

Evaluarea, educația și intervenția de scurtă durată pentru persoane cu abuz/dependență de alcool/alte droguri,

în volumul XIV „Medicii și Biserica”, Cluj-Napoca, ed. Renașterea, 2015

asistent social / master în familie și politici sociale și consilier în adicții - **Claudia Varga**

În practica profesioniștilor din domeniul socio-medical devine tot mai stringentă nevoia de a identifica cauza problemelor pe care le prezintă clienții/pacienții lor. Consumul, abuzul și dependența de alcool a fost deseori un aspect puțin ignorat datorită culturii românești care încurajează consumul, iar alcool fiind considerat mai mult un aliment decât un drog, consumul este considerat un obicei justificat, ”pentru tot omul”.

Cercetările recente în domeniul neuro-științei¹ aduce dovezi nestingerite ale faptului că alcoolul este un drog și influențează starea de dispoziție, asemenea altor droguri cum ar fi heroina. Studiu detaliat relevă factorii biologici care influențează consumul și dependența de substanțe, descoperirile științifice actuale ale mecanismelor de acțiune ale diferitelor substanțe psihoactive și instalarea sindromului de dependență. Conceptul de boală al alcoolismului a câștigat teren și dă rezultate pentru cei bolnavi. Sperăm că prin continuarea cercetărilor și prin acumularea experienței celor în recuperare, vom cunoaște cu mai multă precizie natura bolii alcoolismului și a dependenței. Chiar și în acest stadiu, alcoolismul ca și boală poate să fie un argument suficient de bun pentru cei care îl diagnostichează și îl tratează. Iar pentru cei care trebuie să trăiască cu alcoolismul, statutul lui de bolnav devine un instrument cheie în recuperare (acceptarea faptului că nu mai poate bea controlat, abținerea totală este singura soluție).

Oare este greșit să consumi alcool? Chiar trebuie să mă las de băut? Voi mai putea bea vreodată? După ce termin tratamentul medicamentos pot să consum din nou? Cât e normal să consum într-o zi? De ce nu mă pot opri odată ce am început consumul?

Acestea sunt câteva din întrebările, uneori rostite, alteori nerostite ale celor care intră în cabinetul medicului sau a altor profesioniști.

Ca și medic de familie aveți o oportunitate deosebită de a discuta despre consumul de alcool și de a identifica posibile situații de abuz sau dependență. Pacientul este mult mai receptiv la indicațiile medicului atunci când aceștia se

¹ Raportul Organizației Mondiale a Sănătății a „Neuroștiința consumului și dependenței de substanțe”
http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf

adresează pentru tratarea oricăror altor complicații asociate consumului. Deschiderea subiectului consumului de alcool poate să nu fie întotdeauna la îndemână mai ales dacă sunteți ocupat aveți mulți pacienți care așteaptă și aveți de completat și o grămadă de hârtii și registre. Cu toate acestea atunci când deschidem canalul de comunicare vom rămâne uimiți de receptivitatea și impactul pe care îl poate avea o astfel de discuție. Oferirea de informații despre consumul de alcool poate să devină o obișnuință în practică, precum oferirea de informații despre bolile cardio-vasculare, diabet sau cancer.

Următoarele sugestii și modalitatea de lucru descrisă în această lucrare au fost prelucrate după *Ghidul medicului în intervenția de scurtă durată*², document elaborat în anii '80 de Institutul Național al Abuzului de Alcool și al Alcoolismului din Statele Unite, pentru a veni în întâmpinarea practicienilor și a le oferi instrumente și metode standardizate de abordare a pacienților la risc. Ghidul oferă sfaturi practice despre efectuarea unui screening al pacienților privind problemele cauzate de consumul de alcool, despre evaluarea consumului, precum și strategii de intervenție de scurtă durată pentru a-i ajuta pe oameni să ia decizii mai bune în ce privește consumul lor de alcool.

Preocuparea acestor practicieni vine din dorința de a preveni de multe ori interferențe între consumul de alcool și alte tratamente medicamentoase pe care le ia pacientul (nu doar antibioticele au contraindicație consumul de alcool), schimbarea unor tipare de consum dăunător și chiar moderarea consumului pentru acei pacienți care experimentează episoade de abuz. Dar există și acea categorie de pacienți pentru care se impune abstenența totală. Alcoolismul netratat duce la o decesul prematur al celor mai multor persoane.

Pe lângă sfaturile medicale, orice practician care pornește pe acest drum dă dovadă de adevărate abilități de consiliere și empatie, devine un foarte bun ascultător și va fi privit cu foarte mare încredere de către pacienții săi și de ceilalți profesioniști:

În acest proces de consiliere trebuie să avem în vedere următoarele intenții:

- Ne dorim ca pacienții noștri să își consolideze cunoștințele despre consumul de alcool /alte substanțe / comportamente problematice
- Dorim să ne ajutăm pacientul să discute despre consumul său de alcool / alte substanțe / comportamente problematice
- Dorim să ne ajutăm pacientul să-și identifice felul în care alcoolul îi influențează sănătatea, modul de viață și relațiile sale cu cei din jur
- Dorim să dăm ocazia pacientului să își stabilească un țel față de consumul de alcool / alte substanțe / comportamente problematice și să ia o hotărâre în cunoștință de cauză
- Dorim să ne ajutăm pacientul să primească acces la servicii de asistență corespunzătoare

Important de reținut:

² Helping Patients Who Drink Too Much: A Clinician's Guide, updated 2005 edition

Stadiile schimbării. Să luăm în considerare trecerea clientului/pacientului de la un stadiu al schimbării la altul, nimeni nu se schimbă peste noapte.

Ambivalența. Să ținem cont de ambivalența și ezitățile pacientului, procesul de schimbare. Chiar dacă el dă înapoi la un moment dat, nu înseamnă că renunțat. Trebuie explorate motivele care îl face să fie mai reținut

Toleranța și iertarea nu înseamnă acceptarea comportamentelor inacceptabile sau scuzarea lor. Înseamnă să respectăm drepturile persoanei de a fi ea însăși, chiar dacă refuză sfaturile noastre. În același timp avem și noi dreptul de a decide cât de departe suntem dispuși să mergem alături de un pacient.

Screening-ul, Intervenția de scurtă durată și Referirea către tratament este o abordare integrativă și comprehensivă, prin care persoanele la risc pot să ajungă la resursele necesare. La începutul anilor '80, Statele Unite împreună cu Organizația Mondială a Sănătății au realizat studii și cercetări³ în vederea aducerii de evidențe cu privire la eficiența instrumentelor de screening și intervenția de scurtă durată folosite de către medici și alți practicieni primari. Se consideră că toate persoanele care caută ajutor medical diferitelor unități medicale, trebuie abordate pentru identificarea problemelor date de consumul de alcool (screening)⁴. Dacă sunt prezente probleme ușoare sau medii, o intervenție scurtă trebuie să fie oferită prin informare și monitorizare de către medicul curant. Dacă sunt identificate probleme severe, trebuie făcută îndrumarea către un tratament adecvat. De aceea înainte de a purcede orice medic e bine să dispună de pliante, broșuri informative, afișe, cărți de vizită etc. care să le pună la dispoziția pacienților.

Pasul 1. Screening –Întreabă despre consumul de alcool

Pentru a nu crea suspiciuni în rândul pacienților este indicat să introduceți în rutina examinării o modalitate prin care să întrebați dacă o persoană consumă sau nu alcool. Astfel în situația în care aveți în fața dvs un pacient cu potențiale probleme, această examinare să fie doar un element al consultației. După cum bine știm, persoanele cu un consum problematic de alcool dezvoltă o reticență și tendință de minimalizare a consumului și simptomelor, astfel încât orice întrebare înspre această direcție îi va ridica zidul de mecanisme defensive.

- Întrebați direct: “*Consumați alcool?*”
- Dacă răspunsul este afirmativ, e important de știut câte ceva despre modul lor de a bea, frecvență, cantitate, istoric familial
 - În medie, câte zile pe săptămână consumați alcool?
 - Într-o zi obișnuită în care beți, câte băuturi consumați?
 - În ultima lună, care a fost numărul maxim de băuturi pe care le-ați băut în orice ocazie?

³ Thomas F. Babor and all, (2007)

⁴ Vraști (1997)

Instrumentele de screening recomandate trebuie corelate cu alte analize de laborator sau examinări fizice:

Testul CAGE – cele 4 întrebări – acest test ajută la identificarea unor simptome psihologice și sociale legate de consumul de alcool. Este un chestionar scurt, se administrează cu hârtie și creion/pix, durata lui este de aprox 1-2 minute.

Ați simțit vreodată că ar trebui să diminueați cantitatea de alcool pe care o beți?

(o persoană care consumă social alcool, de obicei nu ajunge să își pună problema de a reduce vreodată cantitatea, la nici o ocazie, pentru acea persoană pur și simplu consumul nu este o preocupare. Pe când în momentul în care cineva își propune reducerea cantității, există indicii ale faptului că au existat situații în care s-a consumat mai mult, au existat consecințe ale consumului sau există deja dificultăți în a menține consumul la un nivel acceptabil)

V-au enervat oamenii care vă critică băutul?

(La această întrebare, de asemenea facem comparația cu persoanele care consumă normal și care nu au avut niciodată ”discuții” despre consumul de alcool. În momentul în care cei apropiați observă un comportament anormal cu privire la consum, este un alt ”steag roșu” de semnalizare)

V-ați simțit vreodată rău sau vinovat/ă în legătură cu băutul dvs.?

(Denotă primele semne ale conflictului caracterologic. Persoana începe să aibă remușcări și regrete față de cele întâmplate ”sub influență” sau ca și consecință)

Ați băut vreodată dimineața, la prima oră?

(Semne ale sindromului de abinență, nevoia de a consuma ceva pentru a reduce efectele neplăcute ale încetării consumului, ”cui pe cui se scoate”. Unele persoane nu trec niciodată de această fază, își iau în permanență ”doza de funcționare” de dimineață, care îi face să reziste până la următoarea ocazie pe parcursul zilei în care pot continua. Acest semn indică o trecere către dependența fizică și simptome de sevraj)

Dacă pacientul răspunde afirmativ la oricare dintre întrebările de mai sus, întrebați-l dacă i s-au întâmplat aceste lucruri în ultimul an. E important de știut dacă aceste probleme sunt trecute sau curente. Unii oameni au probleme cu alcoolul și, în consecință, realizează schimbările necesare în stilul lor de viață, atunci când li se oferă informații valide și sunt încurajați de medici.

Dezavantajele acestui instrument sunt acelea că nu diferențiază între consumul trecut și prezent și nu gradează nivelul de consum, nu se poate identifica băutul dăunător.

Testul AUDIT⁵ – 10 întrebări despre cantitatea și modul de consum, gradează nivelul de consum, detectează abuzul recent (ultimul an), nu este influențat de sex sau origine etnică, oferă informații care pot fi folosite pentru feedback și o discuție mai amplă. Unele dezavantaje este acela că este relativ lung și nu detectează problemele cu alcoolul din trecut.

Este un chestionar simplu, dezvoltat de Organizația Mondială a Sănătății printr-un studiu multinațional ce a cuprins 6 țării (Norvegia, Australia, Kenia, Bulgaria, Mexico și SUA), cu scopul de a furniza o procedură rapidă de identificare a persoanelor ce consumă alcool în mod dăunător pentru sănătatea lor.

Versiunea Românească a fost realizată de Compartimentul de Cercetare, Centru Colaborativ al Organizației Mondiale a Sănătății, Spitalul de Psihiatrie Jebel, Timiș, coordonator de proiect: Dr. Radu Vraști. Astfel s-a dovedit că AUDIT este un instrument robust ce furnizează o bună reproductibilitate a datelor culese.

Întrebările din acest chestionar sunt grupate astfel:

- Întrebările 1-3 Identifică cantitatea, frecvența, toleranța, semne ale pierderii controlului odată ce a început consumul
- Identifică prezența unui sindrom de dependență de alcool (întrebările 4-6)
- La oricare din întrebările (7-10) indică un consum dăunător de alcool

Pe lângă aceste 2 teste, există altele care sunt folosite cu predilecție în Statele Unite, cum ar fi: MAST (Michigan Alcoholism Screening Test)⁶, Tweak (adresat femeilor adulte)⁷, CRAFT (screening adolescenți), și ajută medicii și specialiștii în identificarea problemelor legate de consumul de alcool.

Odată ce răspunsul la oricare test de screening este pozitiv este foarte important să oferim informații de bază tuturor pacienților despre consumul rațional de alcool. Organizația Mondială a Sănătății a elaborat un ghid general⁸, care poate fi folosit ca reper. Fiecare țară a adaptat acest ghid oferind indicații despre limitele acceptate. Nivelul consumului este încadrat în 3 nivele: responsabil, cu risc și dăunător.

Se consideră consum responsabil:

- Nu mai mult de 4 băuturi standard la o ocazie/ maxim 14 unități / săptămână pentru bărbați (cu minim 2 zile de pauză) și
- Nu mai mult de 3 băuturi/ocazie pentru femei/ / maxim 7 unități / săptămână
- 1 băutură standard = 10 ml sau 8 gr etanol pur⁹, (ex: 500 ml bere de 4% = 1,5 unități, 120 ml vin de 15% = 1,5 unități, 25 ml spirtoase = 1 unitate, 50 ml lichior = 1 unitate)¹⁰

⁵ Recomandat de Organizația Mondială a Sănătății. A fost aplicat într-un studiu național de către organizația Aliat în 2011

⁶ Elaborat de Selzer, 1971, după Vraști (1997)

⁷ Elaborat de Russell și colab. 1991, după Vraști (1997)

⁸ Ghidul consumului rațional de alcool, după NIAA

⁹ Organismului îi necesită aprox 1 oră să metabolizeze 1 unitate standard

¹⁰ Aceste cantități sunt orientative. Cantitatea de etanol dintr-o băutură se calculează după formula: cantitatea băuturii în litri (vol) x procentul de alcool din băutură (%) x densitatea etanolului la temperatura camerei (0.789)

Consumul riscant este asociat cu riscul pentru probleme de sănătate, tensiune arterială, infarct, ciroză și se încadrează pentru 3-7 unități/zi și 22-49 unități/săptămână pentru bărbați. Pentru femei e de 2-5 unități / zi și 15-35 unități / săptămână.

Vorbim despre consumul dăunător, atunci când o persoană care consumă cantitățile respective suferă de probleme la nivel fizic, mintal și social: orice consum care depășește 7 unități / zi pentru bărbați (peste 50 de unități/săptămână) și 5 unități/zi pentru femei (peste 35 de unități/săptămână).

Pasul 2. Evaluarea consumului de alcool și a riscurilor asociate

Ori de câte ori screeningul este pozitiv trebuie să avem în vedere circumstanțele personale (condusul sub influența, sarcină, vârsta, alte afecțiuni, medicație) și alte teste de laborator care ne ajută în evaluarea corectă a severității consumului. În funcție de rezultatele testelor sunt făcute anumite recomandări care pot fi aplicate de medici în practica lor curentă:

- Pentru neconsumatori – screeningul încheiat
- Consum rațional – se încadrează în limitele raționale – primește recomandarea de a se menține în limitele normale sau chiar să întrerupă consumul dacă sunt sub medicație/ sarcină / condiție medicală care să fie afectată de consumul de alcool, reluarea screening-ului peste an.
- Consum de risc - peste limitele raționale, se asociază cu riscuri pentru sănătate – stabiliți tiparul săptămânal de băut, oferiți informații preliminare despre ghidul consumului rațional, educație, responsabilizare, se fixează obiective de moderare a consumului, urmează să fie monitorizat, intervenția de scurtă durată în 3-4 ședințe consecutive. Dacă apar probleme, discuția de acum cu privire la factorii de risc vă va permite să realizați o intervenție mai târziu.
- Consum dăunător / nociv– consum peste limitele recomandate, fără să îndeplinească criteriile de abuz sau dependență¹¹, primește informații despre progresia bolii, simptome timpurii ale bolii, recomandare de abținere, îndrumat către grupuri de suport și evaluare de specialitate – consilierul în adicții, urmează să fie monitorizat, intervenția de scurtă durată
- Consum adictiv / sindrom de dependență – recomandare de abținere și îndrumare către consult de specialitate și tratament de dezintoxicare dacă există simptome de sevraj, evaluare și referire către servicii de consiliere postcură psiho-sociale, consiliere familială

Pentru o evaluare corectă e nevoie de o anamneză completă a persoanei, istoric familial, precum și introducerea unor întrebări care să ofere un tablou clinic complet al tiparului de consum, conform DSM – IV. Din cei 11 itemi de evaluare, 1 singur răspuns pozitiv la primii 4 itemi (în ultimele 12 luni) indică abuz de alcool

¹¹ Se vor lua în considerare simptomele de dependență conform DSM -IV

și 3 răspunsuri pozitive (în ultimele 12 luni) la oricare dintre cei 11 itemi indică dependență de alcool.

- Dificultăți în îndeplinirea obligațiilor de rol la serviciu, familie, școală
- Băut în situații care sunt periculoase (la volan, utilaje, loc de muncă etc)
- Probleme legale (accidente de circulație, violență)
- Continuarea consumului de alcool în ciuda problemelor persistente sau recurente sociale sau interpersonale, datorate băutului
- Toleranță – nevoia de a crește doza pentru a obține efectul dorit
- Sevrăj (Sindrom de abținere) la întrerupere sau consumul pentru evitarea sevrajului
- Consum în cantitate mai mare decât cea intenționată
- Încercări eșuate de a scădea sau controla consumul
- Timp semnificativ petrecut pentru obținerea, consumul sau recuperarea din intoxicare
- Sacrificarea intereselor sociale, ocupaționale sau recreaționale în favoarea alcoolului
- Continuarea consumului în pofida problemelor fizice, emoționale, spirituale¹²

Răspunsul pacientului /clientului în funcție de rezultat poate să treacă de la o discuție amiabilă, de acceptare, în care acesta să înțeleagă problema și orientarea spre consiliere/tratament. Poate ați avut în față o persoană care să-și fi dorit să vorbească cu cineva despre povara pe care o duce, ați prins persoana într-un moment de deschidere. Dar nu toți oamenii sunt așa. Deseori avem în față noastră un ”monument de negare”, care va încerca să se convingă pe el/ea și pe dumneavoastră că nu are o problemă cu consumul de alcool, că doar vi se pare și îl judecați greșit. Este normal și acest lucru pentru că oamenii trec prin stadii ale schimbării¹³.

Pasul 3. Îndrumare pe baza evaluării. Există opțiuni pentru pacienții dumneavoastră. Chiar dacă pare un drum anevoios de parcurs, pentru unele persoane care le aveți în atenție poate să facă o diferență. Așa cum menționam la început, nu vă fie teamă să faceți recomandări, oamenii ascultă de medicul lor și chiar sunt șanse ca aceștia să vă urmeze indicațiile. În acest stadiu este foarte important să aveți la îndemână o carte de vizită a unui medic specialist, consilier în adicții, consilier de egali, specialist care lucrează într-un centru comunitar de recuperare pentru a face legătura directă pacientului dumneavoastră. Acesta va fi mai puțin tentat să găsească scuze pentru a nu urma indicațiile.

Iată câteva sugestii pentru clienții care nu sunt dependenți de alcool:

¹² Preparate după Vraști, 2001

¹³ Modelul transteoretic, Prochaska și DiClemente

- Recomandați-le să se limiteze la un consum de alcool cu risc scăzut. Oferiți-le ghidul pentru consumul rațional. Clarificați noțiunea de băutură standard.
- Amintiți-le că nu e nimic rău în a consuma alcool, dar uneori acest lucru poate deveni o problemă.
- Sfătuiți-i să își fixeze un “obiectiv” în ce privește consumul de alcool și întrebați-i dacă sunt pregătiți să facă o schimbare oarecare în obiceiul lor de a bea.
- Oferiți-le un pliant informativ despre uzul, abuzul și dependența de alcool.

Pentru clienții cu semne ale dependenței de alcool:

- Decizia de internare la secția de dezintoxicare, în cazul unor:
 - antecedente de complicații ale dezintoxicării: epilepsie, Delirium tremens
 - Depresie / tentativă de suicid
 - comorbidități medicale sau psihiatrice
- Centre rezidențiale specializate
 - Fără complicații de sevraj
 - Risc major de recădere
 - Situație familială / locativă foarte instabilă
 - Insuccesul consilierii în ambulatoriu
 - Ambulator: trimitere la:
 - Consiliere individuală/grup - consilier în adicții
 - Grupuri de sprijin: centre de zi, Alcoolicii Anonimi

În ciuda impresiilor generale, lucrul cu persoanele dependente poate să fie chiar interesant și plăcut. Puteți face acest lucru implicându-i în procesul de luare a deciziilor, discutați alternativele existente – „*Știm că de unul singur e foarte greu să faci o schimbare majoră*”, îndrumați-i către serviciile specializate pentru o evaluare adițională – stabiliți o întâlnire, îndrumați-i către Alcoolicii Anonimi, dacă clienții se arată deschiși față de această idee și aveți la dispoziție această resursă. Dacă apare o recădere (revenirea la consumul de alcool), fiți pregătit să le dați pacienților clienților permisiunea de a-și face propriile alegeri, dar spuneți-le că sunteți acolo pentru a-i ajuta – dacă și ei doresc acest ajutor.

Pentru familie sau aparținători:

- Îndrumați-i către programul de suport pentru familie (dacă există în localitatea dumneavoastră) – Grupul Al-Anon și consiliere individuală
- Oferiți-le materiale despre alcoolism ca boală de familie.
- Lucrați cu ei chiar dacă alcoolicul nu dorește să facă nimic în legătură cu problema lui cu alcoolul, există numeroase situații în care familia a făcut diferența prin faptul că a intrat în recuperare. Șansele alcoolicului de a se recupera cresc semnificativ dacă familia înțelege boala și acționează pe măsură.

Pasul 4. MONITORIZAZĂ progresul.

Odată ce ați inițiat acest proces este foarte important să mențineți legătura cu pacienții/clientii dvs. să nu credeți că ei se vor face bine doar de la o discuție în cabinet. Stabiliți un program de consultații periodic, astfel încât să vedeți schimbările, sau chiar lipsa lor. Amintiți-vă că schimbarea comportamentului este un proces care implică și procedeul încercare-eroare. Uneori, schimbarea are loc într-un ritm lent, iar alteori nu are loc deloc. Totuși, prin oferirea de informații, ați inițiat un proces al schimbării și e posibil ca pacienții dvs. să își privească băutul mai în serios. Chiar dacă băutorul problemă nu a făcut schimbări, repetarea grijilor dvs. pentru el este uneori de mare ajutor.

Pentru cei care realizează schimbări, la fiecare vizită a lor, oferiți-le încurajarea și sprijinul de care au nevoie în eforturile de a efectua schimbarea trecând în revistă progresul lor de la ultima întâlnire, încurajându-i și întărind schimbările pozitive prin afirmări verbale.

Pentru cei care au fost trimiși către tratament, monitorizați starea de dispoziție și evitați medicația excesivă. Simptome ale sindromului de sevraj post-acut pot să apară și la câteva săptămâni de abținere. Ei nu vor fi vindecați odată cu externarea dintr-o facilități medicală sau rezidențială.

Studii de eficiență au fost realizate după 6 până la 12 luni de la intervenție (minim 1 ședință + 1 sesiune de follow –up) între 13% și 34% dintre participanți au redus consumul de alcool față de cei care nu au beneficiat de nici o intervenție.¹⁴ În 2002, Fleming și colegii săi au observat reducerea consumului până la 2 ani de la intervenție pentru cei care nu au cerut ajutor¹⁵.

Concluzii

Aceste instrumente și modalități de lucru nu vor salva pe toți cei care au nevoie. Domeniul recuperării și consilierii în adicții este la început și este încă în faza de adaptare și testare a acestor metode în cultura românească. Totuși nu trebuie să le închidem porțile și să rămânem în bine-cunoscutul confort, de a nu face nimic pentru că oricum alcoolicii nu au nici o șansă. Intervenția este menită să-i facă pe oameni să-și dorească schimbarea, iar programele de recuperare psiho-socială produc schimbarea cu adevărat și ajută la menținerea ei!

¹⁴ 2004, Substance Abuse and Mental Health Administration Service - SAMHSA

¹⁵ Fleming, 2002

Bibliografie

1. Amariei Nicoleta și Varga Claudia, (2012), *Procese de asistență socială centrate pe individ, familie și grup – Studii de caz, Grupul ambulatoriu de consiliere în adicții*, pag 200-233, Ed. Accent, Cluj-Napoca
2. Andrews, G. & Jenkins, R. (eds) (1999). *Management of Mental Disorders* (UK Edition). London: World Health Organization Collaborating Centre for Mental Health and Substance Abuse; Goldberg, D. et al. (2000). *WHO guide to mental health in primary care* (UK ed.). London: WHO Collaborating Centre for Research and Training for Mental Health.
3. "CAGE Substance Abuse Screening Tool" . Johns Hopkins Medicine. Retrieved 30 July 2014, Ewing, John A. (1984) "Detecting Alcoholism: The CAGE Questionnaire" *JAMA* 252: 1905-1907
http://www.hopkinsmedicine.org/johns_hopkins_healthcare/downloads
4. Fleming, MF, Mundt, MP, French, MT, et al. Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcohol Clin Exp Res* 2002
5. Frantz, Frantz (2009), Manual despre „Alcoolism” adresat preoților și medicilor, Ed. Renașterea, Cluj-Napoca
6. Goodwin D.W. M.D.,(1988) *Is Alcoholism Hereditary?*, Ballantine Book, New York
7. *Helping Patients Who Drink Too Much: A Clinician's Guide*, updated 2005 edition, U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES - National Institutes of Health - National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism
8. Jellinek, E. Morton, (1960), *The Disease Concept of Alcoholism*, Hillhouse, (New Haven)
9. Miller N., M.D. & Toft D., (1990), *The Disease Concept of Alcoholism and Other Drug Addiction*, Hazelden Foundation, USA.
10. Prochaska, JO.; DiClemente, CC. The transtheoretical approach. In: Norcross, JC; Goldfried, MR. (eds.) *Handbook of psychotherapy integration*. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2005. p. 147–171.
11. Thomas F. Babor PhD, MPH, Bonnie G. McRee MPH, Patricia A. Kassebaum MA, Paul L. Grimaldi PhD, Kazi Ahmed PhD & Jeremy Bray PhD, *Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT)*, Substance Abuse, Volume 28, Issue 3, 2007
12. Vraști R, Grant BF, Chatterji S et al: Reliability of the Romanian version of the alcohol module of the WHO Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities: Interview Schedule- Alcohol/Drug-Revised, *European Addiction Research*, 1998,4:144-149
13. Vraști Radu (1997), *Detecția rapidă și intervenția scurtă în alcoolism în practica de medicina de familie și generală*, Studiu finanțat de Societatea SOROS – Timișoara.
14. Vraști, dr. Radu (2001), *Detecție, diagnostic și evaluare*, Editura Timpolis, Timișoara