

S p r a w o z d a n i a

Wojciech Kosmowski

Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej w Bydgoszczy

ALKOHOLIZM W INTERNECIE

Jednym z podstawowych zastosowań Internetu u początku jego istnienia miała być wymiana danych o charakterze naukowo-badawczym. Dzisiaj można znaleźć w tej ogólnościatowej sieci komputerowej wiele cennych danych m.in. z dziedziny medycyny.

Tym artykułem pragnę rozpocząć cykl poświęcony prezentacjom stron internetowych, których tematyką są problemy związane z alkoholizmem i narkomanią.

Strona www.alcoveb.com (stan z 27.10.98) zawiera starannie posegregowane wiadomości na temat alkoholizmu, które dotyczą wszystkich istotnych aspektów tego zagadnienia. Strona ta jest dostępna w językach: angielskim i francuskim. Jej autorami są naukowcy tworzący Niezależny Komitet Wydawniczy, w skład którego wchodzi: Peter Geerlings – sekretarz Światowego Towarzystwa Psychiatrycznego, Karl Mann – Wiceprzewodniczący Stowarzyszenia Psychiatrów Europejskich, Philippe de Witte – Prezes Europejskiego Stowarzyszenia Badań Biomedycznych nad Alkoholizmem (ESBRA) i Prezydent Elekt Międzynarodowego Stowarzyszenia Badań Biomedycznych nad Alkoholizmem (ISBRA) oraz Andre Meynoud.

Na stronie Alcoveb znajdują się informacje zarówno dla profesjonalistów, jak i dla nieprofesjonalistów. Korzystanie z tych pierwszych wymaga rejestracji. Rejestracja polega na przesłaniu swoich podstawowych danych (imię, nazwisko, narodowość, profesja, adres e-mail). Można to zrobić już po pierwszym „wejściu” na tę stronę. Pocztą elektroniczną otrzymamy wówczas nazwę użytkownika i kod dostępu.

Część serwisu internetowego dla osób zawodowo związanych z ZZA jest podzielona na następujące części: wydarzenia, artykuły, dane medyczne, epidemiologia, literatura, kwestionariusze i organizacje.

Część poświęcona wydarzeniom zawiera informacje na temat kongresów poświęconych alkoholizmowi lub w jakimś stopniu związanych z tym tematem.

W części zatytułowanej „Artykuły” znajdują się prezentacje raportów: „Problems created by the dangerousness of drugs”, „Made-to measure prevention” oraz „French drink 11.5 litres each of pure alcohol a year”.

Bardzo obszerna część poświęcona danym medycznym omawia kolejno definicje, diagnostykę, etiologię, dane z nauk podstawowych, patofizjologię ZZA, metody prewencji i terapii. Część zatytułowana „Definicje”, jak sama nazwa wskazuje zawiera definicje uzależnienia od alkoholu w klasyfikacji WHO (ICD-10) i Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV), typologię alkoholizmu, określenia różnych wzorów picia – typów konsumpcji w zależności od narodowości, wieku, płci.

W dziale poświęconym diagnostyce są omówione następujące tematy: czynniki powodujące zbyt małą skuteczność w rozpoznawaniu picia alkoholu w praktyce ogólnej, rodzaje zalecanych badań przesiewowych, korzyści płynące z wczesnego rozpoznania zespołu zależności alkoholowej, narzędzia do rozpoznania (wywiad, kwestionariusze, symptomatologia – aspekty fizjologiczne, psychologiczne i socjologiczne, badania laboratoryjne). Rozdział poświęcony czynnikom etiologicznym uzależnienia od alkoholu jest podzielony na części omawiające czynniki wewnętrzne i zewnętrzne prowadzące do rozwoju uzależnienia. Część zatytułowana: *Basic research* (w wolnym tłumaczeniu „Nauki podstawowe”) obejmuje zasady konstruowania modeli zwierzęcych uzależnienia (zwierzęta uzależnione i nieuzależnione od alkoholu, modele laboratoryjne tolerancji, odstawienia alkoholu) i inne zastosowania medycznych nauk podstawowych do badań nad uzależnieniem od alkoholu. Część dotycząca patofizjologii obejmuje biochemiczne aspekty uzależnienia od alkoholu, zespołu abstynencyjnego, wpływu nadmiernego spożycia alkoholu na poszczególne układy i narządy (współchorobowość), w tym współwystępowanie alkoholizmu i innych chorób psychicznych oraz zaburzeń osobowości. Podrozdział zatytułowany „Prewencja” obejmuje metody zapobiegania nawrotom picia, odwołując się do „Karty Europejskiej”). W dziale pod tytułem „Terapia” zawarto bardzo konkretne wskazówki na temat psychoterapii i farmakoterapii. Są tu na przykład omówione: krótkie interwencje, farmakoterapia zespołu zależności alkoholowej, zespołu abstynencyjnego, powikłania takie, jak: padaczka alkoholowa, zespół Wernickiego-Korsakowa, z wymienieniem dawek leków, w tym przykładowego stosowania chlordiazepoksydu podczas zespołu odstawienia alkoholu, metody zmniejszenia częstotliwości nawrotów zespołu zależności alkoholowej.

Dział poświęcony danym epidemiologicznym zawiera statystyki spożycia alkoholu w Europie i świecie w zależności od gatunku alkoholu, płci oraz omawia skutki społeczne, jakie niesie z sobą nadmierne spożywanie alkoholu (wpływ na rodzinę, partnera, kobietę, ciążę). Dział ten omawia także aspekty religijne tej choroby (alkoholizm a chrześcijaństwo, islam, judaizm). W tej części zamieszczone są ponadto dane na temat uregulowań prawnych zespołu zależności alkoholowej (np. dopuszczalne stężenie alkoholu we krwi kierowców w krajach Europy i w USA, polityka celna).

Część poświęcona literaturze dzieli się na część poświęconą publikacjom książkowym w języku angielskim, francuskim i hiszpańskim oraz na część poświęconą czasopismom. W części drugiej znajdują się dane na temat czasopism poruszających

temat alkoholizmu, np. Alcohol and Alcoholism, Drug and Alcohol Dependence, Alcoholism, Clinical and Experimental Research, Addiction, European Addiction Research. Dane te obejmują co najmniej adres pocztowy i telefon, a w coraz większej liczbie przypadków także adres internetowy.

W części poświęconej organizacjom znajdują się linki do kilkudziesięciu krajowych i międzynarodowych organizacji, które zajmują się problematyką alkoholową. Między innymi znajduje się tu adres Sekretariatu Służby Krajowej AA w Polsce.

Część pt. „Kwestionariusze” zawiera opisy i teksty źródłowe kwestionariuszy: CAGE, MAST, Short-MAST, MALT, AUDIT i SAAST. Taki test można wykonać samemu i po sekundzie otrzymuje się odpowiedź czy wynik testu wskazuje na istnienie uzależnienia od alkoholu.

Przykładowo omówię poniżej treść części strony www.alcoveb.com poświęconej kwestionariuszom. Część ta zawiera – prócz tekstu pytań kwestionariusza w języku angielskim i francuskim – także ich opis oraz kilka do kilkunastu pozycji bibliograficznych. Tę część omówię dokładniej dla ilustracji, jakie wiadomości znajdują się na tej stronie internetowej i w jakim stopniu można z nich skorzystać.

Kwestionariusz AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) został skonstruowany przez Światową Organizację Zdrowia w celu identyfikacji osób, których spożycie alkoholu stało się ryzykowne dla ich zdrowia albo spowodowało już negatywne skutki zdrowotne (1, 12). Badanie przesiewowe przy użyciu AUDIT może być prowadzone w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej przez osoby mające odpowiednie przygotowanie. Jądro testu AUDIT jest przeznaczone do użycia albo jako krótki, ustrukturalizowany wywiad, albo może być włączone do badania ogólnego stanu zdrowia, stylu życia i wywiadu medycznego.

Test składa się z 10 prostych pytań, które odpowiadają następującym objawom: cechy uzależnienia od alkoholu (4 pytania); działania niepożądane po spożyciu alkoholu (1 pytanie); problemy spowodowane przez alkohol (2 pytania) oraz wielkość spożycia alkoholu (3 pytania).

Badanie przy użyciu procedury AUDIT zawiera także Clinical Screening Instrument składający się z wywiadu na temat przebytych urazów, krótkiego badania klinicznego i ustrukturalizowanych wyników oznaczenia GGTP we krwi (2). Clinical Screening Instrument powinien być zastosowany, gdy badający podejrzewa, że pacjent nie daje dokładnych odpowiedzi na pytania albo gdy jest potrzebna dodatkowa informacja w celu uzupełnienia pytań kwestionariuszowych.

Do określenia uzależnienia przyjmuje się punktację 8 lub więcej. Test cechuje się wysoką czułością w identyfikowaniu pacjentów z ZZA, natomiast 10 lub więcej – wysoką specyficznością (2).

Ogólnie rzecz biorąc wysoka punktacja w pierwszych trzech punktach przy nieobecności podwyższonych wartości w punktach pozostałych wskazuje na ryzykowne spożywanie alkoholu (hazardous alcohol use).

Podwyższone wskaźniki w pytaniach 4 do 6 wskazują na obecność albo wysokie ryzyko uzależnienia od alkoholu. Wysoka punktacja w pozostałych pytaniach sugeruje występowanie szkodliwego (harmful) używania alkoholu.

W warunkach idealnych 10 pytań testu powinno być włączonych w dłuższy wywiad, a skala kliniczna powinna stanowić rutynową część badania klinicznego. Wyniki obu tych części powinny być interpretowane razem. Gdy jednak nie jest to możliwe zarówno kwestionariusz AUDIT, jak i Clinical Screening Instrument mogą być oceniane oddzielnie. Wynik badania przy użyciu Clinical Screening Instrument uważa się za podwyższony, jeśli punktacja wynosi pięć lub więcej. W celu uniknięcia wyników fałszywie dodatnich należy wykluczyć inne przyczyny występowania objawów branych pod uwagę w tym teście, np. należy pamiętać, że użycie innych substancji niż alkohol także powoduje wzrost poziomu GGTP (np. barbiturany), drżenie rąk może być spowodowane także nadmierną nerwowością, różnymi schorzeniami neurologicznymi i nikotynizmem.

Rzetelność tego testu badano w 6 krajach. Moc dyskryminacyjną tego testu badano przyjmując jako kryterium niebezpiecznego poziomu spożycia alkoholu, który wynosi dla mężczyzn 40g i więcej czystego alkoholu dziennie i 20g dla kobiet. W tych badaniach czułość testu wyniosła średnio 80% i była większa u mężczyzn niż u kobiet, natomiast specyficzność wyniosła średnio 89% i była wyższa u kobiet. W badaniach przeprowadzonych przez Seppa i współpracowników czułość testu wyniosła 100% i wykazano, że AUDIT jest w istotny sposób bardziej czuły niż kwestionariusz CAGE i M-MAST (Malmö modified Michigan Alcoholism Screening Test), zwłaszcza w identyfikacji kobiet, które nadmiernie spożywają alkohol (15).

W dziale poświęconym kwestionariuszowi CAGE (w krajach francuskojęzycznych – DETA) przypomniano, że został on skonstruowany w 1973 r. Test ten składa się z 4 pytań, przy czym odpowiedź pozytywna na 2 lub więcej z nich wskazuje na wysokie prawdopodobieństwo nadmiernego spożycia alkoholu albo uzależnienia od alkoholu (4, 5). Z racji swojej prostoty test ten może być stosowany u pacjentów zarówno w szpitalach psychiatrycznych, jak i ogólnych oraz w opiece ambulatoryjnej. Jest to kwestionariusz samooceny. Jego wykonanie może zlecić np. lekarz rodzinny czy pielęgniarka. Osobna część opisu jest poświęcona rozważaniom na temat jego czułości i specyficzności. Z badań, które przeprowadził Souders na amerykańskiej populacji wynika, że 81% alkoholików odpowiada pozytywnie na 2 lub więcej pytań tego testu. Odsetek niealkoholików z punktacją 2 i więcej w CAGE wynosi 11%. W badaniach Beresforda wykazano, że czułość tego testu w identyfikacji zespołu zależności alkoholowej wynosi 76%, a specyficzność 94% (3). W innych badaniach, prowadzonych u chorych hospitalizowanych w szpitalach ogólnych czułość testu wyniosła 85%, a specyficzność 89% (4). Test ten nie pozwala odróżnić uzależnienia od alkoholu od nadmiernego spożywania alkoholu i picia szkodliwego.

Kwestionariusz MALT (Munich Alcoholism Test) jest testem złożonym, za pomocą którego oceniana jest wielkość spożycia alkoholu oraz objawy somatyczne i psychiczne występujące u pacjentów uzależnionych od alkoholu. MALT został skonstruowany przez Feuerleina i współpracowników (8). Pytania testu wyodrębnili oni spośród ponad 1000 stwierdzeń związanych z piciem alkoholu według danych z literatury. MALT składa się z 31 pytań (8). Jest to test prosty w użyciu, efektywny i tani. Nadaje się do badania wszystkich grup pacjentów podejrzanych o alkoholizm. Test ten składa się z 2 zasadniczych części. Pierwszą z nich wypełnia lekarz (*Physician's*

assessment section – MALT-P), drugą wypełnia pacjent (*Self-assessment section – MALT-S*). Pierwsza z nich składa się z 7, a druga z 24 pytań.

Lekarz ocenia wielkość spożycia alkoholu i stan zdrowia pacjenta. Pytania są podobne do pytań znajdujących się w skali MAST; oceniają one emocjonalne i społeczne skutki spożywania alkoholu, dolegliwości somatyczne. Lekarz ocenia na przykład występowanie u pacjenta majaczenia drżennego, alkoholowych chorób wątroby (minimum 1 objaw fizyczny i 1 dodatni test w badaniach laboratoryjnych).

Pacjent w swej części kwestionariusza odpowiada „Prawda” albo „Fałsz” na pytania dotyczące stylu spożywania alkoholu (wolę pić alkohol w samotności), jego skutki (np. często mam poczucie winy spowodowane spożywaniem alkoholu) oraz objawy somatyczne i psychiczne (np. drżenie rąk, mdłości).

Każda pozytywna odpowiedź na pytanie w części wypełnianej przez lekarza to 4 punkty, w części wypełnianej przez pacjenta – 1 punkt. Punktacja od 6 do 10, nawet przy braku objawów klinicznych, jest podstawą do wysunięcia podejrzenia, że pacjent jest uzależniony od alkoholu albo że ma problem alkoholowy. Pacjent, który uzyskał w teście 11 lub więcej punktów, powinien być uważany za uzależnionego od alkoholu (Feuerlein).

Według Feuerleina i współpracowników trafność tego testu wynosi 0,94 i rzetelność 0,84 (8). W tych badaniach przy pomocy testu zidentyfikowano 90% pacjentów jako uzależnionych od alkoholu, w 8% wyniki testu pozwoliły wysunąć przypuszczenie występowania uzależnienia, a 2% nie zostało zakwalifikowanych jako uzależnieni. Przyczyną nierozpoznanego problemu alkoholowego był w tym ostatnim przypadku brak objawów klinicznych uzależnienia i zaprzeczanie występowaniu problemów związanych ze spożywaniem alkoholu. Nie było wyników fałszywie dodatnich, co zasługuje na podkreślenie. Rzetelność kwestionariusza MALT jest taka sama u mężczyzn i u kobiet. Ten test jest użyteczny tylko wówczas jeśli stosuje się obie jego części: MALT-P i MALT-S.

MAST jest kwestionariuszem, który opracował Selzer w 1971 r. (14). Test ten składa się z 25 pytań, które oceniają opinie pacjenta na temat spożywania alkoholu, opinie rodziny i przyjaciół, problemy spowodowane piciem i objawy uzależnienia od alkoholu. Na pytania badany odpowiada „tak” albo „nie”. Punktacja 5 i więcej punktów wskazuje na występowanie uzależnienia od alkoholu. Punktacja 4 wskazuje na potrzebę wykonania dalszych badań. W badaniach prowadzonych na populacji amerykańskiej czułość testu wyniosła 98%. W pracy Selzera wykazano, że kwestionariusz ten ma ograniczone zastosowanie u chorych we wstępnych stadiach uzależnienia, ponieważ daje pozytywną diagnozę tylko u 55% z nich, gdy uzależnienie potwierdzono innymi metodami (14). Badania przeprowadzone na populacji kierowców, którym czasowo odebrano prawo jazdy z powodu spożycia alkoholu przed prowadzeniem samochodu, zakwalifikowały tylko 11% z nich jako alkoholików. W badaniach Saundersa and Kershawa wykazano, że MAST pozwala na identyfikację zaledwie 50% osób charakteryzujących się wysokim spożyciem alkoholu („heavy drinkers”) (13).

Pokorny i współpracownicy stworzyli skróconą wersję MAST nazwaną po prostu, Short-MAST (S-MAST) używając najbardziej diagnostycznych pytań oryginału (11).

S-MAST jest kwestionariuszem samooceny i składa się z 10 pytań. Skrócona wersja kwestionariusza MAST była używana z powodzeniem w celu identyfika-

cji alkoholików w praktyce ogólnej i wśród pacjentów leczonych w szpitalach psychiatrycznych (10).

Kristenson i Trell zmodyfikowali MAST w ten sposób, by uzyskać informacje raczej o postawach i zachowaniach pacjentów niż o ciężkich objawach (9). Wydaje się, że taki sposób konstrukcji testu bardziej nadaje się do badań męskiej populacji w Szwecji odznaczającej się dobrym stanem zdrowia. Ten nowy test M-MAST (Malmö modified Michigan Alcoholism Screening Test) pozwala na wykrycie 73% alkoholików spośród badanych z populacji generalnej.

Punktacja testu S-MAST jest następująca: 5 punktów i więcej wskazuje na obecność alkoholizmu, 4 punkty w tym teście wskazują na prawdopodobieństwo występowania alkoholizmu, natomiast uzyskanie 3 punktów albo mniej pozwala wykluczyć, iż osoba badana jest alkoholikiem.

Wykazano, że S-MAST jest mniej czuły niż CAGE (13). Wydaje się również, że skrócona wersja MAST jest także mniej rzetelna od wersji pełnej.

Kwestionariusz SAAS (Self Administered Alcoholism Screening Test) został rozwinięty z kwestionariusza MAST. Składa się on 35 albo 37 pytań odnoszących się do zachowań związanych z pićm alkoholu oraz społecznych, ekonomicznych, rodzinnych i medycznych skutków alkoholizmu.

SAAS jest przykładem testu, który „wprost” mierzy konsekwencje spożywania alkoholu w odróżnieniu od metod „nie wprost” zaczerpniętych z kwestionariusza MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory), który to test nie zawiera zasadniczo pytań o specyficzne skutki spożywania alkoholu. Odpowiedzi pacjenta „tak” oznaczają 1 punkt, „nie” – 0 punktów. Według autorów Swensona i Morse’a, uzyskanie 6 punktów lub mniej w kwestionariuszu SAAS pozwala na wykluczenie występowania istotnego klinicznie problemu alkoholowego. Punktacja od 7 do 9 wskazuje na możliwość występowania uzależnienia od alkoholu i punktacja 10 albo większa oznacza najprawdopodobniej występowanie alkoholizmu (16). Wykazano, że SAAS jest dokładnym narzędziem służącym do identyfikacji osób uzależnionych od alkoholu, Davis i współpracownicy odkryli, że 9 z 35 itemów testu odznacza się czułością 95% i specyficznością 98,1% (6). Ocenę kwestionariusza SAAS przeprowadzono w badaniach transkulturowych na 2 populacjach, Meksykańskiej i Amerykańskiej, czułość testu wyniosła odpowiednio 90% i 95%, specyficzność of 91,1% i 99,2%. (7)

Opinia Plinius Maior Society na temat stosowania powyższych testów (CAGE, MALT, AUDIT i MAST) jest następująca: kwestionariusz CAGE jest krótki, ale jego czułość jest nadmierna w „suchych” krajach Północnej Europy, natomiast czułość jest za mała w krajach Europy Południowej. W opiece szpitalnej i ambulatoryjnej powinien być stosowany test MALT lub AUDIT. Dla potrzeb badań przesiewowych można stosować CAGE albo pytania celowane. U pacjentów, u których wykonano badanie CAGE, wskazane są dalsze procedury diagnostyczne. Dotyczy to też chorych badanych przy użyciu testów MALT, AUDIT lub MAST (17).

Podsumowując – Alcoveb zawiera w niemal podręcznikowej formie wszystko to, co w podstawowym zakresie należy wiedzieć chcąc zajmować się alkoholizmem. Należy podkreślić, że wiadomości te są poparte rzetelnymi danymi bibliograficznymi.

mi. Można też tu znaleźć wiele ciekawostek, które rzucają światło na doświadczenia innych krajów w zwalczaniu tej choroby.

PIŚMIENNICTWO

1. Anderson P. *Evaluation and monitoring of action on alcohol*. WHO, Regional Publications, European Series, 1991, 32, 110-111.
2. Babor T.F., De la Fuente J.R., Saunders J., Grant M.: *AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for use in Primary Health Care*. World Health Organization. Programme on Substance Abuse. WHO/PSA/92,4 Original: English Revision. Distr. General.
3. Beresford T.P., Blow F.C., Hill E., Singer K., Lucey M.R. *Comparison of CAGE questionnaire and computer-assisted laboratory profiles in screening for covert alcoholism*. *Lancet* 1990, 336, 482-85.
4. Bush B. *Screening for alcohol abuse using the CAGE questionnaire*. *American Journal of Medicine*, 1986, 82, 231-235.
5. Chick J. *Alcohol problems in the general hospital*. *British Medical Bulletin* 1994, 50, 1, 203.
6. Davis L.J., Hurt R.D., Morse R.M., O'Brien P.C.: *Discriminant-analysis of the Self-Administered Alcoholism Screening Test*. *Alcohol Clin. Exp. Res.* 1987, 11: 269-273.
7. Davis LJ, De La Fuente JR, Morse RM, Landa E, O'Brien PC. *Self-Administered Alcoholism Screening Test (SAAST): Comparison of Classificatory Accuracy in Two Cultures*. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*. March/April 1989, 13, 2, 224-228.
8. Feuerlein W, Ringer Ch, Kefner H and Antons K. *Diagnosis of Alcoholism: The Munich Alcoholism Test (MALT)*. *Currents in alcoholism*, 1980, 3: 137-147.
9. Kristenson H. & Trell E. *Indicators of alcohol consumption: comparisons between a questionnaire (Mn-MAST), interviews and serum gamma-glutamyl transferase (GGT) in a health survey of middle-aged males*. *British Journal of Addiction*, 1982, 77: 2297-2304.
10. Moore R.A. *The diagnosis of alcoholism in a psychiatric hospital: a trial of the Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)*. *American Journal of Psychiatry*. 1972, 128: 1656-1659.
11. Pokorny AD et al. *The brief MAST: a shortened version of the Michigan Alcoholism Screening Test*. *American Journal of Psychiatry*, 1972, 129: 342-345.
12. Saunders JB, Ausland OG, Babor TF, De La Fuente JR, and Grant M: *Development of the Alcohol Use Disorders, Identification Test (AUDIT): W.H.O. Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption*, Geneva, WHO, 1993.
13. Saunders W.M., Kershaw P.W. *Screening tests for alcoholism – findings from a community study*. *British Journal of Addiction*. 1980, 75: 37-41.
14. Selzer MD, Melvin L. *The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for un New Diagnostic Instrument*. *American Journal of Psychiatry*, 1971, 127: 1653-1658.
15. Seppä K, Mäkela R, Sillanaukec P. *Effectiveness of the Alcohol Use Disorders Identification Test in occupational health screenings*. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 1995, 19 (4): 999-1003.
16. Swenson WM, Morse RM: *The use of a self-administered alcoholism screening test (SAAST) in a medical center*. *Mayo Clin Proc.* 1975; 50: 204-208.
17. The Plinius Maior Society: *Guidelines on evaluation of treatment of alcohol dependence*. *Alcoholism*. Supplement 1994, XXX: 18-19.