. Pacjenci walczący ze swoim uzależnieniem wymagają szczególnej troski i wsparcia oraz zrozumienia ich trudnej sytuacji. Wielu z nich, zniechęconych objawami abstynencyjnymi lub niemogących się odnaleźć w nowej „czystej” rzeczywistości, wróci do zażywania benzodiazepin. Nie należy się tym zrażać, ale trzeba wyciągnąć wnioski z każdej nieudanej próby i ponownie podjąć próbę walki z uzależnieniem.

PIŚMIENNICTWO

1. Habrat B., Steinbarth-Chmielewska K., Baran-Furga H. Zaburzenia spowodowane substancjami psychoaktywnymi. W: Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red.). Psychiatria, T. 2. Urban & Partner, Wrocław 2002: 169–212.

2. Szelenberger W., Skalski M. Zaburzenia snu. W: Bilikiewicz A., Pużyński S., Rybakowski J., Wciórka J. (red.). Psychiatria, T. 2. Urban & Partner, Wrocław 2002: 538–554.
3. Płażnik A. Uzależnienie od benzodiazepin: farmakologia i aspekty kliniczne. *Farmacja Polska* 1995; 51: 507–517.
4. Ashton H. Benzodiazepines: how they work and how to withdraw medical research information from a benzodiazepine withdrawal clinic. University of Newcastle 2000.
5. Rzewuska M. Uzależnienia od benzodiazepin: aspekty kliniczne. *Postępy Neurologii i Psychiatrii* 1995; 4: 171–180.
6. Petursson H. The benzodiazepine withdrawal syndrome. *Addiction* 1994; 89: 1455–1459.
7. Płażnik A. Uzależnienie od benzodiazepin: aspekty farmakologiczne. *Postępy Neurologii i Psychiatrii* 1995; 4: 157–170.
8. Couvee J.E. Towards a treatment of chronic benzodiazepine users suffering from depression GlaxoSmithKline 2002.
9. Tyrer P., Fergusson B., Hallstrom C. i wsp. A controlled trial of dothiepin and placebo in treating benzodiazepine withdrawal symptoms. *Br. J. Psych.* 1996; 168: 457–461.
10. Skaza M., Siemiątkowski M., Członkowski A. Bezsenność z odbicia — problemy farmakoterapii. *Leki psychotropowe* 1994; 4: 65–71.
11. Unrug-Neervoort A., Coenen A. Benzodiazepiny w codziennym życiu. Zalety i konsekwencje stosowania. *Zdrowie Psychiczne* 1993; 1–2: 120–125.
12. Lader M.H. Limitations on the use of benzodiazepines In anxiety and insomnia: are they justified? *European Neuropsychopharmacology* 1999; 9 (supl. 6): 399–405.
13. Rickels K., Lucki I., Schweizer E., Garcia-Espana F., Case W.G. Psychomotor performance of long-term benzodiazepine users before, during, and after benzodiazepine discontinuation. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 1999; 19: 107–113.
14. Rickels K., DeMartinis N., Rynn M., Mandos L. Pharmacologic strategies for discontinuing benzodiazepine treatment. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 1999; 19 (supl. 6): 12–16.
15. Poyares D.R., Guilleminault C., Ohayon M.M., Tufik S. Can walerian improve the sleep of insomniacs after benzodiazepine withdrawal? *Progress In Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 2002; 26: 539–545.
16. Spiegel D.A. Psychological strategies for discontinuing benzodiazepine treatment. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 1999; 19 (supl. 6): 17–22.
17. Oude Voshaar R.C., Gorgels W.J.M.J., Mol A.J.J. i wsp. Tapering off long-term benzodiazepine use with or without group cognitive-behavioral therapy: three-condition, randomised controlled trial. *Br. J. Psych.* 2003; 182: 498–504.