

ベンゾジアゼピン系処方薬依存へのとりくみ : 精神科診療所における対応

著者	天羽 薫
雑誌名	Psychologist : 関西大学臨床心理専門職大学院紀要
巻	3
ページ	121-128
発行年	2013-03
その他のタイトル	Addiction to prescription medications of benzodiazepine-type drugs : Treatment in the mental clinic
URL	http://hdl.handle.net/10112/7767

ベンゾジアゼピン系処方薬依存へのとりくみ —精神科診療所における対応—

Addiction to prescription medications of benzodiazepine-type drugs: Treatment in the mental clinic

天羽 薫

関西大学臨床心理専門職大学院 天翔会・天羽医院

Kaoru AMOH

Kansai University Graduate School of Professional Clinical Psychology, Amoh Clinic

◆要約◆

1952年以来、精神科診療へのクロルプロマジンの導入に始まって、この60年間で薬物治療は大きな変遷を遂げた。またたくうちに、向精神病薬は精神科治療の中で欠くべからざるものとなり、色々な薬剤が開発されるにつれ、その量や種類も年々増加する傾向にあった。21世紀に入り、非定型抗精神病薬の開発によって副作用の少ない薬を単剤で使えるようになった。しかし一方、2000年～2012年にかけてPC、インターネットの進歩・普及に伴い、薬物問題は若年層に拡大し、“処方箋依存”もますます複雑化してきている。本稿では、最近の精神科外来で遭遇するベンゾジアゼピン系をはじめとする薬剤に関する具体的な問題と、それに対する取り組みについて報告し、考察を加えたい。

キーワード：ベンゾジアゼピン系薬剤、処方箋依存、インターネット

Abstract

Medical therapy has made great progress in the last sixty years since chlorpromazine, a sedative drug, was first introduced in psychiatric treatment in 1952. Since then, psychoactive drugs became an established therapy in no time, and the availability of such drugs increased both in number and in kind. At the turn of the 21st century, the appearance of atypical antipsychotics enabled single-agent treatment without strong side effects. Meanwhile, since 2000, drug-related problems have been spreading among young people, with the increasing popularity of personal computers and the internet. Addiction to prescription medications has become more prevalent, making drug therapy more complex. This paper discusses issues related to drugs, including benzodiazepine, which has been often prescribed for psychiatric outpatients in recent years, and discusses

approaches to solve them by presenting specific examples.

Key Words: benzodiazepine, addiction to prescription medications, internet

はじめに

筆者は、1981年から様々な形で精神科診療に携わってきた。本邦では1980年代には、もっぱら精神科病院への入院治療が中心となっており、精神科診療所や心療内科の外来クリニックの数はわずかであった。当時筆者は、研修医として精神科病院に勤務しており、その現場においては病棟における処方箋の多剤併用や、“てんこ盛りのくすり”や“薬づけ”が、しばしば問題になっていたように思う。

その後1985年頃から、女性アルコール依存症(キッチンドリンカー)の治療に携わるようになったが、その頃の専門病棟では、アルコールを断つと同時に離脱を止めるために、入院から退院まで比較的長期にわたり(1か月~3か月)ベンゾジアゼピン系薬剤が精神安定剤や催眠剤として使用されていた。それは、これらの薬剤がアルコールとの交叉耐性があり、重篤な離脱症状が抑制されるという理由からであった。

1989年からは、主に天羽医院において外来中心に診療に取り組んできた。今回は、これまで精神科外来で実際に遭遇した薬剤に関するいくつかの臨床的な問題点に関して述べ考察を加えたい。

ベンゾジアゼピン系薬剤とは？

まずは、ベンゾジアゼピン系薬剤とは何なるもので、どのような種類があるかという事について述べる。

以下は、精神科でよく用いられるベンゾジアゼピン系薬物である。

主に抗不安薬として使用されるもの：

一般名	(商品名)
アルプラゾラム	(ソラナックス、

	コンスタン)
オキサゾラム	(セレナール)
クロキサゾラム	(セバゾン)
クロラゼブ酸二カリウム	(メンドン)
クロルジアゼポキシド	(バランス)
ジアゼパム	(セルシン)
フルジアゼパム	(エリスパン)
フルタゾラム	(コレミナール)
フルトプラゼパム	(レスタス)
プロマゼパム	(レキソタン)
プラゼパム	(セダプラン)
メキサゾラム	(メレックス)
メタゼパム	(レスミット)
ロフラゼブ酸エチル	(メイラックス)
ロラゼパム	(ワイパックス)
主に催眠剤として使用されるもの	
エスタゾラム	(ユーロジン)
エチゾラム	(デパス)
クアゼパム	(ドラール)
トリアゾラム	(ハルシオン)
ニトラゼパム	(ベンザリン)
フルニトラゼパム	(ネルボン、サイレー ス、ロヒプノール)
フルラゼパム	(ダルメート)
プロチゾラム	(レンドルミン)
リルマザホン	(リスミー)
ロルメタゼパム	(ロラメット)

非ベンゾジアゼピン系であるが最近よく用いられる催眠剤

ゾピクロン	(アモバン)
ゾルピデム	(マイスリー)

これらの薬剤は、神経症性障害などの軽症例では最低1種類ずつ、重症例では各々2~3種類ずつ組み合わせ、処方されることがある。しかし1種類の薬物を増量しても効果が見られない場合は、通常別の抗不安薬と置き換えるか、

別の向精神病薬（例えば非定型抗精神病薬や抗うつ薬）と組み合わせて効果を見れば、それほど多剤併用になることはないはずである。しかし実際には、そううまくはいかない場合が多く、手の施しようがないくらいに膨れ上がった処方を、外来ではよく見かけるものである。次に、診療所で実際に問題となる具体的なケースを以下に挙げてみた。

- (1)精神科病院に入退院を繰り返すうちに多剤処方となり、これを整頓するケース
- (2)精神科以外の他科（内科など）へ通院するうちに多剤処方となり、これを整頓するケース
- (3)精神科外来通院を続けるうちに次第に多剤併用となり、これを切るために、入院治療をお願いするケース

症 例

各々のケースについて、次に具体的な症例を挙げて検討を加えたい。
 (なお各症例に関しては、個人を同定できないように十分な配慮を施している。しかし薬剤に関しては、あえて一般名でなく商品名を挙げている。)

- (1)精神科病院に入退院を繰り返すうちに多剤処方となり、これを整頓するケース

ケース① 49歳 女性

職業：専業主婦
 学歴：高卒
 結婚：24歳で“出来ちゃった婚”、その後3児をもうけたが離婚
 診断：薬物依存（覚せい剤）、アルコール依存、国際分類（ICD-10、F1、精神作用物質使用による精神および行動の障害、DSM-IV-TR、物質関連障害 303.90、303.40）、C型肝炎
 既往歴：30歳時、A診療所（外来通院）
 31歳時、B精神科病院（3週間と、2ヶ月2回入院）

- 32歳時、C精神科病院（2ヶ月入院）
- 41歳時、B精神科病院（3ヶ月入院）
- 41歳時、D精神科病院（3ヶ月入院）

初診時46歳で、地域活動支援センター大阪マックへ入所された時点で、天羽医院へ紹介された。（初診時、X年、10月14日）

最後のD精神科病院退院時処方は、以下の通りであった。

【退院時処方】(21行)

①ヒルナミン	25mg	1錠	眠前
②トレドミン	25mg	4錠	食後と眠前
③リスベリドン	0.5mg	1錠	眠前
④コントミン	12.5mg	2錠	眠前
⑤ヒルナミン	50mg	1錠	眠前
⑥ヒルナミン	25mg	1錠	眠前
⑦ヒルナミン	5mg	1錠	眠前
⑧ヒベルナ	25mg	1錠	眠前
⑨ロヒプノール	2mg	1錠	眠前
⑩ベンザリン	5mg	1錠	眠前
⑪センノシド	12mg	3錠	眠前
⑫ケルナックカプセル	80mg	2錠	朝夕
⑬フェログラデュメット		2錠	朝夕
⑭ミヤBM		3錠	食後
⑮アロプリノールコーワ		100mg 3錠	毎食後
⑯ガスモチン	5mg	3錠	毎食後
⑰メチコバイド	500μg	3錠	毎食後
⑱ユベラNカプセル		100mg 3カプセル	毎食後
⑲セロクエル	25mg	3錠	毎食後
⑳ニボラジン	3mg	3錠	毎食後
㉑アリナミンF	25mg	3錠	毎食後

(X+3年、6月28日)

【外来処方】

アトラックスP 25mg 1錠 眠前頓服が最終処方となり、以後投薬なし。

現在も大阪マックへ通所し、毎日3回のミーティングを受けている。

*特定非営利活動法人・大阪マック（MAC）と

は、1980年4月に開設されたアルコール、薬物そのほか様々な依存症のリハビリテーションを行っている自助グループである。スタッフもすべて当事者の回復者で運営されており、毎日3回以上のミーティング参加が必須であるが、回復のために全世界共通であるA.A.の12ステップが使われている。大阪マックは、地域活動支援センターと4つのグループホームを組織し、男女20数名の依存症者が共同生活をしたり、社会復帰のための就労訓練も行っている。

ケース② 58歳 男性

職業歴：事務職30年、会社役員2年6ヶ月

学歴：公立大学（文学部）卒

結婚：29歳で見合い結婚、2児をもうけたが53歳で離婚。長男は障害児

診断：アルコール依存、気分（感情）障害、国際分類（ICD-10、F1、精神作用物質使用による精神および行動の障害、気分感情障害F33.10、DSM-IV-TR、物質関連障害303.90、気分障害、大うつ病性障害反復性296.3x)

既往歴：44歳～46歳にかけて、精神科病院に4回入院（1.5ヶ月、2ヶ月、1ヶ月、3ヶ月）

52歳時、E精神科病院へ入院（2ヶ月）

53歳時、F精神科病院へ入院（2ヶ月）

54歳時、G精神科病院へ2回入院（2ヶ月、3ヶ月）

精神科病院は、いずれもアルコール専門病院である。

退院後大阪マックへ入所し、天羽医院初診となる。（初診時、X年2月9日）初診時患者は、視線が定まらず、呂律はまわらず、ふらついてよく歩けない、よくこける人であった。最初は、重症の精神障害を合併していて、回復には時間がかかるだろうなという印象を持った。

最終のG精神科病院退院時の処方は、以下の通りであった。

【退院時処方】（15行）

①パキシル 20mg 2錠 タと眠前

②サイレース	2mg	1錠	眠前
③グッドミン	0.25mg	1錠	眠前
④ドラール	15mg	1錠	眠前
⑤アモバン	10mg	1錠	眠前
⑥テトラミド	30mg	1錠	眠前
⑦リーマス	200mg	2錠	朝夕
⑧セルシン	2mg	3錠	食後
⑨ドグマチール	50mg	3錠	食後
⑩マグラックス		3錠	食後
⑪アダラートCR	20mg	1錠	朝
⑫ウルソ		3錠	朝
⑬チオラ		3錠	朝
⑭ラックメロン	3.0g		
⑮セルベックス		3カプセル	

【X+0年、2月9日】

初診時、まず以下のように処方方を4行に整頓した。

【外来処方】（4行）

①ジェイゾロフト	25mg	2錠	朝夕
②アモバン	7.5mg	1錠	眠前
③アタラックスP	25mg	1錠	眠前
④ツムラ乙字湯	7.5g		

【X+1年、4月22日】

次に、1年後以下のように処方を変更した。（3行）

①ジェイゾロフト	25mg	1錠	眠前
②アタラックスP	25mg	1錠	眠前
③ツムラ乙字湯	7.5g		

【X+1年、6月28日】

「施設で毎日スタッフから薬をもらうのが苦痛である。薬を止めたい。」という本人の強い希望もあり、徐々に減薬し処方方を全くなしとする。この後、就労訓練を始める。

【X+2年、8月1日】

大阪マックのグループホームを退所する。現在介護施設で働きながら、大阪マックのプログラムを受けている。

*またこの度アルコール関連問題学会の分科会にともに出迎いただき、体験談を話していただいたが、教養の高い聡明な印象の人である。

(2)精神科以外の他科（内科など）へ通院するうちに多剤処方となり、これを整頓するケース

ケース③ 66歳 男性

職業歴：新聞の販売店経営者（62歳まで）

学歴：国立大学（経済学部）中退

結婚：23歳で同棲し、子ができたため46歳で入籍

既往歴：35歳時、H精神科病院入院（23日）62歳～65歳時、I精神科病院へ3回入院

66歳：内科病院の紹介で“不眠症”の治療を行ってほしいと、天羽医院へ紹介された。（初診時X年10月15日）

診断：アルコール依存症、国際分類（ICD-10、F1）、精神作用物質使用による精神および行動の障害、DSM-IV-TR、物質関連障害 303.90）

不眠症（内科からの紹介病名）

【紹介時の外来処方】（14行）

①デパス	0.5mg	1錠	眠前
②ロヒプノール	2mg	1錠	眠前
③レンドルミン	1mg	1錠	眠前
④ウィンタミン	12.5mg	2錠	眠前
⑤マイスリー	5mg	2錠	眠前
⑥ウルソ	50mg	6錠	食後
⑦ザンタック	100mg	2錠	朝夕
⑧メトリジン	2mg	2錠	朝夕
⑨コメリアン	50mg	6錠	朝夕
⑩リズミック	10mg	2錠	朝夕
⑪ツムラ 30番		3包	食前
⑫ツムラ 12番		3包	食前
⑬ガスモチン		3錠	食後
⑭エンシュアリキッド		3缶	

初診時、不眠症に関する①～⑤の処方（7錠）を以下のように変更した。

【初診時処方】（2行3錠）

リフレックス	15mg	1錠	眠前
セディール	10mg	2錠	眠前

また「エンシュアリキッド（栄養剤）3缶は、いるのか？」と聞いたところ、これは自分ではなく家内に飲ませているというので、ただちに止めることにした。まだ受診して1か月である

ため、4剤を切り様子を見ているが、患者は大変良く眠れるようになったと述べている。ただし少量の晩酌は止めることができず、高学歴が災いして断酒会などの自助グループへつながることが難しい。医院の待合室でお酒を止めた人と対話していただくことにして、本人の断酒の機会をねらっている。

(3)精神科外来通院を続けるうちに、次第に多剤併用となり、これを切るために入院治療をお願いするケース

これまで挙げたのは、他科から紹介されて筆者が、減薬したり薬を切ったりしたケースであるが、次は当院外来で長く見る間に、患者の訴えに負けてしまい徐々に多剤併用となってしまったケースである。またこのような患者は、元来処方用量を守らず、しばしば過量服薬する傾向が強かった。

ケース④ 50歳 女性

職業歴：短期アルバイト（病院のクリーニングなど）

学歴：公立大学 大学院卒（美術学科）

結婚：未婚、アルコール依存症の父親と二人暮らし

診断：統合失調症、アルコール依存症、国際分類（ICD-10、F20.0妄想型統合失調症、F1、精神作用物質使用による精神および行動の障害、DSM-IV-TR、295.30、統合失調症、303.90、物質関連障害）、過量服薬（OD）傾向

既往歴：34歳時、J医大よりK精神科病院に紹介され主治医となった。K精神科病院退院後、天羽医院に通院するようになった。

(X+0年、8月4日)

【初診時処方】（6行、6錠）

①インプロメン	3mg	1錠	
②アキネトン		1錠	
③メイラックス	1mg	1錠	
④バレリン	200mg	1錠	
⑤アナフラニール	25mg	1錠	
⑥デパス	1mg	1錠	

以上すべて眠前

それから6年後、アルコールは止めているが、薬物依存傾向のある患者の愁訴に合わせて処方

は次のように膨れ上がってしまった。

【(X+6年)の処方】 (9行、23錠)			
①リスパダール	2mg	3錠	食後
②ハロステン	2mg	3錠	食後
③アキネトン		6錠	食後
④デパス	1mg	3錠	食後
⑤アナフラニール	25mg	3錠	食後
⑥リズミック		2錠	朝夕
⑦ニューレプチル	25mg	1錠	眠前
⑧サイレース	2mg	2錠	眠前
⑨カマグ	1.5g		眠前

【(X+16年の処方)】 [天羽医院での最終処方]

①ジプレキサ	10mg	1錠	眠前
②ウインタミン	25mg	2錠	眠前
③サイレース	2mg	1錠	眠前
④アモバン	10mg	1錠	眠前
⑤ロナセン	4mg	4錠	朝夕
⑥アキネトン	1mg	4錠	朝夕
⑦レキソタン	2mg	2錠	朝夕
⑧ウインタミン	25mg	1錠	昼食後
⑨レキソタン	2mg	1錠	昼食後
⑩ロナセン	2mg	1錠	昼食後
⑪ビタノイリン	25mg	3カプセル	食後
⑫ウインタミン	25mg	2錠	不眠時頓服
⑬サイレース	2mg	1錠	不眠時頓服
⑭アモバン	10mg	1錠	不眠時頓服
⑮ジプレキサ・サイディス	5mg	1錠	不眠時頓服

同じ薬剤が何度も処方されているのは、本患者が薬が無くなったと訴えては再々受診するため、小分けにして頓服として処方するためであった。

精神科病院時代と合わせると、18年間主治医をしていた訳だが、本人と充分話し合った結果、元のJ医科大学付属病院に入院して、処方の整頓と減薬をお願いする運びとなった。「優しい先生は、薬が多い。」という話があるが、長年診て

いるうちに情にほだされて、ついつい患者の言いなりに処方してしまうことがある。そうでなければ、患者の人生に関する山のような訴えを毎回聞かなくてはならないし、診察時間に追われると減薬するエネルギーすら、そがれてしまうのである。

ケース⑤ 37歳 男性

職業歴：飲食店パートやピラ配り、施設の介護員など転々とする。

学歴：高校中退

結婚歴：なし、男性と同棲する同性愛者

診断：薬物依存（多剤依存）、アルコール依存、双極性障害、国際分類（ICD-10、F31 双極性感情障害、F19 精神作用物質使用による精神および行動の障害、DSM-IV-TR、296.80、特定不能の双極性障害、304.80 多物質関連障害、多物質依存）

既往歴：21歳時、アルコールと薬物に依存し発症する。

22歳時、L病院 入院

24歳時、M病院 入院

25歳時、N精神科病院 入院、O精神科病院 入院

28歳時、P精神科病院 入院

29歳時、大阪市こころの健康センター（外来）

30歳時、天羽医院 初診（X+0年）

33歳時、Q精神科病院 入院（2週間）、R精神科病院 入院（1週間）

34歳時、S精神科病院 入院（3か月）、天羽医院 外来

36歳時、R精神科病院 入院 2回（1か月、2か月）

（X+0年）天羽医院初診時、処方薬は全く無かった。ところが入退院を繰り返すうちに、「双極性障害」の診断名も増えて以下のような処方となった。

【(X+7年)の退院時処方】

①リーマス	100mg	6錠	朝夕
②ワイパックス	1mg	1錠	眠前

③ウインタミン	25mg	2錠	眠前
④ルネスタ	2mg	1錠	眠前
⑤ノックピン	0.2mg		朝

患者はR精神科病院退院後、アルコールは飲んでいないはずなのに、毎回呂律が回らず足元のおぼつかない様子で、来院するようになった。問いただしたところ、以下のような薬をインターネットで購入して内服していることが分かった。(ベゲタミンA、ベゲタミンB、レンドルミン、エリミン、サイレース、デパス、ハルシオン etc. いずれも、処方薬依存者が好む薬物である。)従って、再びR精神科病院に、「解毒と処方整頓のための入院」をお願いする運びとなった。

まとめと考察

(1)世界的シェアを誇る日本のベンゾジアゼピン使用

「最後になりますが、21世紀にもなって、世界中で数百万の人々が未だにベンゾジアゼピンの有害作用に苦しんでいる事は悲劇です。1950年代にベンゾジアゼピンが医療現場に導入されてから、ほぼ50年も経過した現在、このような手順書が必要とされるようではいけないのです。しかしながら、ここで紹介した多くの患者から得た経験が、医療従事者および一般市民に対して、ベンゾジアゼピン長期服用と離脱に関連する諸問題への関心を高めることに寄与するように願っています。」と Ashton, C. H. (ヘザー・アシュトン) 教授がマニュアル (How they work and how to withdraw) の中で書かれたのは、2002年既に10年も前のことであった。日本のベンゾジアゼピン処方が、諸外国に比べて飛び抜けて多いという事が、複数の論文の中で指摘されながら、この通称“アシュトンマニュアル”が日本語に翻訳され、インターネット上で無料で閲覧できるようになったのは、2012年8月の事である。

(2)なぜ処方箋の薬剤が増えていくのか？

1989年より外来で主に通院患者の診察をするようになったが、筆者が専門に診ていた摂食障害患者は、幸い薬物を積極的に求めようとはしなかった。低体重の拒食症の患者や、体重を減らすために自発性嘔吐をしたり、利尿剤を乱用しているような患者は、血液データで腎機能や電解質に異常値がしばしば見られるので、安心して新薬の処方ができなかった。かつて、実際にインターネットで違法に利尿剤を仕入れ、内服している看護師の摂食障害患者がいたが、当時まだ発売して間もないSSRIを処方してくれと言われ、「あなたの身体状況では、新薬は危険で使えない。」と押し問答した挙句、よそへ転院していった。数年後、その患者は亡くなったと伝え聞いた。彼女は、まだ30代半ばごろであったと思う。従って筆者の診療では、初診のインフォームドコンセントの段階で、患者が求めるならば薬物を用い拒否するならば、敢えて薬物は使わずに「時間はかかりますが薬を使わない方針で」精神療法中心に、診療を行ってきた。しかし本邦の保険制度下においては、6分も15分も29分もすべて同じ料金の通院精神療法である。1時間内に、10人診るか4人診るか2人診るか、というところで精神科医の良心と力量が否が応でも試されることになる。そこで精神療法の時間を短縮する一つ的手段として、患者の顔も見ずに“眠れますか？変わりないですか？じゃ同じ処方です。”というショートカットなカウンセリング(?)が生じてくるわけである。もし患者に「薬はいりません。」と言われたら、どのように対処するのであろう？

(2)反省を込めて次世代に伝えたいこと

本邦でも2005年以降、先見の明のある医師や学者らから、ベンゾジアゼピン系薬剤の功罪について、いくつかの報告がなされている。確かに1960年代から50年以上もマイナー・トランキライザー(軽くてすぐ楽になれる魔法の薬・精神安定剤)は、精神科や内科、外科で多くの

患者を癒し、“楽”を与え続けてきたのである。今後この効果を減じ、又は全く退薬してしまった時にとって替わるものは、一体何なのであろう。それは、“人による癒し”つまり人との関係における癒し、言葉による癒し、共感性による癒しなどであると筆者は考える。「あなたの一言で助けられた。」「あなたの存在が、死ぬことをとどめさせてくれた。」そのような言葉があり、そのような存在があるのだ。そういう意味では、今後大いに心理療法・カウンセリングが、精神科保険診療の中へ組み入れられることを期待する次第である。

おわりに

今回、第19回アルコール関連問題学会分科会のコーディネーター 川田 晃先生から依頼を受け、ベンゾジアゼピン薬剤に関するケースを改めて振り返ってみる機会に恵まれた。われわれ専門家は、この問題について恒常的に話し合う機会を持ち、今後も真摯に取り組んで行く必要があると強く思った。

文 献

- American Psychiatric Association: *Quick Reference to the Diagnostic Criteria from DSM-IV-TR* (2000) : 高橋三郎、大野裕、染矢俊幸 (訳) (2003) : 『DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引き』新訂版 医学書院。
- Ashton, C. H., *Benzodiazepines: How they work and how to withdraw* (2002). 田中涼、ウェイン・ダグラス (訳) (2012) : 『ベンゾジアゼピン—それはどのように作用し、離脱するにはどうすればよいか (通称アシトンマニュアル)』 www.benzo.org.uk.
- 倉田明子、藤川徳美 (2011) : 特集、薬物と自殺関連事象、そしてその予防、抗不安薬・睡眠薬による異常行動—自殺自傷との関連を中心に—『臨床精神薬理』14 (12) : 1951-1959.
- Licata SC., Rowlett JK. (2008) : Abuse and dependence liability of benzodiazepine-type drugs: GABA (A) receptor modulation and beyond. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*: 90 (1): 74-89.
- 松本俊彦、嶋根卓也、尾崎茂ら (2012) : 乱用・依存の

- 危険性の高いベンゾジアゼピン系薬剤同定の試み—文献の対象群を用いた乱用者選択率と医療機関処方率に関する予備的研究—『精神医学』54 (2) : 201-209.
- 村崎光邦 (2006) : 特集、抗不安薬の現在、Benzodiazepine 系抗不安薬の歴史的使命と今後の動向について『臨床精神薬理』9 (12) : 2421-2431.
- 高瀬勝教、奥川学、吉村匡史 (2006) : 特集、ベンゾジアゼピン系薬物の功罪、ベンゾジアゼピンが認知・運動機能に及ぼす影響『臨床精神医学』35 (12) : 1653-1658.
- 竹内尚子 (2010) : 『薬剤便覧 (増補3版)』国際医学出版株式会社。
- 富田真幸 (2010) : 特集、薬物依存症薬物依存症の臨床各論—最近動向—ベンゾジアゼピン系薬剤『日本臨床』68 (8) : 1516-1520.
- 浦部晶夫、島田和幸、川合眞一 (編) (2011) : 『今日の治療薬 2011年版』南江堂。
- 山口登、酒井隆、宮本聖也ら (編) (2012) : 『こころの治療薬ハンドブック第8版』星和書店。
- WHO (1992), *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. 融道男、小宮山実ら (監訳) (1993) : 『ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン—』医学書院。