

12

Identificação e Triagem do Caso

O beber excessivo é ignorado com frequência e em muitos ambientes. Apenas cerca de um quarto de bebedores de “alto risco” ou “excessivos” é corretamente identificado por médicos que prestam atendimento básico (Wallace & Haines, 1985; Reid *et al.*, 1986). Mesmo no ambiente hospitalar, onde poderíamos imaginar que existe mais tempo para perguntas e investigação, o problema muitas vezes não é reconhecido (Barrison *et al.*, 1980; Rowland *et al.*, 1987; Farrell & David, 1988). O índice de detecção no ambiente de assistência social não foi adequadamente investigado, mas não há dúvida de que a contribuição da bebida para todos os tipos de apresentação social é ignorada. Todos nós, de fato, precisamos cultivar um olho mais atento e ter como objetivo um diagnóstico mais precoce e mais completo. Se deixarmos que o elemento da bebida continue escondido, ele derrotará os nossos planos de ajudar aquele paciente ou cliente. A “depressão” não responderá ao antidepressivo prescrito, a úlcera de estômago não vai se curar, a situação familiar vai-se deteriorar e ficaremos perplexos e frustrados. O tratamento que está cego para o beber problemático pode até causar danos reais, em vez de simplesmente fracassar em seu objetivo, enquanto um diagnóstico precoce que leva à ajuda antes que a dependência aumente ou aconteça um dano irreversível certamente é do interesse do paciente.

Neste capítulo, examinaremos as barreiras à detecção e ao diagnóstico dos problemas com bebida e consideraremos maneiras de melhorar os índices de detecção. Uma consideração especial será dada ao uso de testes laboratoriais e questionários na triagem e no diagnóstico.

POR QUE FREQUENTEMENTE O DIAGNÓSTICO NÃO É FEITO

Há várias razões pelas quais os problemas com bebida permanecem ocultos com tanta frequência, e várias dessas razões podem conspirar juntas. Elas podem ser listadas da seguinte maneira.

Não saber o que se está procurando

O diagnosticador pode estar procurando apenas a dependência do álcool ou o caso extremo (com uma idéia apenas vagamente formada sobre estas apresentações), sem nenhum conhecimento real dos muitos tipos diferentes de problemas relacionados ao álcool que podem estar surgindo diariamente em seu trabalho. Ele precisa familiarizar-se com as pistas diagnósticas comuns. Nem a dependência do álcool nem os problemas relacionados ao álcool necessariamente se declaram em termos diretos, e o diagnosticador sagaz tem de conhecer a ampla variedade de sinais e sintomas (físicos, psicológicos e sociais) que podem sugerir o beber problemático subjacente.

Falta de vigilância

A possibilidade de um problema com bebida sempre deve ser lembrada, pois de outra forma até a pessoa equipada com todos os conhecimentos teóricos necessários corre o risco de deixar passar o caso óbvio (Barrison *et al.*, 1980; Rowland *et al.*, 1987; Farrell & David, 1988).

Vergonha de fazer perguntas

O terapeuta pode ter um certo grau de inibição social que o impede de perguntar sobre problemas com bebida, o que está muito relacionado com a dificuldade geral da sociedade de enfrentar essas questões (Thom & Téllez, 1986). Isso pode acontecer especialmente se o médico conhece o paciente socialmente.

Não saber o que fazer se o caso for descoberto

Se o terapeuta não confia em sua capacidade de tratar um problema com bebida, se e quando ele for descoberto, pode ficar relutante em fazer perguntas que talvez o deixem em posição desconfortável.

Negação ou evasivas do paciente

Um paciente que tem vergonha de beber terá dificuldade para expor o problema, talvez especialmente se for mulher. Essa dificuldade só será superada se o terapeuta transmitir a mensagem de que ninguém está sendo julgado. O paciente deve sentir que falar é seguro.

Estes cinco itens, juntos, indicam a necessidade de investimento em treinamento profissional relevante, com professores que conheçam a realidade da prática.

AUMENTANDO OS ÍNDICES DE RECONHECIMENTO

Os itens anteriormente, que apresentam razões comuns para o fracasso no reconhecimento, indicam como os bloqueios ao diagnóstico precisam ser superados. A questão prática do diagnóstico será facilitada pelo exame dos seguintes aspectos.

Uso de perguntas desarmantes

É muito útil termos um estoque de perguntas desarmantes sobre problemas com bebida, que podem ser introduzidas quando estamos obtendo a história do paciente, de uma maneira quase casual. Um comentário introdutório casual, tal como "Eu sempre pergunto a todo mundo sobre bebida, pois é importante sentir que podemos falar livremente sobre como bebemos". A implicação é que as perguntas sobre esta área são rotina, não que o paciente está sendo destacado como um caso especial, e isso está associado a uma indicação imediata de que qualquer coisa que o paciente revele será escutada com simpatia. As seguintes perguntas devem ser feitas de maneira bem franca, como, por exemplo: "Diga-me, você alguma vez já se preocupou com sua forma de beber? Continuamente? De que maneira? Quero dizer, isso provocou alguma briga ou problema em casa ou no trabalho? Problemas de saúde? Você já pensou em diminuir a bebida? Alguém criticou sua forma de beber?"

Perguntas que nos permitem sentir a possibilidade de preocupação ou problemas nos ajudam a descobrir uma maneira de travar um diálogo proveitoso, muito mais do que perguntas mecânicas, tais como "Quanto você bebe?". Este último tipo de interrogação não atravessa imediatamente a barreira que oculta o que o paciente está sentindo e experienciando. O paciente prontamente se desvia dela com uma resposta amena, tal como "Apenas socialmente". Mas se as perguntas preliminares sobre preocupações e problemas sugerem que essa investigação tem de ser levada adiante, é essencial a descrição de um "dia típico de ingestão" (veja o Capítulo 13) e examinar bem a sua quantidade e sua frequência da ingestão.

Lembrar quem pode estar especialmente em risco

Ter em mente uma lista de quem pode estar especialmente em risco é útil, desde que o terapeuta não feche os olhos para a verdade mais ampla de que os problemas com bebida podem afetar ambos os sexos, e, direta ou indiretamente, pessoas de qualquer idade e ocupação. Com este alerta, devemos estar atentos aos riscos ocupacionais especiais (veja o Capítulo 1). As pessoas solteiras e as separadas, e as que sofreram perdas recentes também estão incluídas nessa lista "de risco". Certos grupos étnicos correm um risco maior de problemas com bebida, com os irlandeses constituindo um exemplo conhecido. Até prova em contrário, podemos supor que a pessoa sem lar e sem trabalho tem um problema com bebida.

Apresentações sociais comuns

Sempre devemos estar atentos a um beber problemático oculto no caso do paciente que está freqüentemente mudando de residência, de emprego ou de relacionamento. Apresentações familiares são comuns – a desarmonia conjugal ou violência familiar, a esposa que está deprimida ou os filhos que estão matando aula, indo mal na escola, apresentando comportamento anti-social ou sintomas neuróticos. Delitos criminais também sugerem a necessidade de perguntar sobre a bebida.

Pistas psiquiátricas comuns

Aqui, a lista essencial deriva-se do Capítulo 7. Em particular, devemos estar alertas à possibilidade de um problema com bebida quando o paciente se queixa

inespecificamente de “nervos fracos”, insônia ou depressão. Sintomas fóbicos, ciúme patológico, sintomas paranóides e demência ou delírio sempre podem estar relacionados ao álcool. Um problema com drogas também pode frequentemente estar associado a um problema com bebida. Quando houve uma tentativa ou um gesto de suicídio sempre devemos investigar a ingestão.

Pistas médicas comuns

Um relato das complicações médicas do beber pesado é apresentado no Capítulo 8. Em termos práticos, devemos estar especialmente atentos se um paciente pede repetidamente um “atestado”, é um visitante freqüente do consultório do médico na manhã de segunda-feira, sofre de má nutrição ou obesidade, queixa-se de transtornos gastrointestinais ou problemas de fígado, apresenta um problema cardíaco de outra forma inexplicado, ou apresenta “epilepsia” de início tardio. Equimoses podem ser uma pista, ou queimaduras resultantes de um cigarro que caiu sobre a pele do paciente enquanto ele estava alcoolizado. Qualquer tipo de acidente pode estar relacionado ao álcool, e as pessoas acusadas de dirigir alcoolizadas tendem a apresentar outros problemas com bebida, com mais de 40% sendo identificadas como bebedores-problema com um escore de 5 ou mais no MAST (*Michigan Alcoholism Screening Test*) (Lapham *et al.*, 1995).

Não ignorar o óbvio

O paciente pode deixar claro o diagnóstico pelo odor de álcool em seu hálito, pela garrafa que se projeta do bolso, pelo rosto ruborizado e olhos injetados, ou por seu tremor, mas até o fato de que ele está obviamente intoxicado pode ser ignorado se a possibilidade da bebida não for mantida em mente. As piadas que o paciente faz sobre sua forma de beber devem ser levadas a sério. Apresentações igualmente óbvias podem ser vistas numa visita à casa: garrafas e copos por todo lado; a decoração negligenciada e a mobília estragada; a casa pode ser uma triste paródia de um cenário representando decadência. No entanto, seria um erro pensar apenas em termos dessas apresentações flagrantes e ignorar pistas menos óbvias.

Conversar com o cônjuge

Se existem motivos para desconfiarmos de beber excessivo, é essencial que conversemos em particular com o cônjuge, principalmente quando o paciente diz que “a esposa está ocupada demais para vir”. Não podemos supor automaticamente que o cônjuge estará disposto e ansioso para conversar sobre o problema com bebida na família; lealdade, medo de represálias, vergonha ou uma recusa deliberada a enfrentar a dolorosa verdade podem ser obstáculos. O mesmo tipo de questionamento franco e delicado pode ser necessário com o parceiro do bebedor.

TESTES LABORATORIAIS

Vários testes de laboratório são úteis na triagem de populações clínicas para possíveis problemas com bebida – por exemplo, no exame médico rotineiro quando a

pessoa é contratada ou no exame anual de saúde. Esses testes também podem ser confirmatórios no caso em que se desconfia do beber excessivo, mas ele não foi admitido pelo paciente. Nenhum teste sozinho tem tanto valor quanto uma bateria de investigações, e uma série de testes bem-escolhidos atualmente podem detectar mais de 80% dos pacientes com um beber problemático no mínimo moderadamente grave (veja a revisão de Chan, 1990). Um resultado negativo não exclui a possibilidade de que o beber excessivo tenha começado a afetar adversamente a vida do indivíduo, e também ocorrem falsos positivos. Testes de laboratório precisam, portanto, ser interpretados com sagacidade, e nenhum resultado de teste deve ser considerado isoladamente; eles só podem ser interpretados no contexto de todas essas considerações listadas anteriormente.

Sensibilidade e Especificidade

Antes de listar os testes que podem ser usados, convém identificar duas características desses testes que revelam sua utilidade na formulação de um diagnóstico. A *especificidade* de um teste é um guia para a extensão em que um resultado positivo indica a condição que nos interessa – neste caso, o beber pesado. Um teste não-específico para o consumo excessivo de álcool mostraria um resultado positivo não só para o beber pesado mas também para vários outros transtornos não-relacionados. O teste ideal teria de ser 100% específico, indicando que só é positivo em resultado do beber excessivo. A *sensibilidade* de um teste indica a extensão em que ele detecta confiavelmente todos os casos de um transtorno. Para os nossos propósitos, gostaríamos de ter um teste 100% sensível, que fosse sempre positivo, e nunca negativo, em todos os casos de consumo excessivo de álcool.

Até o momento, ninguém criou um teste 100% específico e 100% sensível para o beber excessivo. Diferentes testes são mais ou menos específicos e mais ou menos sensíveis. A extensão em que esses testes atenderão às necessidades diagnósticas práticas depende da prevalência do beber excessivo na população em que estão sendo usados. Para compreendermos isso melhor, examinaremos um exemplo fictício:

Um novo teste para o beber pesado, a “alcolina”, apresenta especificidade de 95% e sensibilidade de 65%. Ele é usado para triar 1.000 empregados aparentemente saudáveis em sua revisão médica anual. Vamos supor que 10% desses empregados estão atualmente bebendo quantidades de álcool suficientes para causar preocupação. Quão útil seria esse novo teste?

De 1.000 empregados, 10% ($n = 100$) estão bebendo demais, e 60% destes ($n = 60$) serão corretamente identificados pelo teste como sendo “bebedores pesados”. Entretanto, do grupo total de 1.000, 5% ($n = 50$) serão identificados como positivos devido a resultados não-específicos (isto é, não-relacionados ao álcool) do teste. Portanto, um total de 110 pessoas será identificado pelo teste, e apenas 60 delas (55%) estarão na verdade bebendo demais. O teste “alcolina” tem, portanto, uma utilidade limitada, e deve ser seguido por outros testes e investigações mais detalhadas, a fim de confirmar se todos os indivíduos com resultados positivos estão realmente bebendo demais. Além disso, 40 pessoas que estão bebendo excessivamente não serão identificadas pelo teste.

Os problemas ilustrados por esse exemplo serão mais graves quanto mais raro for o transtorno. Assim, se a prevalência do beber pesado fosse de apenas 1%, somente 1 em 9 dos que tiveram resultado positivo com o mesmo teste seria realmente um bebedor pesado. Inversamente, se usado numa população em que quase todas as

pessoas têm um problema com bebida (digamos, numa clínica para alcoolistas), então mais de 9 em 10 das pessoas com resultados positivos seriam bebedores pesados.

Testes de triagem para o beber pesado

Examinemos agora os testes que são usados para identificar o beber pesado. Não entraremos em detalhes técnicos aqui, mas os testes mais úteis são os seguintes.

Volume corpuscular médio (VCM)

Esta é uma medida do tamanho das células vermelhas do sangue (hemácias), que podem aumentar em resposta ao beber pesado. A sensibilidade é de 20-50%, e a especificidade, de 55-100% (Conigrave *et al.*, 1995). O VCM, se está elevado em resultado do beber pesado, permanecerá alto por alguns meses após uma redução ou cessação do consumo de álcool – isso devido à vida relativamente longa das hemácias (cerca de 120 dias).

Testes da função hepática

A gama glutamyl transpeptidase sérica (γ GT), a aspartato aminotransferase sérica e a glutamato desidrogenase sérica são indicadores de hepatotoxicidade, que pode estar elevada em resultado do beber pesado. Deles, a γ GT é geralmente considerada a mais útil como um teste de triagem para o beber pesado. Entretanto, com uma sensibilidade de 20-90% e uma especificidade de 55-100% (Conigrave *et al.*, 1995), seu valor neste papel é discutível, e sua verdadeira utilidade foi questionada (Penn & Worthington, 1983). Se a γ GT está elevada devido à bebida, ela vai cair depois que a abstinência se estabelecer. Esta normalização é mais rápida do que no VCM, mas ainda pode levar algumas semanas, dependendo do nível de elevação. No caso de danos hepáticos mais graves, outros parâmetros bioquímicos, como a fosfatase alcalina e a bilirrubina, também estarão alterados, e nesses casos pode haver anormalidades mais persistentes em alguns níveis enzimáticos, mesmo após uma abstinência prolongada.

Transferrina carboidrato-deficiente (asializada) (CDT)

Esta é uma variante de uma proteína sérica que transporta ferro. Os níveis aumentam em resposta ao beber pesado. Sua sensibilidade como um teste do beber pesado provavelmente está em torno de 60-70%, mas pode ser menor, e sua especificidade é de aproximadamente 95% (Conigrave *et al.*, 1995; Godsell *et al.*, 1995). Ele provavelmente é melhor do que a maioria dos outros testes, e atualmente é considerado por alguns como o melhor teste de triagem existente para o beber pesado; entretanto, provavelmente não é muito melhor do que a γ GT.

Nível de alcoolemia

A concentração alcoólica no sangue (CAS) volta rapidamente a zero com a abstinência: nos seres humanos, o índice médio de eliminação do álcool no sangue é de 15mg/100ml por hora. Isso resulta numa sensibilidade bastante baixa quando usada como um teste de triagem. Dependendo do momento e do contexto da testagem,

assim como do limiar de concentração alcoólica usado para definir um resultado positivo, bebedores sociais moderados também serão detectados, tornando a CAS bastante inespecífica. O álcool no sangue (ou o álcool na respiração, como uma medida indireta), portanto, não é usado com frequência como um teste de triagem, como a γ GT ou a CDT são usadas. Todavia, sabe-se que a CAS está relacionada ao prejuízo do desempenho psicomotor e, portanto, ela fornece uma medida especialmente valiosa no local de trabalho ou em outros contextos em que a segurança é essencial, como no caso de motoristas. A CAS talvez tenha uma utilidade subestimada como um teste de triagem no ambiente clínico (Wiseman *et al.*, 1982).

Mesmo que não seja usada como um teste de triagem, a CAS fornece uma confirmação útil. Um paciente pode dizer, por exemplo, que "tomou apenas alguns drinques" na noite anterior, mas às nove horas da manhã seguinte ele ainda apresenta uma alcoolemia de 60mg/100ml, o que sugere um consumo muito mais pesado. Um nível elevado de alcoolemia na ausência de intoxicação evidente sugere um alto nível de tolerância, sendo assim uma evidência presuntiva importante de beber pesado habitual.

Outros testes

Embora raramente utilizados como testes de triagem para o beber pesado, o ácido úrico, o colesterol e vários outros indicadores podem mostrar alterações em resposta ao beber pesado, sendo assim indicadores úteis, especialmente em combinação com os resultados de outros testes (Chan, 1990).

Fica evidente que nenhum dos testes mencionados é melhor que o fictício teste de "alcoolina". De fato, a "alcoolina" bem poderia ser γ GT ou CDT. Todos esses testes são limitados em sua utilidade como instrumentos de triagem, e em algumas circunstâncias a história médica e os sinais clínicos serão mais úteis (Skinner *et al.*, 1986). Entretanto, a sensibilidade e a especificidade dos testes de laboratório como instrumentos de triagem podem ser melhoradas quando os usamos em combinação. Um perfil, por exemplo, de VCM, de γ GT, de CDT e de outros testes bioquímicos é consideravelmente mais valioso do que qualquer um isoladamente.

Os testes de laboratório também podem ser úteis em outras situações. A utilidade da CAS confirmatória no contexto clínico já foi comentada. Os testes de laboratório também podem ser úteis para confirmar um diagnóstico, e quando existe suspeita clínica mas negação inicial do paciente, o uso dos resultados dos testes na discussão com o paciente pode ajudá-lo a desenvolver *insight*. Quando identificamos um resultado anormal num desses testes, e supomos que isso se atribui ao beber pesado, medidas repetidas ao longo do tempo também ajudam a monitorar o progresso clínico.

O julgamento global do valor desses testes poderia ser o seguinte: eles são úteis para o terapeuta e o paciente se usados com discriminação; neste campo de prática, ainda precisamos aprender a utilizar essa tecnologia com proveito máximo.

QUESTIONÁRIOS DE TRIAGEM

Foram criados vários questionários de triagem para ajudar na detecção do beber pesado ou de problemas relacionados ao álcool. O teste mais pesquisado quanto à sua confiabilidade e validade é o MAST de 25 itens (Selzar, 1971), que também foi publicado numa forma mais curta de 10 itens (Pokorny *et al.*, 1972). O questionário

CAGE é ainda mais breve, contendo apenas quatro itens (Barrison *et al.*, 1982; King, 1986). Esses testes geralmente tendem a identificar o caso mais extremo, e não o caso inicial. O MAST, por exemplo, tem entre seus itens o *delirium tremens* e a hospitalização por causa da bebida. Entretanto, eles apresentam sensibilidade e especificidade notavelmente boas para "beber excessivo" e "alcoolismo", e podem ser superiores aos testes de laboratório quando usados como instrumentos de triagem (Bernadt *et al.*, 1982).

Tais instrumentos são conseqüentemente valiosos para a triagem de rotina, por exemplo, num ambiente hospitalar (Barrison *et al.*, 1982; Bernadt *et al.*, 1982), onde existe uma população mais ou menos cativa e razoavelmente sintonizada com a idéia de preencher questionários. Os questionários também podem ser valiosos no atendimento básico, embora sua utilidade neste ambiente seja mais discutível (King, 1986). Mas esses testes, de modo geral, têm sido mais aplicados como instrumentos de pesquisa do que em ambientes de linha de frente médicos e sociais, onde um teste de lápis e papel não substitui a vigilância, o questionamento simpático e as habilidades muito reais necessárias para identificar problemas com bebida de todos os tipos, graus e ocultamentos.

Neste contexto, o desenvolvimento de um instrumento mais recente, o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) é de grande interesse. O AUDIT foi desenvolvido por um grupo internacional de investigadores, a pedido da Organização Mundial de Saúde (Babor & Grant, 1989; Babor *et al.*, 1989). Ele foi planejado para ser usado por profissionais de saúde em países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo muito útil para identificar a ingestão prejudicial e potencialmente perigosa, e mostra boa sensibilidade e especificidade, e é capaz de identificar a dependência leve. Potencialmente, este é o questionário de triagem com maior valor futuro para os clínicos e pesquisadores no atendimento primário.

CONCLUSÕES PRÁTICAS

A relativa utilidade dos vários procedimentos descritos anteriormente para detecção e diagnóstico do beber pesado e dos problemas com bebida, está resumida no Quadro 12.1. Em grande extensão, sua utilidade na detecção e triagem é determinada por sua sensibilidade, e sua utilidade para o diagnóstico depende de sua especificidade. Entretanto, os dois parâmetros são importantes em ambos os contextos; custo, conveniência e flexibilidade também são importantes.

Não existe nenhum substituto para uma cuidadosa investigação clínica como um meio para detectar o beber pesado, quer na prática do especialista, quer no atendimento básico, ou em outros ambientes generalistas. Entretanto, as informações obtidas desta maneira podem ser valiosamente apoiadas pelo uso sagaz de investigações laboratoriais apropriadas, CAS e questionários.

Quando precisamos triar uma grande população sadia, como ocorre nos ambientes ocupacionais, talvez não seja possível nem uma breve entrevista clínica, e os questionários são então vantajosos. Todavia, quando o seguimento da detecção inclui procedimentos disciplinares ou outras conseqüências adversas, as respostas aos questionários podem não ser confiáveis. Nessas circunstâncias, testes de laboratório como o γ GT, VCM ou CDT podem fornecer informações úteis. Quando precisamos garantir a segurança em um meio ambiente, tal como beber e dirigir, ou em certos ambientes de trabalho, uma estimativa da CAS também pode constituir uma tecnologia custo-efetiva.

Quadro 12.1 Vantagens e desvantagens de diferentes procedimentos de triagem

Procedimento	Vantagens	Desvantagens
Entrevista clínica	Flexibilidade Especificidade potencialmente elevada Potencial para detectar casos que os testes laboratoriais ou os questionários podem deixar passar	Subjetividade Depende da habilidade clínica e do tempo e esforço envolvidos Pouca sensibilidade se o sujeito está envergonhado ou escondendo Podem consumir muito tempo
Testes de laboratório	Objetivos Rápidos e convenientes para triar grandes números de sujeitos Se positivos, úteis para monitorar o progresso subsequente Detectam uso pesado/aguma toxicidade tissular (por exemplo, fígado/sangue)	Sensibilidade e especificidade limitadas (CDT possivelmente é melhor, mas o γ GT não é muito pior) O CDT é caro (γ GY é muito mais barato) Não detectam problemas sociais/psicológicos
Estimativa da alcoolemia	Objetiva Barata e conveniente Boa para detectar a ingestão num contexto em que a segurança é essencial (por exemplo, beber e dirigir) Útil para confirmar a história/monitorar o progresso	Rápida eliminação do álcool dos limites de sensibilidade no sangue/respiração Detecta o uso do álcool mas não problemas em si (i.e., baixa especificidade)
Questionários	Padronizados e objetivos Baratos e convenientes	Sujeitos à honestidade do respondente Sensibilidade e especificidade limitadas (mas melhores do que os testes de laboratório)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Babor, T.F. & Grant, M. (1989). From clinical research to secondary prevention: International collaboration in the development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcohol Health and Research World* **13**, 371-4.
- Babor, T.F., de la Fuente, J.R., Saunders, J. & Grant, M. (1989). *AUDIT, The Alcohol Use Disorders Identification Test: Guidelines for Use in Primary Health Care*. Geneva: World Health Organisation.
- Barrison, I.G., Viola, L. & Murray-Lyon, I.M. (1980). Do housemen take an adequate drinking history? *British Medical Journal* **281**, 1040.
- Barrison, I.G., Viola, L., Mumford, J., Murray, R.M., Gordon, M. & Murray-Lyon, I.M. (1982). Detecting excessive drinking among admissions to a general hospital. *Health Trends* **14**, 80-83.
- Bernadt, M.W., Mumford, J., Taylor, C., Smith, B. & Murray, R.M. (1982). Comparison of questionnaire and laboratory tests in the detection of excessive drinking and alcoholism. *Lancet* **1**, 325-8.
- Chan, A.W.K. (1990). Biochemical markers for alcoholism. In *Children of Alcoholics*, ed. Windle, M. & Searles, J.S., pp. 39-72. New York: Guilford.
- Congrave, K.M., Saunders, J.B. & Whitfield, J.B. (1995). Diagnostic tests for alcohol consumption. *Alcohol and Alcoholism* **30**, 13-26.
- Farrel, M.P. & David, A.S. (1988). Do psychiatric registrars take a proper drinking history? *British Medical Journal* **296**, 395-6.