

Depression and Alcohol Use Disorders



BROKLOVÁ, L., ŠŤASTNÁ, L., MINAŘÍK, J.

Department of Addictology, First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague, Czech Republic

Citation: Broklová, L., Šťastná, L., Minařík, J. (2017). Deprese a poruchy vyvolané užíváním alkoholu. *Adiktologie*, 17(2), 162–167.

SUMMARY: *Alcohol is used as a means of alleviating subjective symptoms of depression. Clinical practice suggests, however, that depression very often develops as a result of alcohol use. Severe forms of depression occur among 27% of alcohol users in treatment, while 40% of these patients experience minor depressive disorders. In addition to psychotherapy, psychopharmacotherapy is also used to treat depression. A wide range of pharmaceuticals are available, and some of them have been shown to be effective in treating the comorbidity of depression and alcohol use. The effects of these therapies are not immediate; they typically take several weeks. This case study is based on the experience of the outpatient addiction treatment clinic at the Department of Addictology of the First Faculty of Medicine of Charles University and the General University Hospital in Prague. It addresses a specific case of a 51-year-old client in treatment for alcohol dependency with comorbid depression. The aims of this paper are to describe the context of the case, as well as pointing out the inconsistency with which different addictological services approach comorbidities and pharmacotherapy. This is a major clinical issue which presents a great demand for interdisciplinary liaison and calls for the development of integrated procedures to be applied to clients with such conditions.*

KEY WORDS: ALCOHOL – ALCOHOL USE – PHARMACOTHERAPY – CASE STUDY – COMORBIDITY – DEPRESSION – DUAL DIAGNOSIS

Submitted: 30 / MARCH / 2017

Accepted: 17 / AUGUST / 2017

Grant support: Institutional support was provided by Charles University, Programme Progres No. Q06/LF1.

Address for correspondence: Lada Broklová / Lada.broklouva@vfn.cz / Outpatient Addiction Treatment Clinic, Department of Addictology, First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital in Prague, Apolinářská 4, 128 00 Prague 2

Deprese a poruchy vyvolané užíváním alkoholu



BROKLOVÁ, L., ŠŤASTNÁ, L., MINAŘÍK, J.

Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta, Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Citace: Broklová, L., Šťastná, L., Minařík, J. (2017). Deprese a poruchy vyvolané užíváním alkoholu. *Adiktologie*, 17(2), 162–167.

SOUHRN: Alkohol bývá užíván jako prostředek pro subjektivní tlumení příznaků deprese, v klinické praxi se však častěji setkáváme s tím, že se deprese rozvine jako důsledek konzumace alkoholu. Mezi uživateli alkoholu se těžká forma deprese vyskytuje u 27 % pacientů, prevalence mírné deprese je u 40 % pacientů. Při léčbě deprese se společně s psychoterapií využívá také psychofarmakoterapie. Farmak je dostupná celá řada a některá se úspěšně využívají při léčbě duální diagnózy závislosti na alkoholu a deprese. Efekt těchto farmak není okamžitý, zpravidla trvá několik týdnů. Kazuistika vychází ze zkušeností Adiktologické ambulance Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze. V předložené kazuistice je popsán konkrétní případ jedenapadesátiletého klienta léčícího se s duální diagnózou závislosti na alkoholu a deprese. Cílem práce je nejenom popsat kontext případu, ale také upozornit na rozdílnosti přístupů jednotlivých adiktologických služeb k duálním diagnózám a farmakoterapii. Jde o zásadní klinické téma, které klade nárok na mezioborové sdílení a tvorbu jednotného postupu u takto postižených klientů.

KLÍČOVÁ SLOVA: ALKOHOL – ABÚZUS – FARMAKOTERAPIE – KAZUISTIKA – KOMORBIDITA – DEPRESE – ANTIDEPRESIVA – DUÁLNÍ DIAGNÓZY

Došlo do redakce: 30 / BŘEZEN / 2017

Přijato k tisku: 17 / SRPEN / 2017

Grantová podpora: Článek byl podpořen institucionálním programem podpory Progres č. Q06/LF1.

Korespondenční adresa: Mgr. Lada Broklová / Lada.broklova@vfn.cz / Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, Apolinářská 4, 128 00 Praha 2

● 1 TEORETICKÝ ÚVOD

Obyvatelé České republiky patří mezi přední konzumenty alkoholu na světě. Pravidelné a časté pití, tedy pití denně, případně obden, udává 12,5 % dospělé populace. Pití alkoholických nápojů alespoň jednou týdně udává více než polovina mužů a čtvrtina žen. Kritéria pro rizikové pití splňuje 7 % populace a 6 % populace splňuje kritéria škodlivého pití. Časté pití nadměrných dávek alkoholu (binge drinking) udává 17 % populace. Na druhou stranu uvádí celoživotní abstinenci od alkoholu 12,9 % dospělé populace (Sovinová et al., 2015).

Alkohol bývá užíván jako prostředek pro subjektivní tlumení příznaků deprese, v klinické praxi se však častěji setkáváme s tím, že se deprese rozvine jako důsledek konzumace alkoholu (Wilcox, Tonigan, 2016). Weaverova studie (Weaver et al., 2003) ukázala, že mezi uživateli alkoholu je výskyt těžké deprese u 27 % pacientů, prevalence mírné deprese u 40 % pacientů. Lidé, u nichž se deprese pojí s abúzem alkoholu, se až pětkrát častěji než ostatní depresivní pacienti pokoušejí o sebevraždu. Je všeobecně obtížné stanovit duální diagnózu. Závislost a destruktivní jednání, k němuž závislost vede, jsou často hlavními faktory, které určují klinický obraz pacienta a zastírají symptomy duševní choroby. Kromě toho může užívání alkoholu vyvolat rozvoj symptomů duševního onemocnění, jež lze stěží odlišit od symptomů duševní poruchy, přičemž i abstinenci syndrom nebo akutní intoxikace se mohou velice podobat poruše tohoto druhu. Na depresi a úzkostné stavy lze navíc nahlížet jako na symptomy souvisejícími s cyklem intoxikace a abstinence: symptomy, které alkohol potlačoval, se projevují během abstinence. V praxi to vede k tomu, že když pacienti s duální diagnózou vyhledají léčbu, jejich akutní syndromy duševního onemocnění jsou často mylně považovány za symptomy navozené užíváním návykových látek, nebo jsou naopak abstinenci či intoxikační jevy mylně vykládány jako psychické onemocnění. Může docházet k tomu, že psychiatrické služby znevýhodňují nebo odmítají pacienti, u nichž byla stanovena diagnóza závislosti. Podobně mohou být klienti vyloučeni z léčby drogové závislosti, protože trpí duševními problémy (EMCDDA, 2004).

Kalina (2015) uvádí tři skupiny psychopatologických komorbidit z hlediska možné etiologie:

a/ Lidé s preexistující psychickou poruchou, bez ohledu na to, zda porucha byla diagnostikována a léčena. V obou případech mohou duševní obtíže vést k rozvoji užívání, pokud návyková látka přináší dočasnou úlevu. Jde o tzv. model samoléčení či sebededikace.

b/ Situace, kdy dlouhodobé a intenzivní užívání návykové látky může duševní poruchu způsobit nebo vyprovokovat. Porucha se může rozvinout jako následek abúzu či vlivem poškození, které je způsobeno neurotoxicitou užívané látky, případně nepříznivými okolnostmi způsobenými abúzem.

c/ Psychická nemoc a závislost jsou vyjádřením jedné základní příčiny, například poruchy osobnosti nebo stresové poruchy, která mohla vzniknout traumatizací v dětství.

K vytvoření klinického obrazu duální diagnózy u konkrétního případu mohou přispívat všechny tři typy scénářů. Platí, že klienti s duální diagnózou mají těžší průběh nemoci, závažnější zdravotní i sociální důsledky, více obtíží a komplikací v léčbě a horší léčebné výsledky než klienti s jednou poruchou. Terapie klienta s duální diagnózou se zaměřuje jak na návykovou poruchu, tak i na jiný duševní problém. Rozlišujeme tři modely léčby:

a/ Léčba sériová či sukcesivní. Duševní porucha a porucha spojená s užíváním návykové látky se léčí odděleně, jedna po druhé. Obvykle se léčí nejprve nejzávažnější problém klienta a teprve po skončení léčby se věnuje pozornost dalším problémům. Tento model může vést k tomu, že si různá zařízení předávají pacienty a žádné z nich není schopno řešit jejich potřeby. V některých léčebných zařízeních stále přetrvává názor, že u osob závislých na návykových látkách je záhodno vůbec nepoužívat farmakoterapii vzhledem k riziku kombinované závislosti.

b/ Léčba paralelní. Obě diagnózy se léčí současně, ale každá v jiném léčebném zařízení. Pro léčbu každé poruchy se často používají různé terapeutické přístupy. Medicínský model psychiatrie tak může být v rozporu s psychosociálním zaměřením adiktologických služeb. V praxi je tento model uplatňován nejméně.

c/ Léčba integrovaná. Klient se léčí v jednom zařízení a jedním terapeutickým týmem, který je schopen řešit oba problémy. Jedná se o „ideální“ a nejefektivnější model, těžko se ho však dosahuje. V českém prostředí nejčastěji spočívá v zaměstnávání psychiatrů v zařízeních pro léčbu závislosti (např. v terapeutické komunitě) a naopak přítomnost adiktologů nebo jiných specialistů na problematiku závislosti v psychiatrických zařízeních.

Při léčbě se mj. užívá farmakoterapie. Farmak je dostupná celá řada a některá se úspěšně využívají při léčbě duální diagnózy deprese a závislosti na alkoholu. Efekt farmak není okamžitý, zpravidla trvá několik týdnů (Praško, Prašková, 2006).

Dle Kaliny (2015) se v léčbě depresivní symptomů postupně zlepšují s tím, jak pacient řeší své problémy, tento vývoj však nikdy není lineární. Depresivní symptomatika v procesu léčby často signalizuje dotek s dosud potlačovanými tématy či osobnostní, vztahové a motivační krize. Šetrná antidepressivní medikace může pomoci, aby pacient zábrany v léčbě překonal. Mueser s kolegy (2003) uvádějí, že některé klienty je nutné stabilizovat pomocí léků, aby bylo možné odpovídajícím způsobem řešit jejich problémy související s užíváním návykových látek. Evans a Sullivan (2001) doporučují pokud možno používat farmaka, která nepůsobí na psychiku.

● 2 PŘÍPADOVÁ STUDIE

V následující kazuistické práci předkládáme případ 51letého klienta Adiktologické ambulance Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, který vyhledal péči pro dlouhodobý abúzus alkoholu a depresivní stavy. Klient byl v naší péči 3 měsíce, následovala adiktologická hospitalizace a poté z kontaktu vypadl v důsledku změny farmakoterapie. Průběh terapeutické práce byl supervidován.

Kazuistika si neklade za cíl poskytnout úplné informace o klientovi, ale snaží se na jednom případě podkrýt problematiku duální diagnózy deprese a závislosti, respektive důsledky necitlivého zásahu do farmakoterapie depresivního závislého klienta. Pro ucelený pohled na problematiku čerpáme v článku z dokumentace psychiatra, adiktologa a záznamů z jednotlivých individuálních sezení s klientem.

Kazuistická práce je anonymní. Jméno klienta bylo změněno, aby nemohlo dojít k jeho případné identifikaci a bylo chráněno jeho soukromí. Byl informován o účelech kazuistické práce a souhlasil dobrovolně se zpracováním anamnestických údajů a informací o jeho osobě.

● 2 / 1 Základní situace a první kontakt

David telefonicky kontaktoval ambulanci s žádostí o konzultaci. Na úvodní konzultaci přišel střízlivý, stěžoval si na dlouhodobý abúzus alkoholu, nechtěl přijít o práci. Abúzus konzultoval s praktickou lékařkou, která doporučila adiktologickou péči. Chtěl postupně snížit množství konzumovaného alkoholu a zcela abstinovat.

Během úvodního sezení se projevoval spíše hloubavě, reagoval adekvátně. Při odebrání anamnézy mluvil otevřeně, občas se pousmál, celkově působil poklesle s mírnou tenzí.

Indikován byl do ústavní léčby s diagnózou F 10.2 (poruchy způsobené alkoholem – syndrom závislosti) se splněnými všemi kritérii závislosti. Vzhledem ke způsobu pití alkoholu mu byl doporučen pobyt na detoxifikační jednotce s následným přesunem do pobytové léčby závislosti. Tento postup nezavrhl, nicméně vzhledem ke své životní situaci se chtěl v první řadě o abstinenci pokusit ambulantně. Domluvili jsme se tedy na individuální ambulantní péči s frekvencí sezení jednou týdně a průběžných dechových zkouškách na přítomnost alkoholu. Součástí léčby v naší ambulanci je psychiatrické vyšetření, které uvítal, protože mu dlouhodobě předepisovala antidepressiva jeho praktická lékařka.

● 2 / 2 Anamnéza

Davidovi je 51 let. O jeho dětství nemáme mnoho informací, několikrát se při vyprávění tohoto životního období dotkl, vždy šlo o popis pocitů v daném období. Bolívalo ho břicho. Vybavuje si, jak bývala babička vždy obklopena lahvemi piva a vína, ze kterých průběžně upíjela, ale opilá nebývala. Otec pil pivo. V mládí vrcholově sportoval. Vyrostl jako jedi-

náček. Otec rodinu opustil v jeho 16 letech. Oba rodiče zemřeli v Davidově dospělosti.

Alkohol pil David poprvé na střední škole. Popíjet začal v mládí, na vysoké škole si k učení nebo práci rád otevřel láhev vína. Množství alkoholu postupně navyšoval, aniž by si všiml, že se může jednat o škodlivé užívání. Poslední dva roky nemá nad alkoholem kontrolu, nebyl pro něj problém vypít dvě lahve vodky za večer. Pil v „tazích“, několik dní popíjel a nefungoval, následovalo několik střízlivých dní, kdy byl vysoce produktivní. Při pití se začala častěji objevovat tzv. okénka. Ze strachu, aby si neublížil, začal popíjet především doma. Trvá na tom, že nikdy nezapíjel problémy, alkohol mu prostě pomáhal cítit se lépe, a tak se chtěl mít ještě lépe. Při několikadenním „tahu“ vypil zhruba 6 až 8 litrů vína. Nejdelší období abstinence kromě pobytu v nemocnici bylo 8 dní.

Před šestnácti měsíci prodělal infarkt myokardu. Překvapilo ho to. Nikdy nekouřil, vrcholově sportoval. Infarkt ho postihl po běhání. Od té doby se snaží nekonzumovat destiláty.

Má rád filmy a knihy. Je mu skvěle, když může jen tak číst, v tom mu ale překáží pití.

Žije sám, je rozvedený a má syna, kterého 20 let neviděl. Jiné příbuzné nemá. Nemá partnerský vztah. Selfkoncept samotář, samota mu vyhovuje, když chce mezi lidmi, jde mezi ně. Uvědomuje si, že rodina by mu mohla pomoci nalézt smysl života a motivaci do něho (což potvrzuje ve svém výzkumu Samková a Dolejš, 2014).

Pracuje na manažerské pozici. Nejbližší přátelé, kteří nepijí, jsou jeho kolegové.

Deprese se u Davida projevila zřejmě už v adolescenci, plně si ji začal uvědomovat na vysoké škole. O sebevraždě, respektive smrti, přemýšlí kontinuálně. Smrt ho do jisté míry fascinuje. Uklidňuje ho vědomí, že nemá vztahové závazky, rodinu. Suicidální pokus však nikdy neměl. Antidepressiva užívá od 30 let. Vybavuje si, že naposledy byl spokojený asi v 18 letech. Případá mu absurdní, že v tu dobu byl přesvědčený, že je dokonce šťastný.

● 2 / 3 Průběh terapie

Psychiatrické vyšetření

V rámci ambulantní léčby byl David vyšetřen psychiatrem. Vyšetření uvítal, nikdy u psychiatra nebyl. Měl naději, že mu pomůže zmírnit depresivní stavy. Psychiatr Davidovi diagnostikoval středně těžkou periodickou depresivní poruchu, generalizovanou úzkostnou poruchu a závislost na alkoholu dle MKN-10. Klinicky jsme stav hodnotili jako poměrně vážný (GCI: 6, Zungova sebemonitorovací škála: 50/63, Beckův inventář úzkosti: 62, AUDIT: 23). Průběžně uzavřeno s tím, že současná terapie afektivní poruchy není efektivní, byla změněna farmaka z citalotramu na sertralin. Nasazena byla i terapie ke zvládnutí odvykacího stavu

(oxazepam) a anticravingová léčba (acamprosát). Po úvodní dekompenzaci a propadu došlo postupně ke zlepšení stavu, pacient omezil konzumaci alkoholu, projasnila se nálada, dokázal být výkonný v práci.

Adiktologická terapie

V úvodu adiktologické terapie jsme se zaměřili na navázání kontaktu a vytvoření dobrého terapeutického vztahu. Davidova počáteční tenze zmizela, na sezení chodil pravidelně, aktivně přinášel témata. Kromě obvyklých témat pití a smrti často zabíhal do světa knih a filmů. Pracovali jsme na zvládnutí změny farmakoterapie a s ní spojených pocitů. Mapováním svého pití a chutí na alkohol lépe porozuměl svému jednání. Pomyslný zlom nastal v době, kdy se náš terapeutický vztah podařilo upevnit a David se více otevřel. Laskavé a otevřené přijetí, které si uvědomoval, v něm vyvolávalo pocity viny a selhání. Reflektoval, že po sezeních se zvyšuje tenze a potřeba se napít. Po jednom takovém sezení, kdy jsme se zabývali úzkostí a radostí, telefonovala Davidova kamarádka, že se David opil a mluvil o smrti, což ji vyděsilo, a přesvědčila ho, aby se nechal hospitalizovat v psychiatrické nemocnici na oddělení léčby závislostí.

Hospitalizace

O Davidovi jsme několik měsíců nevěděli. Jednoho dne telefonoval a domluvil si sezení. Popisoval, že byl rád, že se dostal do ústavní léčby, bylo to, jako by předal zodpovědnost za vlastní život. Byl hospitalizován v psychiatrické nemocnici. Farmakoterapii, která se ukázala jako funkční, Davidovi při přijetí k hospitalizaci vysadili, přestože s sebou měl veškeré léky. Nikdo mu nevysvětlil, proč farmakoterapii přerušili, David však měl od léčby pozitivní očekávání a lékařům důvěřoval.

Pevný řád a struktura dne s nemožností výjimky Davida frustrovaly, těžko si zvykal na režim, který byl v nemocnici zavedený. Celkový Davidův stav se začal horšit, pravděpodobně k tomuto stavu přispělo vysazení farmakoterapie, dále obtížné navyknutí na jiný režim. Zhoršila se nespavost, prudký propad nálady a suicidální myšlenky znemožňovaly běžné fungování v programu. Během hospitalizace několikrát žádal o farmakoterapii, ošetřujícím personálu se svěřil se zhoršením stavu. Bylo mu doporučeno vytrvat a více se zapojovat do programu.

Po 5 týdnech nemocnici na negativní revers opustil. Ten samý den kontaktoval ambulantního psychiatra, s nímž se domluvil na opětovném nasazení farmakoterapie.

Při našem setkání byl již Davidův stav stabilizovaný. Nicméně jako důsledek dramatického zhoršení svého stavu v průběhu hospitalizace zanevřel na odbornou pomoc a na abstinenci.

● 3 DISKUZE

Klademe si otázku, proč došlo k vysazení antidepresiv při přijetí do psychiatrické nemocnice a proč některá zařízení odmítají podávat farmakoterapii klientům s duální diagnózou. Autoři článku zjišťovali důvody vysazení medikace v konkrétním případě. Psychiatrická nemocnice vysadila medikaci rutinně, na jejich oddělení léčby závislosti je to běžná praxe. Jejich lékaři se obávají vzniku kombinované závislosti (nebo interakce mezi návykovou látkou a farmakou) a domnívají se, že duševní onemocnění je důsledkem užívání návykové látky a že předepsaná farmakoterapie může podněcovat užívání návykové látky. Tyto argumenty jsou na jedné straně pochopitelné, na straně druhé výskyt jakékoliv duální diagnózy u pacientů s abúzem je vysoký (studie obvykle odhadují více než 50 %, viz Kalina, 2015). Můžeme tedy odhadovat, že depresivní symptomatologie, kterou vidíme, se bude měnit, ale nejspíše nezmezí. Rozhodně rozporuplně vnímáme změnu či vysazení dobře nastavené a funkční farmakoterapie u osoby s duální diagnózou (stejně jako u osob, které duální diagnózou netrpí). Klienti, kteří přicházejí do léčebných zařízení, mají ve většině případů naději, že se jejich stavlepší, a důvěřují pokynům personálu. Vysazením funkční medikace zhoršujeme compliance a prognózu pacienta, navíc soudíme, že ve světle současného poznání by takový postup mohl být hodnocen jako non lege artis.

Z našeho pohledu není žádoucí nasazovat medikaci plošně všem klientům s duální diagnózou. Pokud ovšem lékař o takovémto způsobu léčby rozhodne, měl by být respektován i v ostatních zařízeních. Změna či vysazení farmakoterapie je jistě možná a v některých případech nutná, nicméně neměla by být prováděna rutinně, jak jsme viděli v uváděném případě. Změna medikace by měla být vždy posuzována individuálně s ohledem na stav a prognózu klienta.

Opatření pro vyhnutí se zhoršení stavu klienta spatřujeme především v individualizované péči, tedy v komunikaci o stavu, způsobech a důvodech léčby daného klienta mezi jednotlivými zařízeními.

● 4 ZÁVĚR

Případ ukazuje, jak může zásah do funkční farmakoterapie ovlivnit stav, respektive život klienta. Vysazením antidepresiv přišel klient o kompetence, které si dlouhodobě v ambulantní léčbě budoval.

Předčasně vypadnutí z léčby (drop-out) snižuje efektivitu celého léčebného procesu a je negativním prognostickým ukazatelem. Minimálně byla tato léčebná epizoda zmařena necitlivým vysazením dobře nastavené farmakoterapie. David v tuto chvíli odmítá abstinenci, protože má strach z dalších propadů nálady a alkohol vnímá jako protektivní faktor ve vývoji deprese. Jak jsme uvedli na začátku, alkohol tlumí subjektivně příznaky deprese, ale zároveň

ji prohlubuje. Z odborné péče se David stáhl, protože byla narušena jeho důvěra v léčebná zařízení i ve vlastní kompetence zvládání. Poslední schůzku si dle vlastních slov domluvil proto, aby nám nic nedlužil, aby „dokončil“ proces ambulantní léčby.

Role autorů: Všichni autoři přispěli ke vzniku článku a schválili konečnou podobu manuskriptu.

Konflikt zájmů: Bez konfliktu zájmů.

The role of the authors: All the authors contributed to the article and approved the final version of the manuscript.

Conflict of interest: No conflict of interest.

LITERATURA / REFERENCES

- EMCDDA. (2004). *Co-morbidity*. Selected issue in Annual report on the state of the drugs problem in the EU and Norway. Lisbon: EMCDDA.
- Evans, K., Sullivan, I. M. (2001). *Dual diagnosis: Counseling the mentally ill substance abuser (2nd ed)*. New York: Guilford Press.
- Kalina, K. (2015). *Klinická adiktologie*. Praha: Grada.
- MKN-10. (2008). *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Aktualizovaná verze k 1. 4. 2014. Praha: Bonton Agency.
- Mravčík, V., Chomynová, P., Grohmannová, K., Janíková, B., Leštinová, Z. T., Rous, Z., Kiššová, L., Kozák, J., Nechanská, B., Vlach, T., Černíková, T., Fidesová, H., Jurystová, L., Vopravil, J. (2016). *Výroční zpráva o stavu ve věcech drog v České republice v roce 2015*. Praha: Úřad vlády České republiky.
- Mueser, K. T., Noordsy, D. L., Drake, R. E., Fox, L. (2003). *Integrated treatment for dual disorders*. New York: Guilford Press.
- Praško, J., Prašková, H. (2006). Farmakoterapie deprese. *Psychiatrie pro praxi*, 5, 214–224.
- Samková, D., Dolejš, M. (2014). Smysl života u závislých na alkoholu a jejich osobnostní charakteristiky. *Adiktologie*, 14(2), 158–166.
- Sovinová, H., Csémy, L. (2015). *Užívání tabáku a alkoholu v České republice 2014*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Weaver, T., Madden, P., Charles, V. et al. (2003). Comorbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *British Journal of Psychiatry*, 183, 304–313.
- Wilcox, C. E., Tonigan, J. S. (2016). Changes in depression mediate the effects of AA attendance on alcohol use outcomes. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 28, 1–10.