



PREDICTIE VAN DE PROGNOSE VAN GEPROTOCOLLEERDE BENZODIAZEPINE AFBOW BIJ PSYCHIATRISCHE PATIENTEN

Dr.C.C. Kan

Afdeling Psychiatrie UMC St Radboud Nijmegen



Wat maakt dat een patiënt succesvol afbouwt en abstinent blijft?



Relevantie van voorspellen afbouwsucces

- Inschatting haalbaarheid van afbouw
- Indiceren van patiënten voor aanvullende interventies

Welke kenmerken beschouwt u als voorspellers?



Stelling 1

De kans op succesvolle BZD afbouw is bij psychiatrische patiënten zoveel lager dan bij “gewone” BZD gebruikers dat het de moeite niet loont om eraan te beginnen.



Stelling 1

De kans op succesvolle BZD afbouw is bij psychiatrische patiënten zoveel lager dan bij “gewone” BZD gebruikers dat het de moeite niet loont om eraan te beginnen.



Stelling 1

De kans op succesvolle BZD afbouw is bij psychiatrische patiënten zoveel lager dan bij “gewone” BZD gebruikers dat het de moeite niet loont om eraan te beginnen.



Stelling 1

De kans op succesvolle BZD afbouw is bij psychiatrische patiënten zoveel lager dan bij “gewone” BZD gebruikers dat het de moeite niet loont om eraan te beginnen.



Stelling 1

De kans op succesvolle BZD afbouw is bij psychiatrische patiënten zoveel lager dan bij “gewone” BZD gebruikers dat het de moeite niet loont om eraan te beginnen.



Benzodiazepine Dosisreductie Protocol* op de poli psychiatrie van het UMC St Radboud 1997-2002 vs In huisartspraktijken (Benzoredux onderzoek)

- Effectonderzoek naar de resultaten op de korte en lange termijn in termen van:
 - Succesvol stoppen (discontinueren)
 - Abstinent blijven / niet terugvallen

*(conform Zitman, 1997)

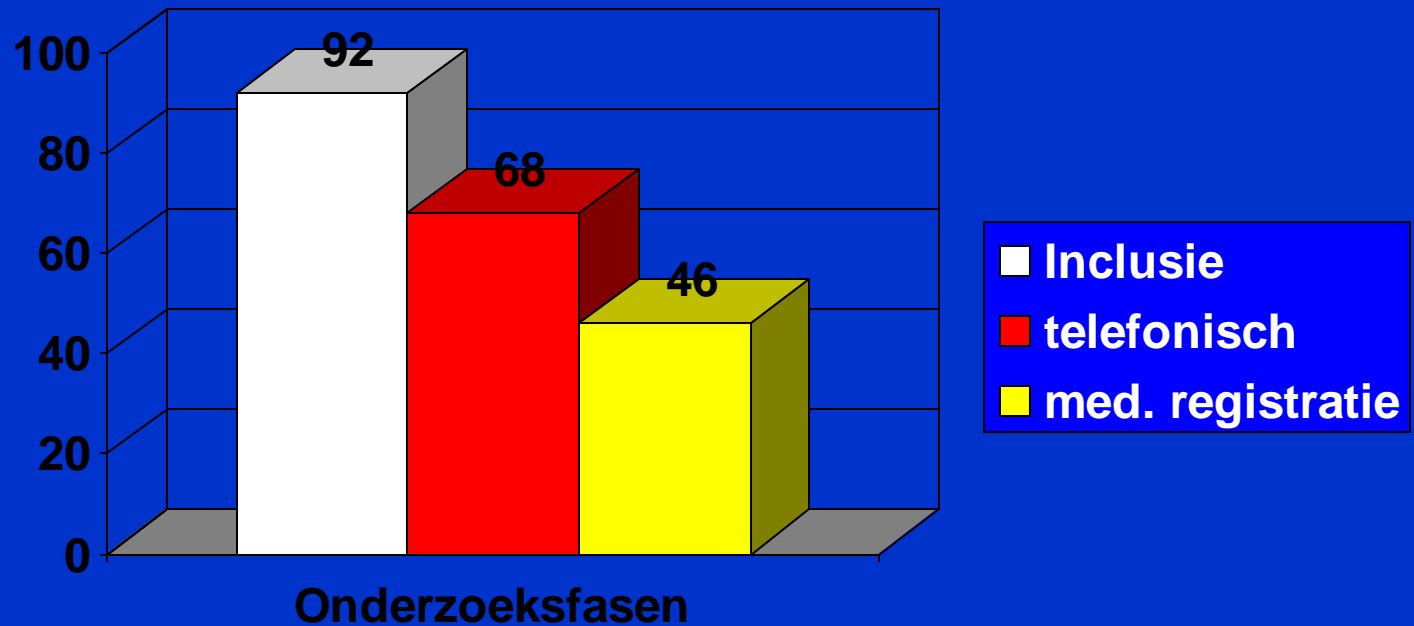


Inclusiecriteria

- BZD gebruik langer dan 3 maanden
- Intention-to-treat:
Begonnen aan BZD protocol dmv Psychologisch
Onderzoek

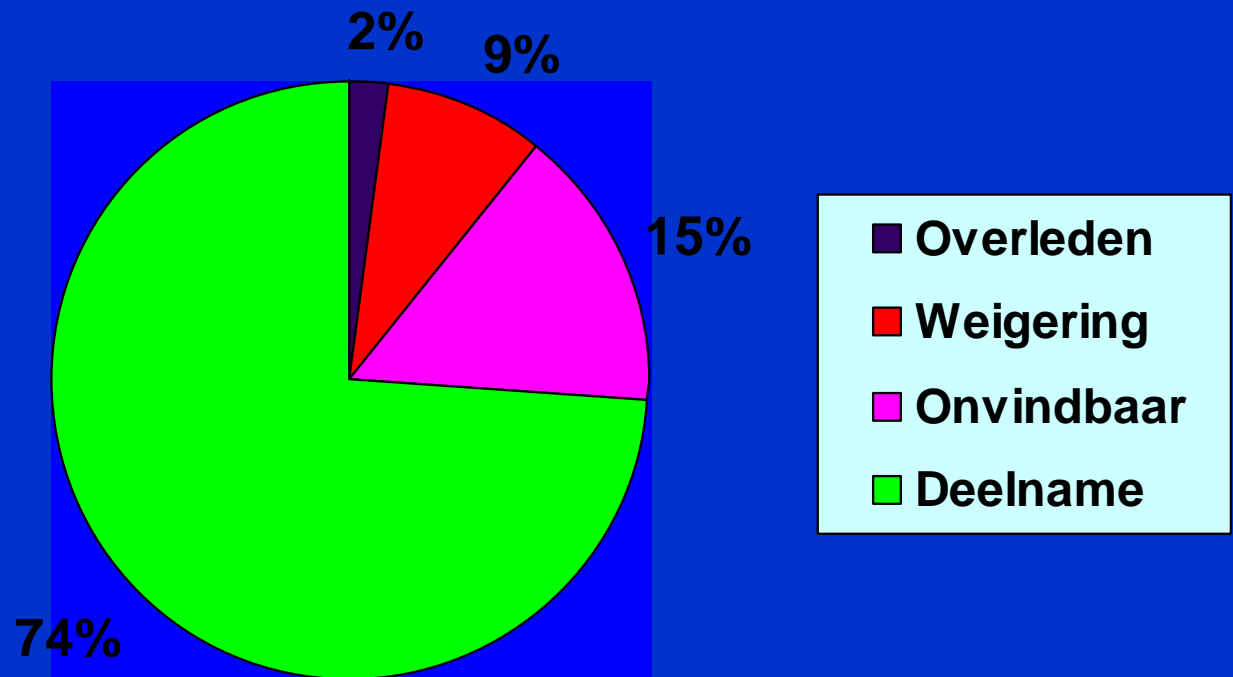


Beloop Onderzoeksdeelname





Telefonische Enquete





Follow-up duur

Kan et al. (patiënten polikliniek psychiatrie):
Variabel, gemiddeld 25 maanden na afbouw (SD 14)

Oude Voshaar et al. (huisartspatiënten):
Laatste follow-up moment 18 maanden na afbouw



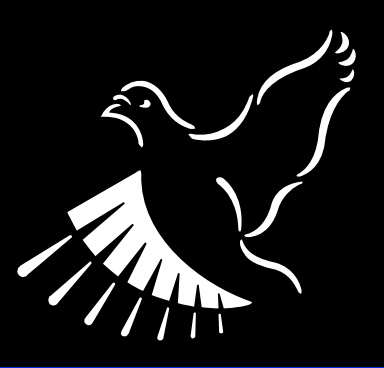
BZD dosering

Kan et al. (patiënten polikliniek psychiatrie):

Gemiddeld 42 mg diazepam eq. voor afbouw (kwartielen 10-20-45)

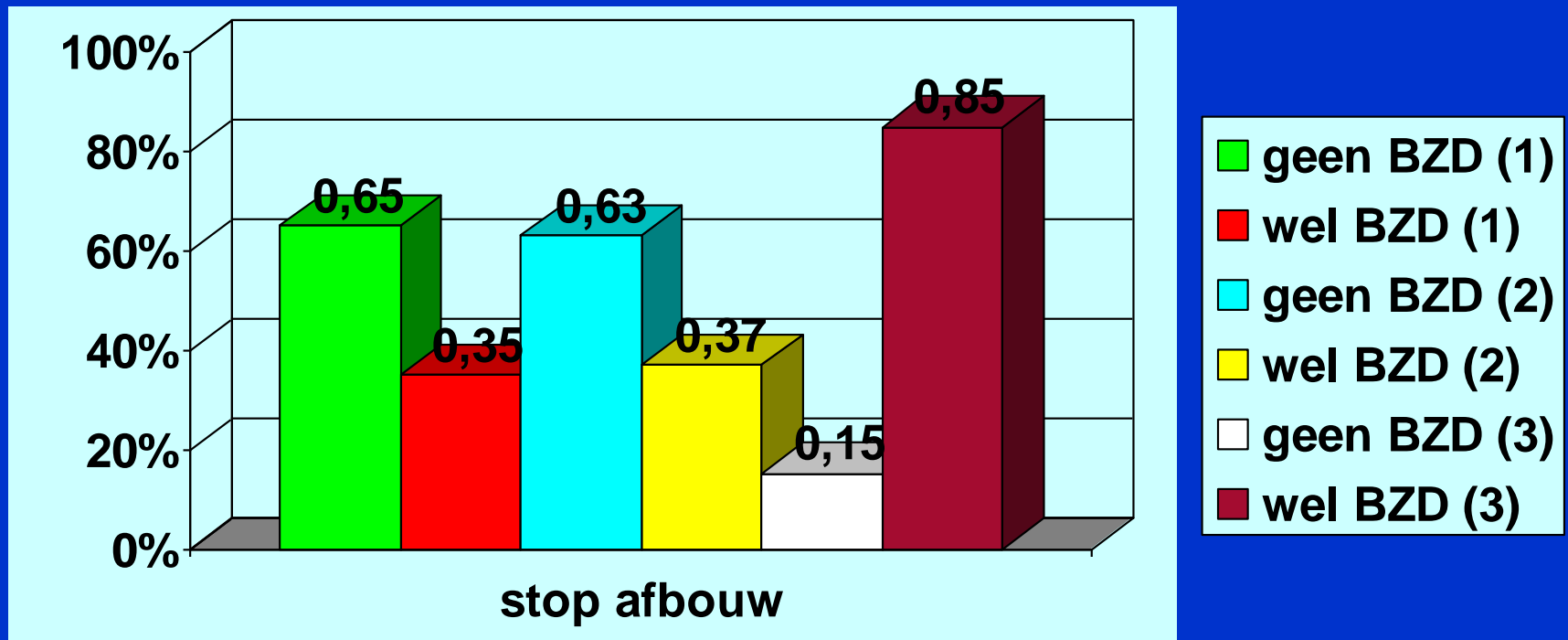
Oude Voshaar et al. (huisartspatiënten):

Gemiddeld 6 mg diazepam eq. voor afbouw (SD 10)



Beloop Abstinentie na langdurig BZD gebruik in %

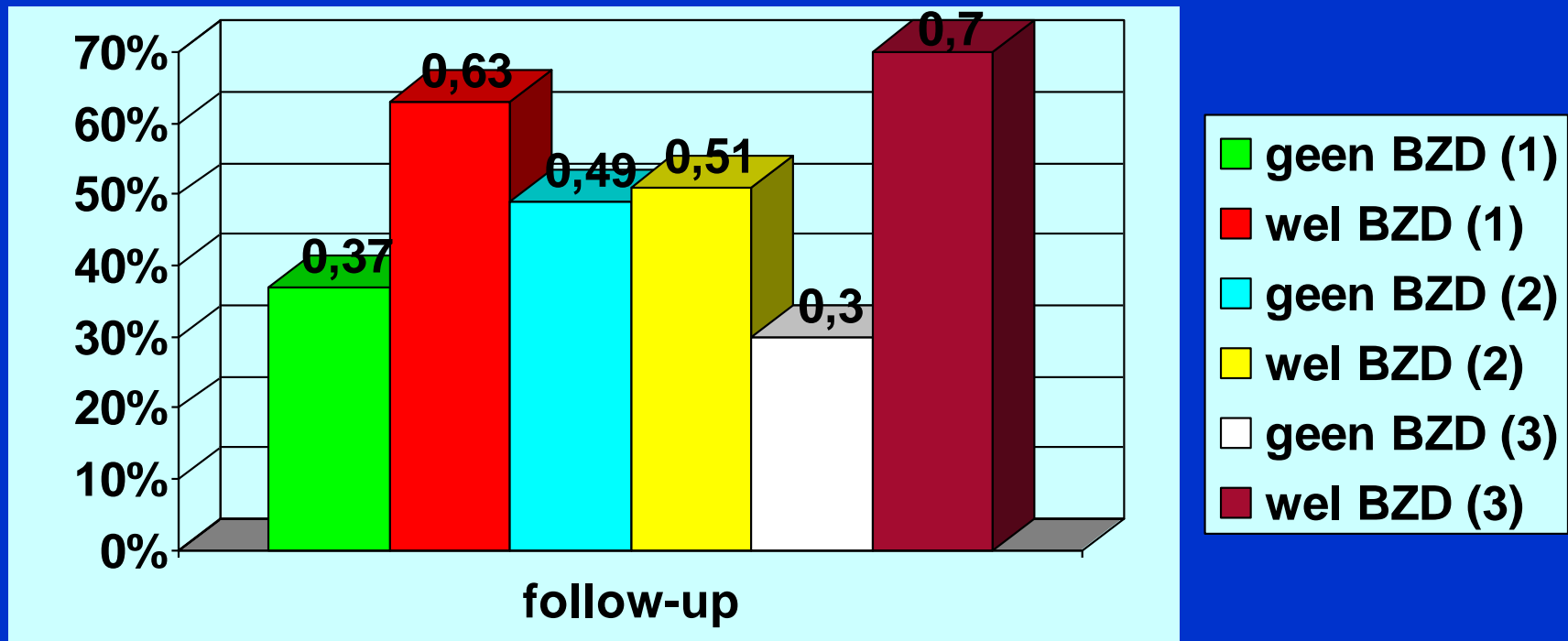
(1= Kan afbouw; 2= Oude Voshaar afbouw; 3= Oude Voshaar controles)





Belooft Abstinentie na langdurig BZD gebruik in %

(1= Kan afbouw; 2= Oude Voshaar afbouw; 3= Oude Voshaar controles)



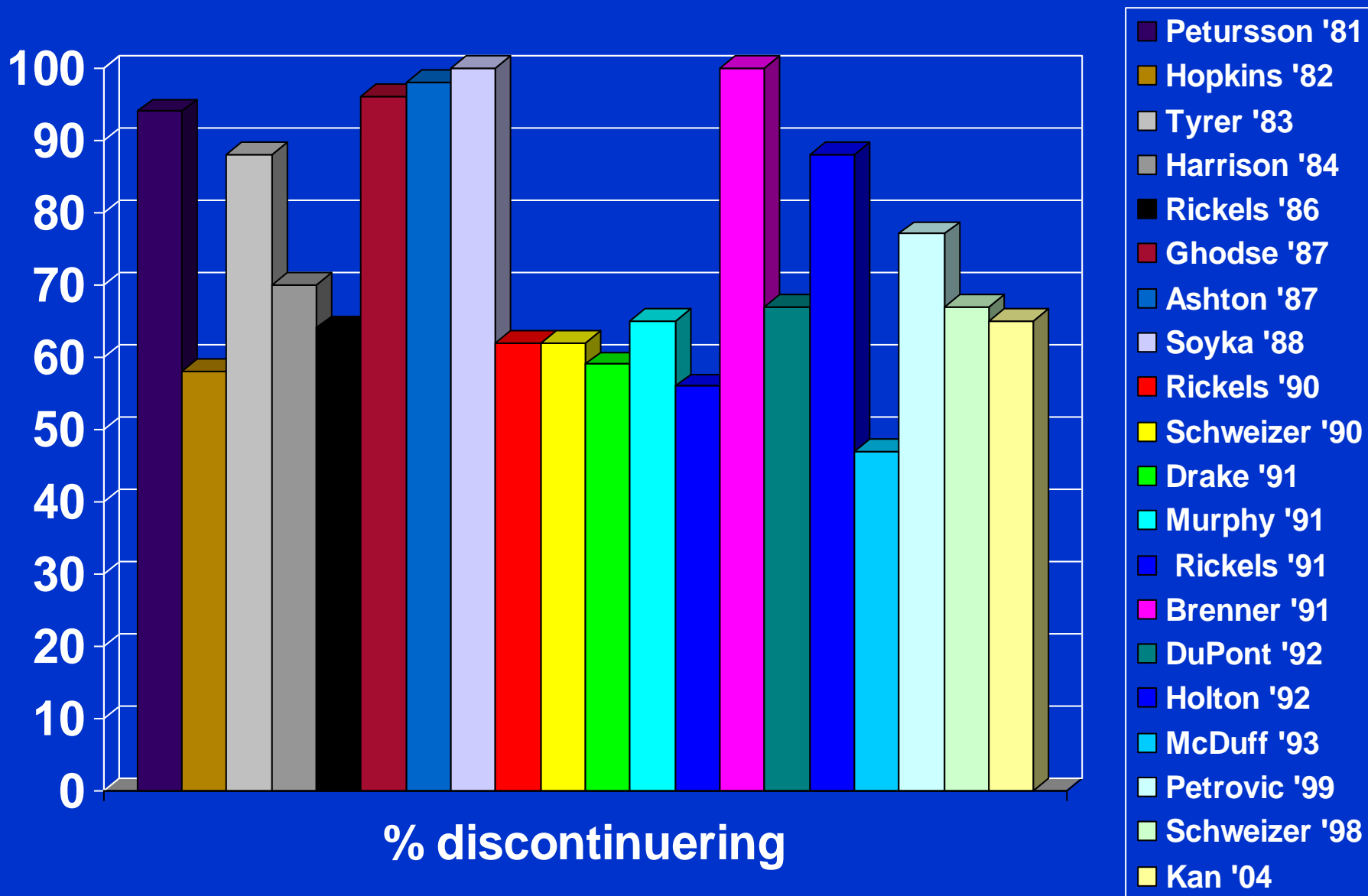


Nota bene

Kan et al.:

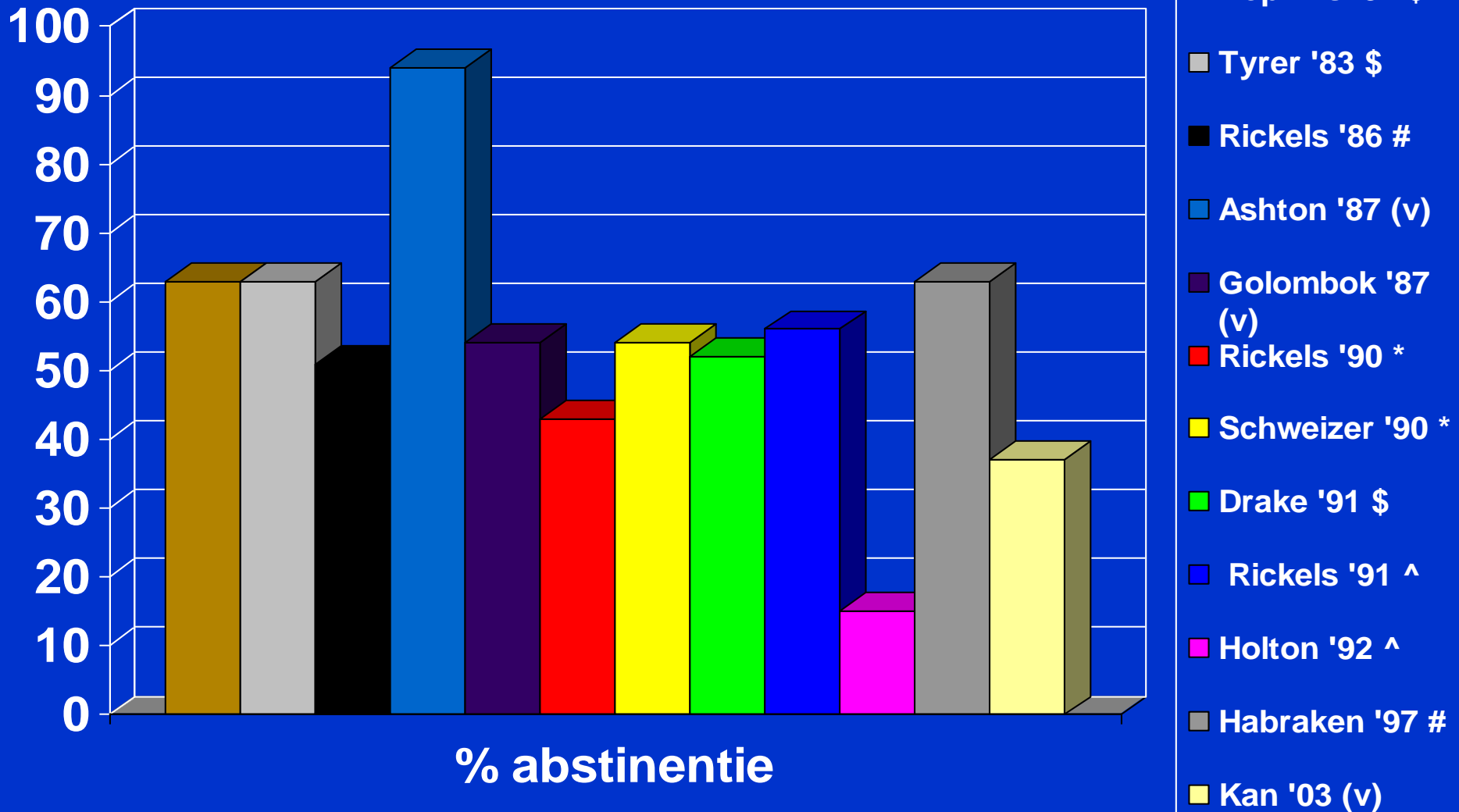
- Langere follow-up duur
- Follow-up meting onverwacht
- Veel hogere doseringen

Vergelijking met andere BZD afbouw onderzoeken



Vergelijking met andere BZD afbouw onderzoeken t.a.v. lange termijn resultaat

*= 0-3 mndn
 \$= 3-6 mndn
 #= 6-12 mndn
 @=12-24 mndn
 ^= > 24 mndn





Stelling 1

De kans op succesvolle BZD afbouw is bij psychiatrische patiënten zoveel lager dan bij “gewone” BZD gebruikers dat het de moeite niet loont om eraan te beginnen.

Niet op korte termijn, wel wat lager op lange termijn, maar nog altijd $NNT=3$



Stelling 2

Bij hoge benzodiazepine doseringen is
afbouw kansloos



Invloed van BZD dosering bij aanvang afbouw

Oude Voshaar et al.:

- Dosering bij log regressie analyse de enige sign predictor (OR=4,5) van korte termijn afbouwsucces
- lage dosis 1 van de 5 sign predictoren bij Cox-regressie analyse tav lange termijn abstinentie

Kan et al.:

- geen statistisch sign verbanden met succesvolle afbouw, abstinentie 3 maanden na afbouw en voor enquête



Invloed van BZD dosering bij aanvang afbouw

Literatuur:

Evidentie voor verband tussen BZD dosering en afbouwsucces (Udelman '90, Rickels '90, '91 & 2000, Schweizer '95 & '98, Oude Voshaar 2003)

Verklaring Kan et al.:

Compensatie door klinische behandeling bij > 30 mg diazepam eq.



Stelling 2

Bij hoge benzodiazepine doseringen is
afbouw kansloos

Minder kans op succes, maar te
compenseren door klinische
behandeling



Stelling 3

Bij angstige/depressieve patiënten
heeft afbouw geen zin;

1. ze zijn minder succesvol en
2. Als afbouw wel lukt dan neemt
de angst/depressie toe



Knoop et al. submitted

	Direct na afbouw		Follow-up na 2 jaar	
	Abstinent (n=47)	Terugval (n=25)	Abstinent (n=18)	Terugval (n=34)
ZBV- toestandangst	46,4 (12,6)	49,1 (14,6)	47,3 (11,7)	46,2 (13,1)
BDI	26,0 (12,3)	32,1 (12,7)	30,0 (11,5)	25,3 (15,4)



Voorspelt ernst angst vooraf bereiken van BZD abstinentie?

- Rickels et al., 1990: high HAM-A **geexcludeerd** bij Log Regr analyse ($r=.19$, $p<.20$)
- Schweizer et al., 1998: HAM-A geen **sign voorspeller** in log. regr. model voor afbouwsucces/falen ($n=165$)



Voorspelt ernst depressie vooraf bereiken van BZD abstinentie?

- Rickels et al., 1990: high HAM-D **geexcludeerd** bij Log Regr analyse ($r=.19, p<.20$)
- Schweizer et al., 1998: HAM-D **geen sign voorspeller** in log. regr. model voor afbouwsucces/falen ($n=165$)
- Oude Voshaar et al. 2003: POMS-scores (o.a. depression, anger, tension) **geen sign voorspellers** tav lange termijn abstinentie in Cox regressie analyse



Beloop van depressie

Aspect	Auteur	Instrument	Uitkomst
Depressie ↓	Joughin	PSE	$p < 0,01$
		CCEI	$p < 0,01$
		BDI	$p < 0,001$
Depressie =	Golombok	BDI	n.s.
Depressie ↓	Rickels '90	HAM-D	$p = 0,04$
		HSCCL	$p = 0,03$
Depressie ↓	Rickels '91	HSCCL	$p < 0,005$
Depressie ↓	Schweizer '98	HAM-D	$p = 0,02$



Beloop van angst

Aspect	Auteur	Instrument	Uitkomst
Angst ↓	Rickels '84	HAM-A	< scores
Angst ↓	Rickels '90	HAM-A	p<0,01;p=0,02
		HSCCL	p=0,29
Angst ↓	Rickels '91	HSCCL	P<0,02
Angst ↓	Schweizer'98	HAM-A	P=0,02
Angst ↓	Rickels '99	HAM-A	P<0,001
Angst ↓	Golombok	Trait Anx In	n.s.
Angst ↓	Klaver '02	Trait angst	P=0,026
		State angst	n.s.



Stelling 3

Bij angstige/depressieve patiënten heeft afbouw
geen zin;

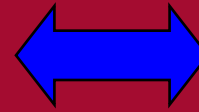
1. ze zijn minder succesvol en
2. Als afbouw wel lukt dan neemt de
angst/depressie toe

ad 1.: niet aangetoond in diverse onderzoeken

ad 2.: onderzoeken laten juist afname van
angst/depressie zien



Beïnvloeden persoonlijkheid of
coping afbouwsucces?



Verband tussen persoonlijkheid & Abstinentie?

- Rickels et al., 1990: Eysenck neuroticisme voorspeller bij LR van mislukte abstinentie ($r=.28$, $p<.06$), high MMPI dependence geexcludeerd bij Log Regr analyse ($r=.20$, $p<.20$)
- Schweizer et al., 1998: log regr. model voor succes afbouw/falen ($n=165$)
 - MMPI Dependence (partial $R^2=.02$, $p<.05$, $R^2=.27$)
 - Eysenck Neuroticism: geen zero order correlation
 - TPQ Harm Avoidance , $r=.18$, geen voorspeller bij log regressie)



Persoonlijkheid en Coping (Knoop, subm.)

	Direct na afbouw		Follow-up na 2 jaar	
	Abstinent (n=47)	Terugval (n=25)	Abstinent (n=18)	Terugval (n=34)
UCL				
Expressie van emoties	6,5 (1,8)	5,7 (1,5)	7,1 (1,8)	5,7 (1,7)*
NVM				
Somatisatie	22,7 (8,3)	19,6 (10,1)	24,4 (6,3)	19,6 (8,7)*



Beïnvloeden persoonlijkheid of
coping afbouwsucces?

Onvoldoende en niet vergelijkbaar
onderzocht

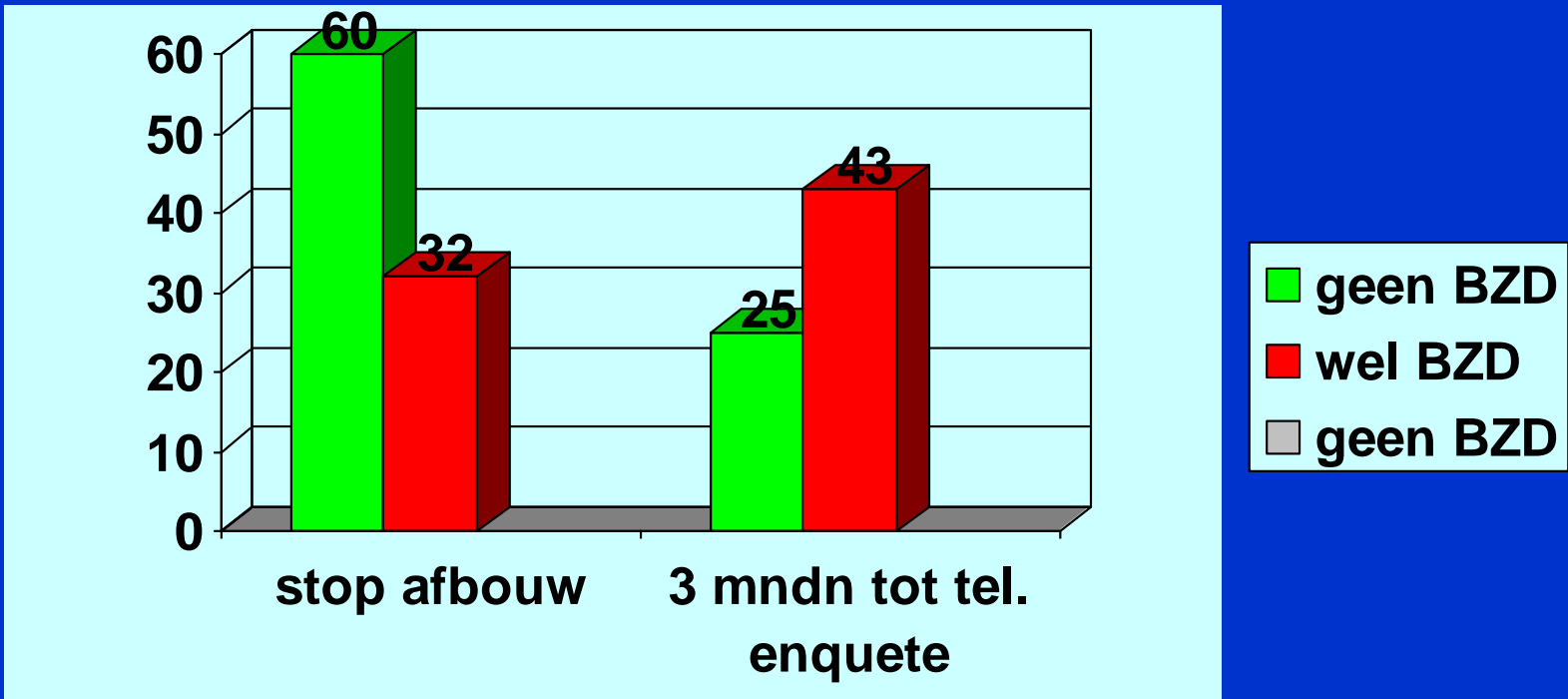


Conclusies

- Succes/falen van BZD afbouw is bij psychiatrische patiënten nauwelijks te voorspellen !
- Dosis is de enige harde voorspeller, maar lijkt te compenseren dmv opname
- Ernst van angst of depressieve klachten geen belemmering; neemt eerder af dan toe !
- Wellicht enige invloed van persoonlijkheid / coping op de lange termijn abstinentie
- Veel scepsis tav prognose van BZD afbouw lijkt ongegrond, cave: mythevorming



Beloop Abstinentie na langdurig BZD gebruik





Copingstijl

UCL

- actief aanpakken
- zoeken van afleiding
- passief reactiepatroon
- sociale steun
- vermijden
- uiten van emoties
- geruststellende gedachten



Persoonlijkheidskenmerken

NVM

- Negativisme
- Somatisatie
- Psychotiscisme
- Verlegenheid
- Extraversie