www.emcdda.eu.int

Célpontban a kábítószer

14

ISSN 1725-8502

A Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontjának tájékoztató kiadványa

Komorbiditás – kábítószer-fogyasztás és mentális zavarok

Alulbecsült jelentőségű állapot

A komorbiditás (társuló betegségek és rendellenességek együttes előfordulása) gyakran alulbecsült és aluldiagnosztizált állapot. A komorbid kábítószer-fogyasztóknak két – eltérő profilú – fő csoportja különíthető el. Az elsőt a pszichiátriai betegségekben szenvedők uralják, míg a második csoport fő jellemzője a kábítószer-függőség. Európában jelenleg 30–50%-ra tehető az olyan pszichiátriai betegek aránya, akik a mentális zavar mellett szerhasználati rendellenességben is szenvednek, amely elsősorban az alkohol, a nyugtatószerek és a kannabisz használatát jelenti. A kábítószer-függőséget kezelő központok betegei körében a komorbiditás általában más formában nyilvánul meg: az itt jellemző heroin-, amfetamin- vagy kokainhasználat leggyakrabban a személyiségzavar egy vagy több formájával párosul, ezt követi a depresszió és a szorongás, majd – valamivel kisebb mértékben – a pszichotikus állapotok. A fent leírt megkülönböztetés az optimális kezelési beavatkozás kiválasztását is befolyásolhatja. Mindkét csoport gyakran igényel hosszan tartó, a gyógyszeres és pszichoszociális kezelést kombináló, ugyanakkor csoportonként eltérő beavatkozást.

A személyiségzavarok és a droghasználat lakosság körében tapasztalt együttes előfordulása csak a közelmúltban került leírásra. Az USA Országos epidemiológiai felmérése az alkoholfogyasztásról és az ezzel összefüggő problémákról egyértelmű kapcsolatot állapított meg a drogfogyasztás és a személyiségzavar között. A felmérés adatai szerint a drogfogyasztóknak körülbelül a felénél jelentkezik a személyiségzavar legalább egy formája.

A kábítószerfüggő betegek klinikai prevalenciamintájában a személyiségzavar a komorbiditás leggyakrabban előforduló formája (50–90%), ezt követik az affektív zavarok (20–60%), majd a pszichotikus állapotok (15–20%). Az antiszociális személyiségzavar előfordulása a reprezentatív klinikai mintákon belül 25%-ra tehető. A közelmúltban végzett kutatások eredményei szerint a pszichopatológiai tünetek általában a kábítószer-használatot megelőzően jelentkeznek. A pszichiátriai problémák prognózisa a korán kezdett, illetve hosszan tartó folyamatos droghasználat esetén kedvezőtlenebb. Az említett tünetcsoportok kölcsönösen befolyásolják és átfedik egymást, ami azt jelenti, hogy egy adott személy a kábítószerrel összefüggő rendellenességek mellett akár több ilyen zavarban is szenvedhet.

A rendelkezésre álló európai adatok meglehetősen sokrétű képet adnak.

A személyiségzavarok aránya a különböző klinikai tanulmányok alapján 14% és 96% között ingadozik, és ezen belül az antiszociális és a borderline rendellenességek vannak túlsúlyban, a depresszió aránya 5%–72%, a szorongásos zavaroké pedig 4%–32%. A nagy eltérések valószínűleg a diagnosztikai értékelés fókuszában és a kiválasztott minta típusában tapasztalt különbségekre vezethetők vissza, ami ismételten rámutat az EU-tagállamok közötti összehasonlítható adatok hiányára.
A diagnosztikai értékelések fókuszaiban tapasztalt eltérések egyértelműen jelzik, hogy európai szinten is pontosan körülírt mintajellemzőkkel és értékelési eszközökkel végzett, strukturált tanulmányokra van szükség.

„Kábítószer-fogyasztók esetében hajlamosak vagyunk problémáikat a droghasználatnak tulajdonítani, holott többségük komorbid mentális rendellenességben szenved, amit gyakran nem ismerünk fel. Feltétlenül szükség van tehát arra, hogy a kábítószer-fogyasztók kezelésekor a komorbiditás lehetőségét is figyelembe vegyük.”

Marcel Reimen, az EMCDDA igazgatóságának elnöke

Definíció

A gyakran „kettős diagnózisként” emlegetett komorbiditást vagy együttes előfordulást az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1995-ben az alábbiak szerint határozta meg: „valamely pszichoaktív szer használatából származó rendellenesség és egy másik pszichiátriai zavar együttes előfordulása azonos személyben”.

Kulcskérdések röviden

1. A problémás kábítószer-fogyasztók az esetek nagy részében mentális rendellenességben is szenvednek. A pszichiátriai zavarokat, illetve a kábítószer-függőséget kezelő helyek is gyakran esnek abba a hibába, hogy nem ismerik fel a betegeknél jelentkező komorbiditást.
2. A komorbiditás kezelése terén nem létezik olyan kábítószer-függőségre irányuló pszichoszociális beavatkozás, amely minden más megközelítésnél jobb lenne.
3. A komorbid betegeket gyakran küldik oda-vissza a pszichiátriai zavarokat és a kábítószer-függőséget kezelő helyek között, anélkül hogy állapotukat helyesen értékelnék, illetve kezelnék.
4. A kezelőszemélyzet gyakran nem megfelelően képzett ahhoz, hogy komorbid állapotokkal hatékonyan foglalkozzon, mivel a képzésük általában egy-egy specifikus területre irányul (orvostudomány, pszichológia, szociális munka stb.).
5. A komorbiditás kezelése jelenleg általában kevéssé hatékonyan szervezett, és egyértelműen jelentkezik a minőségbiztosítás hiánya. Ez pedig eredménytelen kezeléshez és a személyzet gyakori cserélődéséhez vezet.
6. A komorbid betegek hosszan tartó, különböző egészségügyi intézmények bevonásával végzett kezelést igényelnek.

1. Problémás kábítószer-használat és pszichiátriai zavarok – gyakori kombináció

A szisztematikus diagnosztikai tanulmányok adatai szerint a kábítószerfüggő betegeknek körülbelül 80%-ánál állapítható meg komorbid pszichiátriai zavar is.

A komorbiditás nehezen diagnosztizálható, és a pszichiátriai zavarokat, illetve a kábítószer-problémákat kezelő helyek is gyakran esnek abba a hibába, hogy nem ismerik fel a betegeiknél jelentkező komorbid állapotot. A kábítószer-kezelést igénylő komorbid betegek akut pszichiátriai szindrómái könnyen összetéveszthetők a különböző szerek által kiváltott szimptómákkal, és fordított esetben előfordulhat az is, hogy az elvonási vagy intoxikációs tüneteket tévesen pszichiátriai betegségként értelmezik. A kábítószer-fogyasztók kezelésének megkezdésekor sokkal inkább kivételnek, mint szabálynak számít az esetleges pszichiátriai zavarok rutinszerű értékelése. Ennek következtében számos komorbid kórképű beteg kezdi meg kábítószer-függőség kezelését anélkül, hogy esetleges mentális problémáira bármilyen kezelést kapott volna. Még a diagnosztizált komorbiditás esetén is előfordul, hogy azt a kábítószer-függőség kezelése figyelmen kívül hagyja, illetve, hogy a pszichiátriai kezelés nem párosul a kábítószer-problémára irányuló kezeléssel. A mindkét területen tapasztalattal rendelkező vagy egymással szorosan együttműködő pszichiátriai és kábítószer-függőséget kezelő helyek azonban kimondottan jó eredményeket érnek el a komorbid betegek kezelése terén.

A komorbid kórképű betegeknél gyakran alakul ki „multimorbiditás", hiszen a komorbiditás a kapcsolódó súlyos szomatikus betegségek mellett szociális, lakhatási és foglalkoztatási problémákkal is összefüggésbe hozható. A kábítószer-használat gyakran jár együtt a gyógyszeres kezelési rend be nem tartásával, ami csak tovább nehezíti a pszichotikus vagy depresszív epizódok kezelését. A HIV-fertőzés és a hepatitis különböző típusai mellett gyakori a rendszeres betegeskedés, és általánosan jellemző a testi egészség elhanyagolása. Gyakran alulbecsült probléma a fogak rossz állapota, ami amellett, hogy megnöveli az elsődleges és másodlagos fertőzések veszélyét, az egyén önképét is súlyosan károsítja. A szociális problémák, köztük az elszigeteltség és a hajléktalanság, csak tovább súlyosbítják a helyzetet.

Különös figyelmet kell fordítani a szabadságvesztésüket töltőkre. A pszichiátriai betegségek és a droghasználat, illetve a két probléma kombinációja jóval gyakrabban fordul elő a büntetés-végrehajtási intézetekben, mint a lakosság körében általában. A hosszú büntetést letöltött kábítószer-fogyasztók körében magas a visszaesés aránya, és egyre általánosabbá válik az a felismerés, hogy a szabadságvesztés súlyosbíthatja a mentális problémákat, illetve, hogy a droghasználat a büntetés-végrehajtási intézetekben is gyakran folytatódik.

A pszichológiai és pszichiátriai problémák között számos tanulmány a komorbid betegeknek körülbelül 50%-ánál állapított meg – gyakran családi, iskolai vagy kortárskapcsolati problémákat tükröző – öngyilkossági kísérletet. A kábítószer-fogyasztó nők gyakran voltak gyermekkorukban szexuális abúzus és trauma áldozatai. A korán kezdett drogfogyasztás negatív prognosztikai tényező, hiszen más kábítószer-fogyasztókkal összehasonlítva ebben a csoportban az idő előrehaladtával fokozottabban súlyosbodik a probléma. Mindenképpen érdemes tehát beruházni a kábítószer-használat és a mentális problémák megelőzését szolgáló, intenzív és célirányos intézkedésekbe.

2. A komorbiditás kezelési lehetőségei

Az ópiát típusú kábítószerek használata esetén leggyakrabban alkalmazott gyógyszeres beavatkozás a metadonnal, illetve az utóbbi években buprenorfinnel való szubsztitúciós kezelés. A morfium és a heroin hatását gátló gyógyszerek, köztük például a naltrexon, csak ritkán kerülnek alkalmazásra. Az ilyen szerek használatát meggyőző tapasztalati bizonyíték támasztja alá, ezzel szemben a kokain, az amfetaminok, a hallucinogének és a kannabisz használata esetére jelen pillanatban nem létezik gyógyszeres kezelés.

A tanulmányok egyértelműen alátámasztják az ópiátfüggőség metadonfenntartó kezelésének hatékonyságát a kábítószer-problémát megcélzó, manuált követő, behaviorista megközelítéssel kombinálva; ideértve a kognitív viselkedésterápiát, a relapszus prevenciót, az előre nem látható eseményekre való felkészítést csakúgy, mint a részletesen kidolgozott, rövid távú pszichoterápiát: például család-, viselkedés- és pszichodinamikus terápiát. A kokainfüggőség esetén kizárólag a drogproblémára irányuló, kézikönyvvel támogatott behaviorista beavatkozások bizonyultak valamelyest hatásosnak. A tinédzserek kannabiszabúzusát ép családi háttér esetén kedvezően befolyásolja a családterápia.

A kezelésben tartásra kizárólag a kifinomult pszichoterápiás beavatkozások voltak, ha mérsékelten is, de pozitív hatással. Valamennyi kábítószeres beavatkozásra vonatkozóan elmondható, hogy a jól meghatározott, kézikönyves útmutatóban leírt lépések szerinti kezeléses beavatkozások a leghatékonyabbak. A hatékony beavatkozások alapvető jellemzői, hogy (a) pontosan meghatározott struktúra szerint épülnek fel, hogy (b) egyértelműen az adott kábítószer-problémára irányulnak, és hogy (c) a kezelés minimum három-hat hónapig tart.

A mentális betegség és a droghasználat komorbid kórképe esetén az esetmenedzsment, a megfelelően strukturált és védett környezet és a multiprofesszionális teamek alkalmazása nagyban hozzájárulhat a beavatkozás sikeréhez.

3. A komorbid kábítószer-fogyasztók kezelésének koordinálása

A komorbiditás diagnosztizálását és kezelését nagyban hátráltatja az a tény, hogy a kábítószer-problémával foglalkozó személyzet általában csak kevéssé jártas a pszichiátriában, a pszichiátriai dolgozók pedig általában keveset tudnak a kábítószer-függőség kezeléséről. Mindez, a két diszciplína ellentétes gondolkodásmódjával kiegészítve, sok esetben lehetetlenné teszi a komorbiditás globális és integrált megközelítésének kifejlesztését.

A komorbid zavarokban szenvedők által tapasztalt nehézségek forrása továbbá az, hogy a kábítószer-függőséget, illetve pszichiátriai zavarokat kezelő helyek hogyan viszonyulnak az ilyen betegekhez. Bizonyos országokban a kábítószer-függőséget kezelő helyek egyszerűen elutasítják a pszichiátriai zavarokban szenvedő drogfogyasztókat. A pszichiátriai zavarokat kezelő helyek pedig néha olyannyira tartanak a kábítószer-fogyasztóktól, hogy gyakran nem hajlandók felvenni még azokat sem, akiknek az állapota szubsztitúciós kezeléssel stabilizált.

A komorbid diagnózisú betegek kezelése elengedhetetlenné teszi az együttműködést és a koordinációt a különböző kezelőhelyek – ezen belül elsősorban a pszichiátriai és a kábítószer-függőséget kezelő, és emellett az egészségügyi és a szociális szolgálatok – között. A szabadságvesztésüket töltő drogfogyasztóknál jelentkező komorbiditás kezelésébe a hatóságokat is minden esetben be kell vonni. Amennyiben a beavatkozásra fekvőbeteg-ellátás, illetve büntetés-végrehajtásban történő kezelés keretében kerül sor, az állandó és folyamatos, több területre kiterjedő kezelés biztosítása érdekében fontos a kezelés hálózatszerű, a különböző kezelőhelyek közötti kapcsolat megszakítása nélküli megszervezése.

Az esetmenedzsment egy, a kezelési rendszeren végighaladó betegeket segítő és koordináló és az egyéni gondoskodást elősegítő munkamódszer. Különösen hatékony módszerként elismert a realitással nehezen megbirkózó komorbid betegek esetén. Az esetmenedzsment a humán és a szervezeti erőforrások terén tett beruházásokat igényel ugyan, de végső soron mégis költséghatékonynak tekinthető.

4. A kezelőszemélyzet komorbiditással kapcsolatos képzése

A komorbid diagnózisú betegek kezelése számos probléma elé állítja a kezelőszemélyzetet. Bomlasztó és agresszív viselkedésük (különösen a személyiségzavarok „drámaibb" típusaiban szenvedők esetén) és érzelmi instabilitásuk miatt az ilyen betegek gyakran igen nehezen kezelhetők.

A komorbiditás különböző formáiban szenvedő betegekkel való bánásmód multidiszciplináris megközelítése és megfogalmazása a kezelőszemélyzet valamennyi szintjén alapvető fontosságú. A személyzet tagjai azonban gyakran specifikusan képzettek, és az esetek többségében csak a saját szakterületükön belül érzik igazán otthon magukat. A betegek önértékelés-szabályozás terén jelentkező nehézségei és az ebből adódó impulzív viselkedésük (acting out), valamint a késleltetés és a kábítószer iránti vágy fölötti uralom képességének hiánya miatt a személyzet tagjai gyakran érzik úgy, hogy munkájuk hiábavaló, és nem megfelelően méltányolt.

A betegek és a személyzet elégedettségének, valamint a kezelés megfelelő minőségének biztosítása érdekében elengedhetetlen, hogy a személyzet valamennyi tagja képes legyen minél tökéletesebben megérteni a személyiségzavarokkal, illetve – az ezektől jelentősen különböző – pszichotikus rendellenességekkel küzdő betegek kezelése során felmerülő specifikus és eltérő problémákat.

A komorbid zavarokban szenvedő kábítószer-fogyasztókkal dolgozó személyzet körében gyakoriak a kiégéssel kapcsolatos problémák.

Az ilyen nehézségek talán leghatékonyabb ellenszere a különböző kezelőhelyek és foglalkozások integrálása, a megfelelő esetirányítás és szupervízió alkalmazása, és a gyakorlati oktatással kiegészített elméleti képzés biztosítása.

A kábítószer-fogyasztás visszaszorítását szolgáló specifikus beavatkozásokra, illetve a specifikus készségek és jártasságok kifejlesztésére irányuló oktatás a sokat ígérő módszerek között szerepel. Amennyiben a képzés a személyzet egészére kiterjed, a manuálba foglalt lépések szerinti beavatkozásokkal hatékonyan növelhető a gyógyászati szakértelem és hozzáértés általános szintje. A kognitív-behaviorista módszerek közül több került megvalósításra, és bizonyult hatásosnak.

5. A kezelés folyamatosan jó minőségének kulcsa a hatékony szervezés

A betegek klinikai kezelése során biztosított minőség megfelelő szinten tartásának alapvető feltétele a kezelés hatékony megszervezése. A konszolidált és integrált struktúra csökkentheti a személyiségzavarok terápiás légkörre gyakorolt negatív hatását. Az irányítás minősége, a munkával való elégedettség, a személyzet körében tapasztalt biztonságérzet és fejlődés mind olyan tényezők, amelyek tudatosan vagy tudat alatt a betegekhez is eljutnak, és rájuk is hatással vannak.

A dokumentáció minősége terén fontos előrelépést jelent az Addikciósúlyossági Index (ASI) bevezetése. Az ASI egy, a diagnosztika, a kezelés, az utánkövetés és a kutatás során egyaránt jól alkalmazható, multifunkcionális eszköz. A kezelések átfogóbb megtervezéséhez kifinomultabb pszichiátriai értékelés, ezen belül SCID, CIDI, MINI és különböző pszichológiai tesztek alkalmazására van szükség. Mindenképpen meg kell határozni a toxikus anyagok klinikai kórképre gyakorolt hatását, hiszen számos drog okozhatja az észlelés, az érzékelés és az ítélőképesség – mentális zavarok esetében előfordulóhoz hasonló – változását.

Az értékelő eszközök, köztük az ASI és a minőségbiztosítási rendszerek bevezetése a feedback és a téves értelmezések korrigálása szempontjából is rendkívül fontos. Az e téren végzett tanulmányok arra mutattak rá, hogy a személyzet gyakran igen jelentősen alábecsüli a betegek kilátásait, hiszen az ismételt sikertelen kezelésre felvett („forgóajtós") betegek annak ellenére, hogy nem adnak valós képet a kezelés eredményéről, sok esetben pesszimista hozzáállást válthatnak ki. Az ilyen előítéletek gyakran csak megfelelő dokumentálás és szisztematikus utánkövetés útján korrigálhatók.

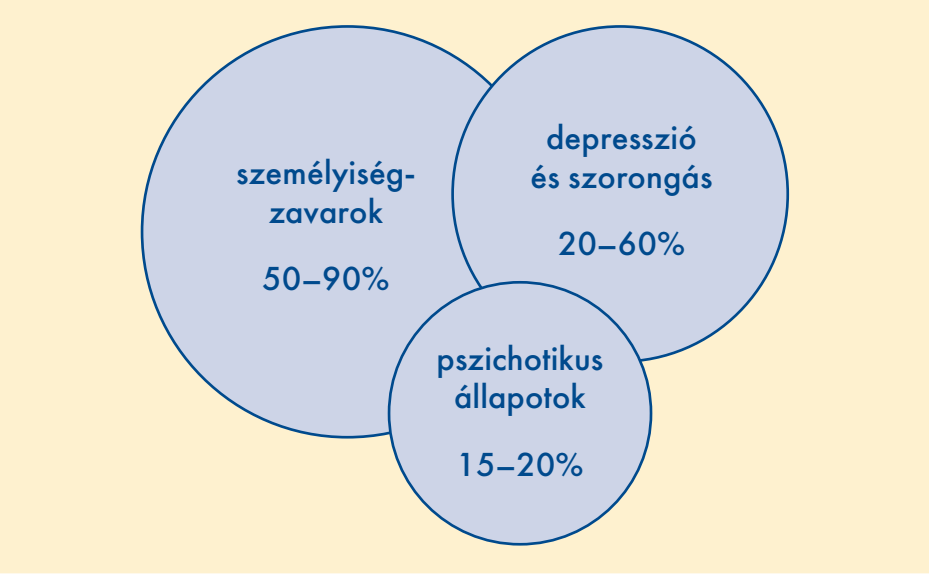
A személyzet cserélődésének csökkentése érdekében végzett szervezeti beavatkozások rendkívül könnyen párosíthatók a szakértelem és a kompetencia növelését célzó, valamint a személyzet és a betegek lehetséges fejlesztéséhez való realista és pozitív hozzáállást elősegítő erőfeszítésekkel. Ez pedig önmagában is a költségek csökkenését eredményezi.

6. A komorbid kábítószer-fogyasztók hosszan tartó kezelést igényelnek

A pszichiátriai zavarok bizonyos esetekben hosszan tartó kezelést vagy gondoskodást igénylő, krónikus betegségek. A hatásosnak bizonyult beavatkozások között említhető a különböző kezelőhelyek integrációja, a multiprofesszionális teamek alkalmazása és a védett környezet biztosítása. Személyiségzavarban szenvedő betegek esetén a hosszan tartó társadalmi reintegrációs beavatkozások is jelentős előnyökkel járnak.

Az ilyen emberek társadalmi kapcsolatai általában rendkívül gyengék, nem rendelkeznek a mindennapi élet során használt készségekkel és képességekkel. Így például nem tudják, hogy hogyan viszonyuljanak másokhoz, hogyan alakítsanak ki bizonyos szokásokat, hogyan tartsanak be bizonyos megállapodásokat, hogyan keressenek munkát, és azt hogyan tartsák meg; nem rendelkeznek a szükséges szociális készségekkel, és az olyan mindennapos készségekkel, mint a háztartásvezetés vagy a pénz kezelése. A közösségi szolgáltatások koordinációja és a kezelési lánc folyamatossága, illetve az ezt kiegészítő esetmenedzsmenti megközelítés megnöveli a hatékonyságot, és költséghatékonyabb, mint a különálló, nem összeegyeztetett és nem koordinált kezelési próbálkozások.

A komorbid droghasználati rendellenességekben szenvedő betegek három fő diagnosztikai tünetcsoportjának átfedései



A Célpontban a kábítószer a lisszaboni székhelyű Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja (EMCDDA) által kiadott politikai beszámolók sorozata. A beszámolók évente három alkalommal jelennek meg az Unió húsz hivatalos nyelvén és norvégül. Eredeti nyelvük az angol. Tartalmuk a forrás megjelölésével szabadon felhasználható.

Ingyenes előfizetés a következő e-mail címen: info@emcdda.eu.int

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23–25, 1149-045 Lisbon, Portugal
Tel. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11
info@emcdda.eu.int • http://www.emcdda.eu.int

15 5 16 TD-AD-04-003-HU-C

Következtetések

Komorbiditás – az intézkedések kidolgozása során megfontolandó szempontok

1. **A komorbid betegek gyakran küzdenek számos mentális, testi és szociális problémával, melyeket mindenképpen azonosítani és diagnosztizálni kell.**
2. **A kezelés akkor hatásos, ha a tényeken nyugvó gyakorlatnak megfelelően, egyénileg tervezetten és irányítottan kerül megvalósításra.**
3. **A komorbid betegek kezelésének sikere csak megfelelően koordinált és integrált ellátással biztosítható. Az ilyen betegek esetében különösen hatékony megközelítés az esetmenedzsment.**
4. **A kezelés sikerének növelése, a komorbid állapotok holisztikus megközelítése, illetve a személyzet a téren szerzett tudásának és képességeinek javítása érdekében minden érintett szervezet valamennyi szintjén szükség van a megfelelő képzésre.**
5. **A tudományos bizonyítékokra alapozott és rendszeres monitorozás útján ellenőrzött, koordinált, integrált és rugalmas kezelőszolgálatok lecsökkentik a személyzet cserélődését, és költséghatékonyabbak.**
6. **A visszaesés és az újabb költséges gondozás szükségességének elkerülése érdekében rendkívül fontosak az utókezelés és a társadalmi reintegráció terén tett erőfeszítések.**

Főbb források

Bakken, K., Landheim, S. és Vaglum, P., 'Primary and secondary substance misusers: do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders?' (Elsődleges és másodlagos szerfogyasztók: különböznek-e szer által kiváltott és szerfüggő mentális zavarok tekintetében?), *Alcohol and Alcoholism,* 37. köt., 2003, 54–59. o.

Berglund, M., Thelander, S. és Jonson, E. (szerk.), *Treating Alcohol and Drug Abuse – An evidence based review* (Az alkohol- és drogabúzus kezelése – tényeken nyugvó áttekintés), Wiley-VCH Verlag Gmbh & Co. KgaA, Weinheim, 2003.

Drake, R., Mercer-McFadden, C., Mueser, K., McHugo, G. és Bond, G., 'A review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders' (A kettős diagnózisú betegek integrált mentális egészségügyi és szerabúzus kezelése), *Schizophrenia Bulletin,* 24(4) köt., 1998, 589–608. o.

Dumaine, M. L., 'Meta-analysis of interventions with co-occurring disorders of severe mental illness and substance abuse: implications for social work practice' (A súlyos mentális betegségek és a szerabúzus együttes jelentkezésével kapcsolatos beavatkozások metaanalízise: a szociális munka szempontjából levont következtetések), *Research on Social Work Practice,* 13(2) köt., 2003, 142–165. o.

Fridell, M., *Institutional treatment of drug abuse – Organization, ideology and outcome* (A kábítószer-használat intézményes kezelése – szervezés, ideológia és eredmény), Stockholm, Natur & Kultur, 1996 (svéd nyelven).

Grant, B. F., Stinson, F. S. és társai, 'Co-occurrence of 12-month alcohol- and drug-use disorders and personality disorders in the US: Results from the National Epidemiologic Survey of Alcohol and Related Conditions' (Alkohol- és kábítószer-fogyasztási rendellenességek és személyiségzavarok tizenkét havi együttes előfordulása az USA-ban: az Országos epidemiológiai felmérés az alkoholfogyasztásról és az azzal összefüggő problémákról eredményei), *Archives of General Psychiatry,* 61. köt., 2004, 361–368. o.

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Andrade, L. és társai, 'Mental-substance comorbidities in the ICPE surveys' (Mentális és szereredetű rendellenességekkel kapcsolatos komorbiditás az ICPE-felmérésekben), *Psychiatrica Fennica,* 32. köt., 2001, 62–79. o.

Krausz, M., Verthein, U. és Degkwitz, P., 'Psychiatric comorbidity in opiate addicts' (Az ópiátfogyasztók körében tapasztalt pszichiátriai komorbiditás), *European Addiction Research,* 5. köt., 1999, 55–62. o.

McIntosh, C. és Ritson, B., 'Treating depression complicated by substance misuse' (A szerhasználattal kiegészülő depresszió kezelése), *Advances in Psychiatric Treatment,* 7. köt., 2001, 357–364. o.

Webinformáció

Nemzeti komorbiditási projekt, Ausztrália:
http://www.health.gov.au/Internet/wcms/Publishing.nsf/Content/health-pubhlth-strateg-comorbidity-index.htm
http://www7.health.gov.au/pubhlth/publicat/document/comorbid_brief.pdf

Kiadóhivatal
Publications.eu.int

HIVATALOS KIADÓ: Az Európai Közösségek Hivatalos Kiadványainak Hivatala
© Kábítószer és Kábítószer-függőség Európai Megfigyelőközpontja, 2004
VEZÉRIGAZGATÓ: Georges Estievenart
SZERKESZTŐ: Peter Fay
SZERZŐK: Mats Fridell és Margareta Nilson
GRAFIKAI TERVEZÉS: Dutton Merrifield Ltd, Egyesült Királyság
Printed in Italy