

**Marcin Ziółkowski¹, Janusz Rybakowski²,
Wojciech Kosmowski¹, Aleksander Araszekiewicz¹**

¹Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej w Bydgoszczy

²Klinika Psychiatrii Dorosłych Akademii Medycznej w Poznaniu

ZESPOŁY DEPRESYJNE U MĘŻCZYZN UZALEŻNIONYCH OD ALKOHOLU HOSPITALIZOWANYCH W ODDZIALE LECZENIA UZALEŻNIEŃ W BYDGOSZCZY

WSTĘP

Badania epidemiologiczne wskazują, że u znacznej części osób leczonych szpitalnie z powodu uzależnienia alkoholowego występują objawy zespołu depresyjnego. Poszczególni autorzy podają różne odsetki osób z tymi objawami wśród objętych badaniami alkoholików co w części ma swe źródło w niejednorodnych metodach badawczych stosowanych przez poszczególnych badaczy [8,12].

W większości przypadków depresja u osób uzależnionych od alkoholu jest następstwem: farmakologicznego wpływu alkoholu na OUN, alkoholowego zespołu abstynencyjnego (AZA) czy też problemów życiowych wywołanych nadmiernym piciem [15]. Ponadto, niektóre somatyczne następstwa spożywania nadmiernych ilości alkoholu mogą wywołać depresję np. niedobór magnezu czy marskość wątroby – powodująca jako jedno ze swych z powikłań subkliniczną encefalopatię wątrobową z takimi objawami jak depresja, drażliwość, lęk, zaburzenia snu [9,12]. Schuckit i wsp. [16] na podstawie badania blisko 3000 alkoholików stwierdzili, że ponad 60% przypadków depresji u osób uzależnionych od alkoholu to depresja będąca następstwem nadużywania alkoholu.

W większości przypadków objawy depresji u osób uzależnionych od alkoholu ustępują w ciągu 2-4 tygodni po zaprzestaniu picia i nie wymagają specjalnego leczenia [7,11].

U osób uzależnionych od alkoholu objawy depresyjne mogą wiązać się z myślami samobójczymi. Asukai [1] na podstawie przeprowadzonych przez siebie badań stwierdził, iż wśród osób które zginęły z powodu samobójstwa, 90% z nich wykazywało zaburzenia psychiczne, u 26% była to psychoza, u 46% depresja, a u 18% badanych uzależnienia w tym uzależnienie od alkoholu. Pużyński [13] w swej monografii poświęconej depresjom podaje, że samobójstwo jest przyczyną zgonu: 20% chorych na chorobę afektywną dwubiegunową, 15% chorych na chorobę afektywną jednobiegunową, 10-17% osób uzależnionych od alkoholu oraz 5-10% osób z zaburzeniami osobowości.

Celem przeprowadzonych przez nas badań była ocena występowania objawów depresyjnych oraz myśli samobójczych u mężczyzn leczonych szpitalnie z powodu zespołu zależności alkoholowej.

CHARAKTERYSTYKA BDANEJ GRUPY I METODYKA BADAŃ

Badania przeprowadzono u 158 mężczyzn leczonych szpitalnie w latach 1993-1996 z powodu uzależnienia alkoholowego, w Oddziale Leczenia Uzależnień Katedry i Kliniki Psychiatrii AM w Bydgoszczy. Wszyscy badani spełniali kryteria diagnostyczne DSM-IV zespołu zależności alkoholowej, wiek chorych wynosił śr. 39 ± 7 lat; rozpiętość 19-57 lat, czas trwania uzależnienia średnio 14 ± 6 lat; rozpiętość 3-35 lat, punktacja skali oceniającej nasilenie uzależnienia Short Alcohol Dependence Data (SADD) średnio 26 ± 7 punktów; rozpiętość 7-41 punktów [5].

U wszystkich badanych bezpośrednio po ich przyjęciu do oddziału przeprowadzono wywiad kliniczny obejmujący między innymi dane kliniczne takie jak: czas trwania uzależnienia, liczba dni w czasie których badani pili alkohol w okresie 90 dni przed przyjęciem ich do oddziału, występowanie omamów w czasie trwania alkoholowego zespołu abstynencyjnego (AZA), picie alkoholi niekonsumpcyjnych przez badanych oraz wtórny spadek tolerancji alkoholu.

Każda z osób badanych poddana została w celu oceny nasilenia depresji dwukrotnej ocenie psychometrycznej: na początku leczenia oraz po upływie 30 dni przy użyciu Inwentarza Depresji Becka (BDI) [2]. W badaniu inwentarzem chorzy odnosili się do swego samopoczucia w okresie ostatniego tygodnia przed badaniem. U osób które w Inwentarzu BDI uzyskały 14 i więcej punktów rozpoznano, a u osób które uzyskały poniżej 14 punktów nie rozpoznano zespołu depresyjnego. Występowanie u osoby badanej myśli samobójczych oceniano na podstawie odpowiedzi na pytanie 9. skali BDI – gdzie punktację 1 i powyżej 1 punktu przyjęto za wskazującą na występowanie u chorego myśli samobójczych (treść pytania 9: nie myślę o odebraniu sobie życia – 0, myślę o samobójstwie – ale nie mógłbym tego dokonać 1 punkt, pragnę odebrać sobie życie – 2 punkty, popełnię samobójstwo, jak będzie odpowiednia sposobność – 3 punkty).

U wszystkich badanych w ciągu ich pierwszych 2 dni pobytu w oddziale wykonano badanie cholesterolu całkowitego, cholesterolu frakcji LDL (LDL) oraz cholesterolu frakcji HDL (HDL).

Chorzy w okresie pierwszych 10 dni pobytu poddani byli rutynowemu leczeniu objawów alkoholowego zespołu abstynencyjnego przy użyciu benzodiazepin w dawce leków zależnej od ich stanu klinicznego (diazepam 15-25 mg/doba).

WYNIKI

Na początku hospitalizacji wśród 150 osób uzależnionych od alkoholu rozpoznano za pomocą inwentarza depresji Becka u 108 badanych, a u 50 nie, zespół depresyjny oraz porównano w obu grupach dane demograficzne i kliniczne.

TABELA 1
Porównanie danych demograficznych i klinicznych osób uzależnionych od alkoholu przed leczeniem bez zespołu depresyjnego – grupa I (N=50) i z zespołem depresyjnym – grupa II (N=108)

Zmienna	Grupa I	Grupa II	P
	M±SD	M±SD	
Wiek (lata)	38±8	40±7*	0,08
Czas trwania uzależnienia (lata)	13±5 3-25	14±7 4-35	NS
Omamy w okresie AZA (%)	22	27	NS
Picie alkoholi niekonsumpcyjnych w wywiadzie (%)	28	37	NS
Wtórny spadek tolerancji alkoholu (%)	24	48#	0,003
Liczba dni picia alkoholu w 90 dniach przed leczeniem	42±25	50±25*	0,06
SADD	23±7	27±7*	0,002
Cholesterol (mg/dl)	219±41	220±44	NS
HDL (mg/dl)	57±17	58±20	NS
LDL (mg/dl)	134±37	136±43	NS

* – test F-Fishera

– test Chi-kwadrat

Myśli samobójcze występowały na początku leczenia u 22 (14%) osób badanych, natomiast przy powtórnym badaniu jedynie u 2 (1,3%) osób.

Osoby z zespołem depresyjnym na początku leczenia w porównaniu z osobami u których nie rozpoznano zespołu depresyjnego były: starsze, piły alkohol przez większą liczbę dni w okresie 90 dni przed podjęciem leczenia, częściej występowało u nich wtórne obniżenie tolerancji alkoholu, miały większe nasilenie zespołu zależności alkoholowej mierzone skalą SADD.

Myśli samobójcze występowały na początku leczenia u 22 (14%) osób badanych, natomiast przy powtórnym badaniu jedynie u 2 (1,3%) osób. Porównano dane demo-

graficzne i kliniczne 136 osób, które w okresie przed przyjęciem do szpitala nie miały myśli samobójczych z danymi 22 chorych którzy takie myśli mieli.

TABELA 2

Porównanie danych demograficznych i klinicznych 136 osób (grupa I), które nie miały na początku leczenia myśli samobójczych z danymi 22 osób (grupa II), które deklarowały myśli samobójcze w okresie 7 dni przed podjęciem leczenia szpitalnego

Zmienna	Grupa I	Grupa II	P
	M±SD	M±SD	
Wiek (lata)	39±7	41±4	NS
Czas trwania uzależnienia (lata)	13±6 3-35	17±5* 7-28	0,01
Omamy w okresie AZA (%)	24	36	NS
Picie alkoholu niekonsumpcyjnych w wywiadzie (%)	29	64#	0,002
Wtórny spadek tolerancji alkoholu (%)	39	50	NS
Liczba dni picia alkoholu w 90 dniach przed leczeniem	48±26	48±19	NS
SADD	25±7	31±6 *	0,0001
Cholesterol (mg/dl)	220±43	217±44	NS
HDL (mg/dl)	59±20	51±15*	0,08
LDL (mg/dl)	135±41	140±38	NS

* – test F-Fishera

– test Chi-kwadrat

Osoby deklaruujące na początku leczenia występowanie u nich myśli samobójcze w porównaniu z osobami, u których takie myśli nie występowały miały dłuższy czas trwania uzależnienia, częściej przy przeprowadzaniu wywiadu podawały picie alkoholu niekonsumpcyjnych, miały większe nasilenie uzależnienia mierzone skalą SADD oraz niższe wartości frakcji cholesterolu HDL..

Przy powtórnych badania u Inwentarzem Depresji Becka, po upływie 30 dni od początku hospitalizacji, wśród 158 uzależnionych od alkoholu, u 25 rozpoznano, a u 133 nie rozpoznano zespołu depresyjnego. Spośród tych 25 osób u 24 zespół depresyjny rozpoznano również w pierwszym badaniu skalą BDI. porównano między oboma grupami dane demograficzne i kliniczne. Stwierdzono wysoki współczynnik korelacji Pearsona między wynikami początkowymi i końcowymi uzyskanymi za pomocą skali BDI ($r = 0,47$, $p < 0,0001$).

Osoby z zespołem depresyjnym utrzymującym się po miesiącu hospitalizacji w porównaniu z osobami bez tych objawów były starsze, miały dłuższy czas trwania uzależnienia, w przeszłości częściej występowały u nich w okresie trwania AZA omamy, większą liczbę dni piły alkohol w okresie 90 dni przed ich przyjęciem do

TABELA 3

Porównanie danych demograficznych i klinicznych 133 osób (grupa I), u których po miesiącu hospitalizacji nie stwierdzono zespołu depresyjnego z danymi 25 osób (grupa II), u których rozpoznano zespół depresyjny

Zmienna	Grupa I	Grupa II	P
	M±SD	M±SD	
Wiek (lata)	39±7	42±6*	0,06
Czas trwania uzależnienia (lata)	13±6 3-35	16±6 5-35	0,06
Omamy w okresie alkoholowego zespołu abstynencyjnego (%)	22	44#	0,03
Picie alkoholi niekonsumpcyjnych w wywiadzie (%)	32	48#	NS
Wtórny spadek tolerancji alkoholu (%)	40	44	NS
Liczba dni picia alkoholu w 90 dniach przed leczeniem	46±25	58±24*	0,02
SADD	25±7	28±7*	0,07
Cholesterol (mg/dl)	222±44	210±38	NS
HDL (mg/dl)	59±19	51±18	0,06
LDL (mg/dl)	137±41	128±40	NS

* – test F-Fishera

– test Chi-kwadrat

oddziału, miały większe nasilenie uzależnienia mierzone punktacją skali SADD, stwierdzono u nich niższe wartości cholesterolu frakcji HDL.

W ostatnim etapie analizy wyników posłużono się metodą logistycznej regresji w celu wyłonienia dla badanej przez nas grupy eksperymentalnej predyktorów utrzymywania depresji po miesiącu hospitalizacji. Za zmienną zależną przyjęto zmienną zero-jedynkową (0 – punktacja skali BDI przy powtórny pomiarze poniżej 14 punktów/1 – punktacja skali BDI przy powtórny pomiarze wyższa niż 13 punktów). Zbiór zmiennych niezależnych stanowiły badane przez nas zmienne eksperymentalne.

TABELA 4

Wyniki analizy regresji logistycznej zależności pomiędzy nasileniem depresji po miesiącu leczenia, a zmiennymi opisującymi

Zmienne niezależne	B	Wald	P	R	Exp (B)
Pierwszy pomiar skalą BDI	0,0826	9,5403	0,0020	0,2414	1,0861
HDL	-0,0311	4,0148	0,0451	-0,1248	0,9693
Liczba dni picia alkoholu w ciągu 90 dni przed leczeniem	0,0225	4,3314	0,0374	0,1342	1,0228
Constant	-2,9376	6,8476	0,0089		

Spośród badanych zmiennych zespół trzech z nich: liczba punktów skali BDI przy pierwszym pomiarze, liczba dni picia alkoholu w ciągu 90 dni przed leczeniem oraz cholesterol frakcji HDL stanowiły w badanej przez nas grupie chorych predyktory utrzymywania się objawów zespołu depresyjnego.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Stwierdzona w przeprowadzonych badaniach wysoka częstość występowania objawów depresji (68%) u mężczyzn podejmujących stacjonarne leczenie odwykowe z powodu uzależnienia alkoholowego podobna jest do badań innych autorów [6,12]. W początkowym okresie leczenia szpitalnego objawy depresji były bardziej wyrażone u osób z cięższym uzależnieniem alkoholowym oraz u badanych bardziej intensywnie pijących alkohol przed hospitalizacją. Znaleziony związek między większą liczbą dni w których badani pili alkohol w ciągu 90 dni przed leczeniem, a większym odsetkiem osób z objawami depresji zgodny jest z obserwacjami poczynionymi przez innych badaczy [12].

U 14% chorych na początku hospitalizacji stwierdzono występowanie myśli samobójczych. Wynik ten zbliżony jest do danych innych autorów twierdzących, że osoby uzależnione od alkoholu stanowią grupę chorych o podwyższonym ryzyku dokonania zamachu samobójczego. Nichols i wsp. [10] stwierdzili, że alkoholicy leczeni szpitalnie mają 25-krotnie większe ryzyko popełnienia samobójstwa, w innej pracy wykazano, że ponad 20% chorych uzależnionych od alkoholu, u których stwierdzono występowanie depresji miało w wywiadzie próby samobójcze [4]. Osoby z myślami samobójczymi w porównaniu z badanymi bez nich były głębiej uzależnione od alkoholu natomiast nie różniły się między sobą intensywnością picia alkoholu przed leczeniem. Stwierdzone w badaniach niższe wartości cholesterolu frakcji HDL u osób z myślami samobójczymi zbliżone są do wyników badań Rybakowskiego i wsp. [14], którzy stwierdzili obniżenie tej frakcji cholesterolu u młodych mężczyzn hospitalizowanych psychiatrycznie przejawiających zachowania samobójcze.

Objawy zespołu depresyjnego u obserwowanych przez nas chorych podobnie jak w badaniach innych autorów [3,17] u większości z nich były przemijające – jednak po miesiącu leczenia utrzymywały się nadal u 16% chorych, z czego u 2 osób były one na tyle nasilone, że towarzyszyły im myśli samobójcze. Koresponduje to z wynikami badań Browna i wsp. [3], którzy stwierdzili, iż u 6% alkoholików utrzymuje się wysokie nasilenie zespołu depresyjnego po minięciu 4 tygodni utrzymywania przez nich abstynencji alkoholowej. Depresja w naszych badaniach utrzymywała się częściej u osób głębiej uzależnionych od alkoholu, pijących alkohol bardziej intensywnie przed hospitalizacją, z większym nasileniem objawów depresji na początku leczenia, mających w badaniach biochemicznych niższe wartości cholesterolu frakcji HDL, a więc była to podobnie jak w przypadku depresji na początku leczenia depresja wtórna – związana z piciem alkoholu. Uzyskane przez nas wyniki wskazują na celowość wyodrębnienia spośród pacjentów

leczonych z powodu uzależnienia od alkoholu, grupy chorych u których należy rozważyć wszczęcie leczenia przeciwdepresyjnego.

WNIOSKI

1. W badanej grupie osób leczonych szpitalnie z powodu uzależnienia alkoholowego, u 60% na początku pobytu w szpitalu rozpoznano zespół depresyjny. Objawy depresji były bardziej wyrażone u osób głębiej uzależnionych od alkoholu, bardziej intensywnie pijących alkohol przed hospitalizacją.

2. W badanej grupie myśli samobójcze występowały na początku leczenia szpitalnego u 14% chorych. Częściej zgłaszali je chorzy głębiej uzależnieni od alkoholu, z mniejszym poziomem cholesterolu frakcji HDL.

3. W badanej grupie po miesiącu leczenia szpitalnego objawy depresji utrzymywały się nadal u 16% badanych mężczyzn uzależnionych od alkoholu. Częściej depresja utrzymywała się u chorych z objawami depresji na początku leczenia szpitalnego, pijących bardziej intensywnie alkohol przed hospitalizacją, mających na początku leczenia niższe poziomy cholesterolu frakcji HDL.

Streszczenie

Celem badań była ocena częstości występowania zespołu depresyjnego oraz myśli samobójczych u chorych leczonych stacjonarnie z powodu uzależnienia od alkoholu oraz stwierdzenie ewentualnych różnic między osobami z objawami zespołu depresyjnego czy z myślami samobójczymi, a osobami u których nie stwierdzono współistnienia depresji. U 158 mężczyzn leczonych szpitalnie w latach 1993-1996 z powodu uzależnienia alkoholowego, w Oddziale Leczenia Uzależnień Katedry i Kliniki Psychiatrii AM w Bydgoszczy bezpośrednio po ich przyjęciu do oddziału przeprowadzono wywiad kliniczny obejmujący dane kliniczne takie jak: czas trwania uzależnienia, liczba dni w czasie których badani pili alkohol w okresie 90 dni przed przyjęciem ich do oddziału, występowanie omamów w czasie trwania alkoholowego zespołu abstynencyjnego, picie alkoholi niekonsumpcyjnych przez badanych, wtórny spadek tolerancji alkoholu. Każda z tych osób badanych poddana została dwukrotnemu badaniu, na początku leczenia oraz po upływie 30 dni Inwentarzem Depresji Becka (BDI). Występowanie u osoby badanej myśli samobójczych oceniono na podstawie odpowiedzi na pytanie 9 w skali BDI. U wszystkich badanych w ciągu ich pierwszych 2 dni pobytu w oddziale wykonano badanie poziomu cholesterolu całkowitego, cholesterolu frakcji HDL (HDL), cholesterolu frakcji LDL (LDL). Chorzy w okresie pierwszych 10 dni pobytu poddani byli rutynowemu leczeniu objawów alkoholowego zespołu abstynencyjnego przy użyciu benzodiazepin w dawce leków zależnej od ich stanu klinicznego. Na początku hospitalizacji zespół depresyjny stwierdzono u 108 (68%) badanych, zaś po upływie 1 miesiąca, u 25 (16%) osób. Stwierdzono wysoki współczynnik korelacji Pearsona między wynikami początkowymi i końcowymi pomiaru skalą BDI ($r=0,47$; $p<0,0001$). Myśli samobójcze występowały

na początku leczenia u 22 (14%) osób badanych, natomiast przy powtórnym badaniu jedynie u 2 (1,3%) osób. Depresja oraz myśli samobójcze częściej występowały u osób głębiej uzależnionych od alkoholu w porównaniu z osobami o mniejszym nasileniu uzależnienia alkoholowego. W badanej grupie eksperymentalnej znaleziono trzy predyktory utrzymywania się objawów depresji: większe nasilenie depresji przed leczeniem, większe nasilenie picia przed leczeniem oraz niższe wartości frakcji cholesterolu HDL.

Marcin Ziółkowski, Janusz Rybakowski, Wojciech Kosmowski,
Aleksander Araszkievicz

**Depressive syndrome in male alcoholics hospitalized in Addiction
Treatment Department in Bydgoszcz**

Summary

The aim of study was twofold: firstly, to estimate depressive syndrome and suicidal ideation prevalence among alcoholics treated on the inpatient basis, and secondly, to seek possible differences between those with the depressive syndrome or suicidal ideation, and patients without coexisting depressive symptoms. Participants in the study were 158 male patients hospitalized for alcohol dependence in the Addiction Treatment Unit at the Psychiatry Department of the Medical Academy in Bydgoszcz. On admission to the Unit a clinical interview was carried out, including such clinical data as dependence duration, number of alcohol drinking days in the 90 days prior to admission, presence of hallucinations during the alcohol withdrawal syndrome, non-beverage alcohol drinking, and secondary decrease of alcohol tolerance. Each of the subjects was assessed by means of the Beck Depression Inventory (BDI) twice: at the beginning and after 30 days of treatment. The presence of suicidal ideation was rated using the BDI item 9 score. Within the first two days of hospitalization each patient had the HDL, LDL, and global cholesterol level tested. During the first ten days of hospitalization routine treatment of the alcohol withdrawal syndrome was administered, i.e. benzodiazepines in dosage appropriate to the patient's clinical status. At the beginning of hospitalization the depressive syndrome was recognized in 108 (i.e. 68%) patients, while a month later - in 25 (16%) of the subjects. A highly significant correlation was found between the pre-and post-treatment BDI scores (Pearson's $r=0.47$, $p<0.0001$). Pre-treatment suicidal ideation was found in 22 (14%) of patients, while at the post-treatment examination - in 2 (1.3%) only. Depression and suicidal ideation occurred more frequently in patients with a more severe alcohol dependence than in those with less severe alcoholism. In the group under study three predictors of depressive symptoms persistence were found: a more marked pre-treatment depression severity, more intensive drinking prior to admission, and lower HDL-C levels.

Key words: alcohol dependence syndrome / depressive symptoms / male inpatients

PIŚMIENNICTWO

1. Asukai N., *Mental disorder as a risk factor of suicide*. Seishin-Shinkeigaku-Zasshi. 1994; 96 (6): 415-43.
2. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Braugh J.: *An inventory for measuring depression*. Arch Gen Psychiatry, 1961, 4, 461-471.
3. Brown S.A., Irwin M., Schuckit M.A.: *Changes in depression among abstinent alcoholics*. J Stud Alcohol, 1988, 49, 4, 412-417.
4. Cadoret R., Winokur G.: *Depression in Alcoholism*, ANN NY Acad Sci 1974, 233, 34-9.
5. Davidson R, Raistrick D.: *The validity of the Short Alcohol Dependence Data (SADD) questionnaire: a short-self-report questionnaire for the assessment of alcohol dependence*. Brit J Addict, 1986, 81, 217-222.
6. Hartka E., Johnstone B.M., Leino E.V., Motoyoshi M., Temple M.T., Fillmore K.M.: *A meta-analysis of depressive symptomatology and alcohol consumption over time*. Br J Addict 1991, 86, 1283-1298.
7. Hauser J.: *Depresyjne zaburzenia aktywności psychoruchowej u pacjentów z zespołem zależności alkoholowej*. Psychiatr Pol, 1992, 1-2, 56-60.
8. Merikangas K. R., Gelernter C. S., *Comorbidity for alcoholism and depression*, Psychiatric Clinics of North America, 1990, 13,4, 613-631.
9. Mezzich A. C., Arria A. M., Tarter R. E., Moss H., Van Thiel D. H., *Psychiatric comorbidity in alcoholism: importance of ascertainment source*, Alcohol Clin Exp Res, 1991, 15, 5, 893-898.
10. Nicholls P. Edward G., Kyle E.: *Alcoholics admitted to four hospitals in England*. Q J Stud Alcohol, 1974,35, 841-855.
11. Petty F.: *The depressed male alcoholic. Clinical features and medical management*. Gen Hosp Psychiatry, 1992, 14, 199-204.
12. Poikolainen K., *Depression in alcoholism: a review*, Psychiatria Fennica 1994, 25, 75-87.
13. Puzyński S., *Depresje*. PZWL, Warszawa 1988, s,371-377
14. Rybakowski J., Ainiyet J., Szajnerman Z., Zakrzewska M.: *Badania zależności między stężeniem cholesterolu i lipidów a zachowaniami samobójczymi u chorych na schizofrenię i choroby afektywne*. Psychiatr Pol., 1996, 5, 699-712.
15. Schuckit M.A.: *Alcoholism and affective disorder: diagnostic confusion*. W: Goodwin D.W., Erickson C.K. (red.): *Alcoholism and affective disorders*. Spectrum, New York 1979
16. Schuckit M.A., Tipp E.J., Bergman M., Reich W., Hesselbrock M.V., Smith L.T.: *Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2,945 alcoholics*. Am J Psychiatry, 1997, 154, 7, 948-957.
17. Winokur G.: *Alcoholism and depression*. Subst Alcohol Actions Misuse 1983, 4, 111-119.