

Walidacja polskiej wersji Skali Głodu Alkoholu Penn (Penn Alcohol Craving Scale – PACS)

Validation of the Polish version of the Penn Alcohol Craving Scale (PACS)

Jan Chodkiewicz¹, Marcin Ziólkowski², Damian Czarnecki²,
Krzysztof Gąsior^{3,4}, Artur Juczyński⁵, Agata Biedrzycka⁶,
Katarzyna Nowakowska-Domagała⁷

¹ Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii UŁ

² Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego UMK w Toruniu, Collegium Medicum w Bydgoszczy

³ Zakład Profilaktyki Społecznej i Resocjalizacji Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach

⁴ Świętokrzyskie Centrum Profilaktyki i Edukacji w Kielcach

⁵ Miejskie Centrum Zdrowia Publicznego im. bł. Rafała Chylińskiego w Łodzi

⁶ Oddział Leczenia Uzależnień Samodzielnego Wojewódzkiego Publicznego Zespołu Zakładów
Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej im. dr Barbary Borzym w Radomiu

⁷ Zakład Kognitywistyki, Instytut Psychologii, Uniwersytet Łódzki

Summary

Aim. The conducted studies were aimed at making a Polish adaptation of the Penn Alcohol Craving Scale (PACS) by B. Flannery and co-workers. The Scale is a self-assessment method, it comprises 5 statements, and is designed to assess alcohol craving experienced by a patient in a week prior to the examination.

Methods. 550 patients with diagnosed alcohol dependence syndrome were examined, and the final analysis included results of 510 persons. The examined group consisted of 396 men and 114 women. The study was made in the 3rd week of their alcohol treatment. There were used: the PENN Craving Scale, the Alcohol Dependence Development Scale (SRUA) (the part in which craving is dealt with), a clinical interview with specially prepared questions about alcohol craving experienced last month and last week, and the Yale-Brown Obsessive Compulsive Intense Drinking Scale.

Praca powstała w ramach projektu badawczego B141180000050.03 „Odczuwanie głodu alkoholu przez osoby uzależnione. Polska adaptacja narzędzi pomiaru i ich upowszechnienie” finansowanego przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych.

Results. The Polish version of the Penn Scale is characterised by very good psychometric properties – it is a reliable and valid tool. The exploratory and confirmatory factor analyses have proved the existence of one factor. The internal consistency, assessed on the basis of Cronbach's alpha, equalled 0.89. The method displays statistically significant (majority $p < 0.0010$) relationships with levels of craving experienced last year, last month, and last week before the examination, and also with total score on the Yale-Brown Scale.

Conclusions. The effects of the conducted adaptation works on the Penn Scale speak for recommending the method for scientific research and use in therapeutic practice.

Słowa kluczowe: głód alkoholu, uzależnienie od alkoholu, Skala Głodu Alkoholu Penn

Key words: alcohol craving, alcohol dependence, the Penn Alcohol Craving Scale

Wstęp

Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych (International Classification of Diseases – ICD-10) [1] uwzględnia głód alkoholu (craving) jako jedno z kryteriów diagnostycznych uzależnienia od alkoholu. Objaw ten wymieniany jest również w DSM-5 [2].

Głód alkoholu definiowany jest jako silne pragnienie lub poczucie przymusu picia [1], potrzeba poczucia skutków działania albo też przymus poszukiwania i przyjmowania alkoholu. Opisywany bywa również jako natrętne myślenie o alkoholu lub skłonność do jego picia [3–5]. Istnieje wiele koncepcji próbujących wyjaśnić zjawisko głodu alkoholu, który wśród badaczy i praktyków uważany jest za istotny czynnik wpływający na rozwój, utrzymywanie się uzależnienia oraz przyczyniający się do nawrotu przyjmowania substancji uzależniającej po okresie utrzymywania abstynencji [6–10].

Liczne badania wskazują na związki między głodem a zmiennymi istotnymi dla utrzymania abstynencji i kontynuacji terapii. Wykazano między innymi, że odczuwanie głodu alkoholu dodatkowo koreluje z zaburzeniami nastroju (głównie depresją i lękiem), głębokością uzależnienia, intensywnością wcześniejszego picia, nasileniem objawów abstynencyjnych i brakiem gotowości do zmian zachowań związanych z pićm, a ujemnie z wiekiem (osoby starsze odczuwały słabszy głód) [11–14]. Głód ten okazał się istotnie związany z natężeniem negatywnego afektu i pośredniczył w relacjach między objawami depresji a spożywaniem alkoholu [15, 16]. Nasilenie odczuwanego w trakcie terapii głodu było znacząco wyższe u uzależnionych, u których w jej trakcie nastąpił nawrót picia, w porównaniu z osobami, u których nawrót nie wystąpił [11], oraz wśród alkoholików z symptomami stresu pourazowego [17]. Flannery i wsp. [18] wykazali, że siła odczuwanego głodu alkoholu jest lepszym predyktorem złamania abstynencji przez leczących się alkoholików niż intensywność picia przed rozpoczęciem terapii. Głód ten wykazywał także istotne związki z innym, uznanym czynnikiem rozwoju uzależnienia i ryzyka nawrotów, tj. impulsywnością [19], a także z mierzonymi SCL-90 objawami psychopatologicznymi, szczególnie z somatyzacją i natręctwami [17]. Evren i wsp. wykazali też dodatni związek między głodem alkoholu a temperamentalnym wymiarem poszukiwania nowości wyróżnionym w psychobiologicznej koncepcji osobowości Roberta Cloningera. Osoby, które szybko

się nudzą, są pobudliwe, porywcze, łatwo tracą panowanie nad sobą, odczuwały głód częściej i był on przez nich odbierany jako bardziej natężony [20].

W praktyce klinicznej objawy głodu alkoholu często nie są przez pacjenta (a bywa że i przez terapeutów) rozpoznawane. Z tego względu przydatne może być wykorzystanie psychometrycznych narzędzi służących do jego pomiaru. Metody te ujmują zjawisko głodu, wykorzystując różne perspektywy i podejścia teoretyczne. Są szeroko opisywane w literaturze światowej, jednak ze względu na brak ich walidacji i adaptacji do warunków polskich nie były dotąd powszechnie dostępne w naszym kraju. Wyjątek stanowi Skala Picia Obsesyjno–Kompulsywnego (Obsessive Compulsive Drinking Scale – OCDS) Antona i wsp. [21], która została przetłumaczona i wykorzystana w badaniu Habrata i Załogi [22], a która podobnie jak Skala Yale–Brown Obsesyjno–Kompulsywnego Intensywnego Picia (Yale–Brown Obsessive Compulsive Scale Modified to Reflect Obsessions and Compulsions Related to Heavy Drinking) Modella i wsp. [23] ujmuje głód w sposób zbliżony do zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych. Opracowany na podstawie modelu „trzech ścieżek” Verheula i wsp. [24] Kwestionariusz Typologii Głodu (Craving Typologies Questionnaire – CTQ) Martinottiego i wsp. mierzy, obok głodu związanego z potrzebą nagrody i doświadczenia ulgi, także jego aspekty obsesyjno-kompulsywne [25]. Stosując Kwestionariusz Głodu Alkoholu (Alcohol Craving Questionnaire – ACQ) Singletona, można analizować kompulsywne komponenty głodu alkoholu oraz oczekiwania ulgi w sytuacji wypicia [26]. Kwestionariusz Doświadczanego Głodu Alkoholu Stathama i wsp. (The Alcohol Craving Experience Questionnaire – ACE) mierzy sensoryczne aspekty głodu (między innymi towarzyszące wyobrażenia smaku i zapachu alkoholu), jego siłę oraz występowanie natrętnych myśli dotyczących picia [27]. Z kolei przekonania dotyczące głodu oraz możliwości jego kontroli i wytrzymania, gdy wystąpi, mierzy Kwestionariusz Przekonań Dotyczących Głodu (Craving Beliefs Questionnaire) Wrighta [28].

Inne narzędzie do badania głodu, takie jak The Alcohol Urge Questionnaire (AUQ) Bohna i wsp. [29], podobnie jak walidowana przez nas Skala Głodu Alkoholu Penn (Penn Alcohol Craving Scale – PACS) Flannery i wsp. [30], koncentruje się na częstotliwości i czasie trwania głodu oraz możliwościach uniknięcia wypicia w sytuacjach, gdy alkohol jest obecny.

Cel

Celem pracy było dokonanie charakterystyki psychometrycznej Skali Głodu Alkoholu Penn [30] oraz przedstawienie procesu walidacji jej polskiej wersji. Skalę tę wybrano do walidacji ze względu na popularność, co umożliwiła zastosowanie jej w badaniach międzykulturowych, oraz na dobre właściwości psychometryczne [18, 29, 30].

Material

Badania prowadzono w okresie od czerwca do października 2014 roku w pięciu zajmujących się terapią osób uzależnionych od alkoholu placówkach stacjonarnych i ambulatoryjnych na terenie Polski. Udział wzięło w nich 550 pacjentów ze zdiagno-

zowanym zgodnie z kryteriami ICD-10 zespołem uzależnienia od alkoholu (F10.2). Po odrzuceniu niekompletnie wypełnionych kwestionariuszy do analizy przyjęto wyniki 510 osób. W badanej grupie znalazło się 396 mężczyzn i 114 kobiet. Aby uniknąć ryzyka wystąpienia głodu związanego z zespołem abstynencyjnym, badanie wszystkich pacjentów przeprowadzono w trzecim tygodniu terapii. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji ds. Bioetyki Badań Naukowych Uniwersytetu Łódzkiego (5/KBBN-UŁ/I/2014). Analiza statystyczna uzyskanych wyników przeprowadzona została z wykorzystaniem pakietu Statistica 6.0 PL.

Metoda

Do badania zmiennych socjodemograficznych i klinicznych zastosowano ankietę zawierającą pytania o wiek, płeć, wykształcenie, pozostawanie w związku, posiadanie dzieci, lata picia, wiek rozpoczęcia picia, liczbę terapii, uzależnienie od innych substancji psychoaktywnych (nikotyna, narkotyki), problemy zdrowotne (somatyczne i psychiczne) oraz występowanie myśli i tendencji samobójczych.

Do badania głodu alkoholu zastosowano Skalę Głodu Alkoholu Penn, która składa się z pięciu pozycji testowych [18, 29, 30]. Trzy pytania dotyczą częstotliwości, intensywności i czasu trwania głodu, jedno mierzy zdolność do opierania się pokusie w sytuacji, kiedy wypicie jest możliwe, a kolejne szacuje stopień ogólnego nasilenia głodu alkoholowego w ciągu ostatniego tygodnia. Odpowiedzi udziela się na skali od 0 do 6. Metoda ma dobre właściwości psychometryczne – wskaźnik α Cronbacha wynosi 0,91, otrzymano współczynniki korelacji metodą test-retest na poziomie istotności $p < 0,01$, także korelacje z innymi metodami badania głodu były istotne na poziomie $p < 0,01$. Narzędzie jest często stosowane w zagranicznych badaniach nad głodem alkoholu, zostało też zaadaptowane w kilku krajach; ostatnio powstały wersje portugalska i koreańska, również o bardzo dobrych właściwościach psychometrycznych, istnieje także wersja rosyjska [31–33]. Wykazano, że stopień głodu alkoholowego mierzonego PACS pozwala przewidzieć ryzyko nawrotu w trakcie terapii lepiej niż inne metody [18]. Sposób obliczania wyników w Skali Głodu Alkoholu Penn polega na zsumowaniu rezultatów otrzymanych w pięciu pozycjach testowych. Otrzymane wyniki znajdują się w przedziale 0–30. Zgodnie z instrukcją skala nadaje się do badania dorosłych oraz młodzieży powyżej 16 lat [33].

W celu sprawdzenia trafności zewnętrznej adaptowanej metody badania głodu zastosowano:

- Skalę Rozwoju Uzależnienia od Alkoholu (SRUA; część dotycząca głodu) Bętkowskiej-Korpały i Kasprzaka [34]. Terapeuta zaznaczał występującą w ostatnim roku u badanego pacjenta siłę głodu alkoholu albo jego kompulsywne picie;
- Wywiad kliniczny zawierający specjalnie przygotowane pytania dotyczące odczuwanego głodu alkoholu. W trakcie prowadzenia wywiadu terapeuci pytali pacjentów o subiektywnie odczuwaną w ostatnim miesiącu chęć napić się, towarzyszące temu dolegliwości somatyczne i natrętne myśli o picciu.

Analogiczne pytania zadano w odniesieniu do ostatniego tygodnia przed badaniem. Odpowiedzi notowano na specjalnie przygotowywanych skalach (od 0 – brak głodu do 10 – głód maksymalnie silny);

- Skalę Yale-Brown Obsesyjno-Kompulsyjnego Intensywnego Picia Modella i wsp. [23] – drugą metodę badania głodu adaptowaną do warunków polskich w ramach projektu badawczego prowadzonego przez autorów.

Wyniki

Wstępne prace adaptacyjne

W pierwszym etapie dwóch tłumaczy (w tym psycholog, będący jednocześnie filologiem angielskim) dokonało tłumaczenia z języka angielskiego na polski. Następnie dwóch innych tłumaczy (w tym tłumacz przysięgły) dokonało tłumaczenia zwrotnego (back-translation). Po porównaniu uzyskanych wersji ustalono wersję ostateczną narzędzia. Następnie przeprowadzono badanie pilotażowe, w którym sprawdzono zrozumiałość pozycji testowych – w tym celu zbadano 20 osób uzależnionych od alkoholu, członków ruchu Anonimowych Alkoholików w wieku powyżej 55 lat, mających podstawowe wykształcenie. Osoby te, po wypełnieniu ankiety, poproszono o wskazanie pozycji, które uważają za niezrozumiałe. Żadna z pozycji testowych nie została określona jako niezrozumiała przez więcej niż 5% badanych.

Obliczenia rozpoczęto od ustalenia podstawowych danych dotyczących rozkładu wyników. Wyniki przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Rozkład wyników uzyskanych w Skali Głodu Alkoholu Penn (n = 510)

Narzędzie	M	Min.	Maks.	SD	Skośność	Kurtoza	K-S*	S-W**
Skala Penn	6,97	0	29	6,16	0,88	0,24	d = 0,13 ¹	0,91 ²

Źródło: opracowanie własne. * Rezultat uzyskany w teście Kołmogorowa–Smirnowa z poprawką Lilleforsa, ** Rezultat uzyskany w teście Shapiro-Wilka ¹p < 0,01; ²p < 0,001

Wskaźniki skośności i kurtozy w adaptowanych metodach przyjmowały wartości satysfakcjonujące, nie przekraczając jedności. Jednakże rezultaty uzyskane z zastosowaniem testu Kołmogorowa–Smirnowa z poprawką Lilleforsa oraz testu Shapiro-Wilka wskazują na brak zgodności wyników tych testów z rozkładem normalnym (p < 0,01, p < 0,001). W dalszych analizach statystycznych zastosowano więc testy nieparametryczne.

Struktura czynnikowa Skali Głodu Alkoholu Penn

W celu zweryfikowania struktury wewnętrznej narzędzia wykorzystana została zarówno eksploracyjna analiza czynnikowa (exploratory factor analysis – EFA), jak i analiza konfirmacyjna (confirmatory factor analysis – CFA). W przypadku analizy konfirmacyjnej wybrano rodzaj estymacji odporny na zaburzenia normalności rozkładu (metodę ADF – asymptotically distribution free). Aby przeprowadzić niezbędne

obliczenia, dane pochodzące z całej próby ($n = 510$) zostały losowo podzielone na dwa równe podzbiory ($n = 255$). Na pierwszym podzbiorniku przeprowadzono analizę eksploracyjną, na drugim – konfirmacyjną.

Przed rozpoczęciem analiz sprawdzono dokładność doboru przy użyciu testu Kaisera–Mayera–Olkina. Jego wartość ($KMO = 0,900$) wskazała na to, że występują silne podstawy do zastosowania analizy czynnikowej. Wskaźnik sferyczności Bartletta = 2227,1078 ($p < 0,0001$) również zasygnalizował, że macierz korelacji nie jest macierzą jednostkową, co potwierdziło sensowność zastosowania analizy czynnikowej.

Zastosowane analizy czynnikowe wskazują, że polska wersja Skali Głodu Alkoholu Penn charakteryzuje się bardzo dobrą trafnością – analiza czynnikowa EFA doprowadziła do wyodrębnienia (podobnie jak w wersji oryginalnej) jednego czynnika tłumaczącego łącznie 70% wariancji wyników. Wartości ładunków czynnikowych są w pełni satysfakcjonujące. W analizie konfirmacyjnej model jednoczynnikowy osiągnął bardzo dobre parametry dopasowania: $\chi^2 = 10,861$, $df = 5$, $p = 0,054$, $RMSEA = 0,05$, $GFI = 0,978$, $AGFI = 0,933$.

Wyniki EFA i CFA przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Wyniki eksploracyjnej i konfirmacyjnej analizy czynnikowej – Skala Głodu Alkoholu Penn

Pozycje	Analiza eksploracyjna Ładunki czynnikowe	Analiza konfirmacyjna Ocena parametru*
1. Jak często w ciągu ostatniego tygodnia myślałeś o piciu lub o tym, jak dobrze poczułbyś się po wypiciu?	0,875	1,126
2. Jak silny był Twój głód alkoholu w najgorszym momencie w ciągu ostatniego tygodnia?	0,895	1,466
3. Ile czasu w ciągu ostatniego tygodnia spędziłeś na myśleniu o piciu lub o tym, jak dobrze poczułbyś się po wypiciu?	0,812	0,995
4. W ciągu ostatniego tygodnia jak trudno byłoby Ci się oprzeć przed napiciem się, gdybyś wiedział, że masz w domu butelkę?	0,685	1,040
5. Mając w pamięci swoje odpowiedzi na wcześniejsze pytania, oceń Twój ogólny przeciętny głód alkoholu w ciągu ostatniego tygodnia.	0,895	1,201
Wartość własna	3,500	
Wariancja wyjaśniana	0,700	

Źródło: opracowanie własne. * wszystkie ścieżki istotne $p < 0,0001$

Rzetelność

Rzetelność narzędzia obliczono poprzez oszacowanie zgodności wewnętrznej oraz obliczenia mocy dyskryminacyjnej pytań. Zgodność wewnętrzną, ocenioną na podsta-

wie α Cronbacha, wynosi dla Skali Głodu Alkoholu Penn 0,89. Ponieważ otrzymany współczynnik przekraczał rekomendowaną wartość 0,7, stwierdzić można, iż metoda charakteryzuje się w pełni satysfakcjonującą rzetelnością.

Kolejnym krokiem była analiza mocy dyskryminacyjnej pozycji kwestionariusza. Wyniki przedstawia tabela 3.

Tabela 3. Moc dyskryminacyjna pozycji Skali Głodu Alkoholu Penn

Numer pozycji	Współczynniki mocy dyskryminacyjnej	Alfa, gdy pozycja usunięta
1.	0,77	0,85
2.	0,81	0,84
3.	0,71	0,86
4.	0,58	0,88
5.	0,79	0,84

Moc dyskryminacyjna analizowanych pozycji skali jest zadowalająca: korelacja twierdzeń z wynikiem ogólnym wyniosła od 0,58 dla pozycji 4 ($p < 0,001$) do 0,81 w przypadku pozycji 2 ($p < 0,001$). Współczynnik alfa Cronbacha nie wzrastał po usunięciu żadnej pozycji.

Trafność zewnętrzna

Trafność zewnętrzną adaptowanej metody oszacowano na podstawie analizy związków między jej wynikami a wynikami uzyskanymi za pomocą Skali Rozwoju Uzależnienia od Alkoholu Bętkowskiej-Korpały i Kasprzaka (część dotycząca głodu) [34], wywiadu klinicznego zawierającego pytania dotyczące odczuwanego w ostatnim miesiącu i tygodniu głodu alkoholu oraz Skali Yale-Brown Obsesyjno-Kompulsyjnego Intensywnego Picia [23]. Wyniki korelacji (ρ Spearmana) przedstawia tabela 4.

Tabela 4. Współczynnik korelacji Skali Głodu Alkoholu Penn z wynikami Skali SRUA, wywiadu klinicznego oraz Skali Yale-Brown

Narzędzie	A	B	C	D	E	F	G	H
Skala Penn	0,16**	0,42***	0,39***	0,46***	0,48***	0,47***	0,49***	0,46***

Źródło: opracowanie własne. ** korelacja istotna $p < 0,01$, *** $p < 0,001$, A – Skala SRUA, B – siła głodu w ostatnim miesiącu, C – dolegliwości somatyczne towarzyszące głodowi w ostatnim miesiącu, D – natrętne myśli o alkoholu w ostatnim miesiącu, E – siła głodu w ostatnim tygodniu, F – dolegliwości somatyczne towarzyszące głodowi w ostatnim tygodniu, G – natrętne myśli o alkoholu w ostatnim tygodniu, H – wynik ogólny Skali Yale-Brown

Jak wskazuje tabela 4, adaptowana metoda charakteryzuje się zadowalającą trafnością zewnętrzną. Otrzymano istotne (na poziomie $p < 0,01$ i $p < 0,001$) współczynniki korelacji między nią a występowaniem głodu alkoholu zarówno w ostatnim roku (skala SRUA), jak i w ostatnim miesiącu oraz tygodniu. Istotny na poziomie $p < 0,001$ jest współczynnik korelacji wyników Skali Głodu Alkoholu Penn z wynikami Skali Yale-Brown. Na uwagę zasługuje też fakt, że najwyższy współczynnik korelacji otrzymano

między szacowanym przez terapeutów na podstawie wywiadu klinicznego w ostatnim tygodniu głodem alkoholu a Skalą Głodu Alkoholu Penn, która mierzy właśnie głód alkoholu w ostatnim tygodniu.

Wyniki w Skali Penn a zmienne socjodemograficzne i kliniczne

Za pomocą adaptowanej metody porównano kobiety i mężczyzn, wykazując brak istotnych statystycznie różnic. Wyniki testu U Manna–Whitneya przedstawia tabela 5. Aby ułatwić porównania i zastosowanie wyników w przyszłych badaniach, zamieszczono w niej –zamiast sumy rang – średnie i odchylenia standardowe.

Tabela 5. Porównanie wyników w Skali Głodu Alkoholu Penn u uzależnionych kobiet i mężczyzn

Narzędzie	Mężczyźni n = 396		Kobiety n = 114		U*	Z	p
	M	SD	M	SD			
Skala Penn	6,93	6,06	7,06	6,54	22492,50	0,05	0,95

Źródło: opracowanie własne. * wyniki testu U Manna–Whitneya

Obliczono również współczynniki korelacji (rho Spearmana) Skali Głodu Alkoholu Penn ze zmiennymi socjodemograficznymi i klinicznymi (sprowadzonymi do pozycji zero-jedynkowej). Wyniki przedstawiają tabele 6 i 7.

Tabela 6. Współczynniki korelacji Skali Głodu Alkoholu Penn z wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi

Narzędzie	A	B	C	D	E	F	G
Skala Penn	-0,17**	-0,12*	0,07	-0,12*	-0,06	0,03	-0,06

Źródło: opracowanie własne. * korelacja istotna $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ A – wiek, B – wykształcenie, C – stan cywilny, D – posiadanie dzieci, E – zamieszkanie (sam, z bliskimi), F – źródła utrzymania, G – palenie tytoniu

Tabela 7. Współczynniki korelacji Skali Głodu Alkoholu Penn z wybranymi zmiennymi klinicznymi

Narzędzie	A	B	C	D	E	F
Skala Penn	0,21**	-0,14*	0,07	-0,08	-0,12*	-0,10*

Źródło: opracowanie własne. * korelacja istotna $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, A – myśli samobójcze, B – wiek rozpoczęcia picia, C – długość leczenia, D – uzależnienie w rodzinie, E – zaburzenia psychiczne, F – choroby somatyczne

Spośród istotnych statystycznie zależności uwagę zwraca związek wyników Skali Głodu Alkoholu Penn z wiekiem (im pacjenci młodszy, tym silniejszy głód), wykształceniem (niższe wykształcenie – wyższy głód), posiadaniem dzieci (pacjenci posiadający dzieci odczuwają słabszy głód), wiekiem rozpoczęcia picia nałogowego (im wcześ-

niejszy wiek, tym silniejszy głód) oraz zaburzeniami psychicznymi i somatycznymi (osoby przejawiające te zaburzenia odczuwają silniejszy głód). Związki te są jednak słabe, choć istotne statystycznie. Ważne znaczenie może mieć z kolei związek głodu mierzonego Skalą Głodu Alkoholu Penn z myślami samobójczymi – odczuwaniu tych myśli towarzyszy bowiem silniejszy głód alkoholu.

Sposób obliczania wyników

Jak już wspomniano, obliczanie wyników w Skali Głodu Alkoholu Penn polega na zsumowaniu rezultatów otrzymanych w pięciu pozycjach testowych. Ponieważ rozkład wyników odbiegający od normalnego uniemożliwiał stworzenie norm stenowych, podzielono zakres zmienności, szacując wartości tercyli. Dla Skali Głodu Alkoholu Penn otrzymano następujące przedziały: 0–3 – niskie nasilenie głodu, 4–9 przeciętne, powyżej 10 – wysokie. Warto zauważyć, że na podstawie badań autorów metody uznano, że wyniki tej skali powyżej 10 wskazują na wysokie ryzyko nawrotu picia [18, 30].

Dyskusja

Skala Głodu Alkoholu Penn jest często stosowanym, krótkim narzędziem do badania głodu alkoholu. Znajduje zastosowanie zarówno w badaniach czynników psychologicznych i biologicznych powiązanych z jego odczuwaniem, kończeniem terapii i utrzymywaniem abstynencji, jak i w sytuacji porównywania różnych narzędzi służących do badania głodu oraz stosowania leków wspomagających proces leczenia uzależnienia [30, 35–38]. Została ona zastosowana jako jedyne narzędzie do badania głodu w niedawno przeprowadzonych badaniach uzasadniających konieczność włączenia głodu jako objawu uzależnienia w klasyfikacji DSM-5 (w poprzednich wersjach DSM głód nie był wymieniany) [39]. Użyto jej także w randomizowanych badaniach porównujących wpływ naltreksonu i akamprozatu na redukcję głodu alkoholu [40]. O jej popularności świadczy również to, iż w ostatnim czasie została zaadaptowana do badania głodu w przebiegu uzależnienia od opiatów [41].

Polska wersja narzędzia charakteryzuje się dobrymi, porównywalnymi z oryginalnymi właściwościami psychometrycznymi – współczynnik α Cronbacha wynosi 0,89 (w oryginale 0,91, a w wersjach koreańskiej i portugalskiej odpowiednio 0,91 i 0,92) [31, 32]. Analiza czynnikowa doprowadziła do wyodrębnienia jednego czynnika wyjaśniającego wysoki procent (70%) wariacji wyników. W pełni zadowalająca jest też trafność zewnętrzna skali. Ze względu na korelacyjny charakter badań nie obliczono natomiast rzetelności bezwzględnej (test-retest), co warto sprawdzić w przyszłych badaniach.

W polskiej wersji narzędzia wynik powyżej 10 punktów wskazuje na wysokie nasilenie odczuwanego głodu. Warto raz jeszcze podkreślić, że autorzy metody właśnie taki wynik wskazują jako diagnostyczny dla ryzyka złamania abstynencji i przerwania terapii [18, 30]. Wysoce wskazane wydaje się więc sprawdzenie w dalszych badaniach wartości predykcyjnej wyników w Skali Głodu Alkoholu Penn dla przebiegu i efek-

tów terapii odwykowej w naszym kraju. Dalszych analiz wymaga także uchwycony w prezentowanym badaniu i mający potencjalnie znaczną wartość aplikacyjną związek głodu alkoholu z występowaniem myśli samobójczych. Warto zauważyć, że w badaniach przy użyciu Skali Picia Obsesyjno–Kompulsywnego Antona i wsp. wykazano związki głodu alkoholu z negatywnym nastrojem i depresją [15, 16, 42].

Skalę Głodu Alkoholu Penn można polecać zarówno badaczom głodu alkoholowego, jak i praktykom pracującym z pacjentami odczuwającymi głód. Metoda jest również łatwa do zastosowania tak dla wypełniającego ją pacjenta, jak i dla badacza, co stanowi jej niewątpliwą zaletę.

Wnioski

Przeprowadzona adaptacja Skali Głodu Alkoholu Penn wskazuje na jej bardzo dobre właściwości psychometryczne. Metodę tę można polecać zarówno badaczom, jak i terapeutom uzależnień do wykorzystywania w celu diagnozowania pacjentów. Może być ona także przydatna w prowadzonych zajęciach dotyczących radzenia sobie z głodem oraz w projektowaniu terapii.

Piśmiennictwo

1. *International classification of diseases: Diagnostic criteria for research*. 10th edition. Geneva: World Health Organization; 1992.
2. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. www.dsm5.org [dostęp: 27.10.2014].
3. Heather N, Stallard A. Czy w modelu Marlatta dostatecznie doceniono znaczenie umiarkowanego głodu w procesie nawrotu? W: Gossop M red. *Nawroty w uzależnieniach*. Warszawa: PARPA; 1997. s. 150–173.
4. Kienast T, Lindenmeyer J, Löb M, Löber S, Heinz A. *Alkoholabhängigkeit*. Stuttgart: Kohlhammer; 2007.
5. Tiffany ST, Conklin CA. *A cognitive processing model of alcohol craving and compulsive alcohol use*. *Addiction* 2000; 95(2): 145–153.
6. Wojnar M, Ślufarska A, Jakubczyk A. *Nawroty w uzależnieniu od alkoholu. Część 1. Definicje i modele*. *Alkohol. Narkom.* 2006; 19(4): 379–394.
7. Breese GR, Sinha R, Heilig M. *Chronic alcohol neuroadaptation and stress contribute to susceptibility for alcohol craving and relapse*. *Pharmacol. Ther.* 2011; 129(2): 149–171.
8. De Ridder D, Vanneste S, Kovacs S, Sunaert S, Dom G. *Transient alcohol craving suppression by rTMS of dorsal anterior cingulate: an fMRI and LORETA EEG study*. *Neurosci. Lett.* 2011; 496(1): 5–10.
9. Seo D, Lacadie CM, Tuit K, Hong KI, Constable RT, Sinha R. *Disrupted ventromedial prefrontal function, alcohol craving, and subsequent relapse risk*. *JAMA Psychiatry* 2013; 70(7): 727–739.
10. Seo D, Sinha R. *The neurobiology of alcohol craving and relapse*. *Handb. Clin. Neurol.* 2014; 125: 355–68.
11. Anton RF, Moak DH, Latham P. *The obsessive compulsive drinking scale: A new method of assessing outcome in alcoholism treatment studies*. *Arch. Gen. Psychiatry* 1996; 53(7): 225–231.

12. Chakravorty S, Kuna ST, Zaharakis N, O'Brien C, Kampman K, Oslin D. *Covariates of craving in actively drinking alcoholics*. Am. J. Addict. 2010; 19(5): 450–457.
13. Evren C, Çetin R, Dalbudak E, Durkaya M, Çakmak D, Flannery B. *Relationship of Cloninger's personality dimensions with alcohol craving in male alcohol dependent inpatients*. Klinik Psikofarmakoloji Bulteni 2009; 19(4): 373–381.
14. Yoon G, Kim SW, Thuras P. *Alcohol craving in outpatients with alcohol dependence: Rate and clinical correlates*. J. Stud. Alcohol 2006; 67(5): 770–777.
15. Witkiewitz K, Bowen S. *Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention*. J. Consult. Clin. Psychol. 2010; 78(3): 362–374.
16. Witkiewitz K, Bowen S, Donovan DM. *Moderating effects of a craving intervention on the relation between negative mood and heavy drinking following treatment for alcohol dependence*. J. Consult. Clin. Psychol. 2011; 79(1): 54–63.
17. Evren C, Çetin R, Durkaya M, Dalbudak E, Çakmak D. *Relationship of alcohol craving with posttraumatic stress disorder and severity of general psychopathology in male alcohol dependent inpatients*. Noropsikiyatri Arsivi 2009; 46(1): 3–7.
18. Flannery BA, Poole SA, Gallop RJ, Volpicelli JR. *Alcohol craving predicts drinking during treatment: an analysis of three assessment instruments*. J. Stud. Alcohol 2003; 64: 120–126.
19. Joos L, Goudriaan AE, Schmaal L, De Witte NA, Van den Brink W, Sabbe BG i wsp. *The relationship between impulsivity and craving in alcohol dependent patients*. Psychopharmacology (Berl.) 2013; 226(2): 273–283.
20. Evren C, Durkaya M, Evren B, Dalbudak E, Cetin R. *Relationship of relapse with impulsivity, novelty seeking and craving in male alcohol-dependent inpatients*. Drug Alcohol Rev. 2012; 31(1): 81–90.
21. Anton RF, Moak DH, Latham P. *The Obsessive Compulsive Drinking Scale: a self-rated instrument for the quantification of thoughts about alcohol and drinking behavior*. Alcohol. Clin. Exp. Res. 1995; 19: 92–99.
22. Habrat B, Załoga B. *Skuteczność i tolerancja tianeptyny w leczeniu zaburzeń depresyjnych u pacjentów uzależnionych od alkoholu. Wieloośrodkowe badanie kontrolowane metodą podwójnie ślepej próby z użyciem fluwoksaminy*. Psychiatr. Pol. 2006; 40(3): 579–597.
23. Modell JG, Glaser FB, Mountz JM, Schmaltz S, Cyr L. *Obsessive and compulsive characteristics of alcohol abuse and dependence: quantification by a newly developed questionnaire*. Alcohol. Clin. Exp. Res. 1992; 16(2): 266–271.
24. Verheul R, Van Den Brink W, Geerlings P. *A three-pathway psychobiological model of craving for alcohol*. Alcohol Alcohol. 1999; 34: 197–222.
25. Martinotti G, Di Nicola M, Tedeschi D, Callea A, Di Giannantonio M, Janiri L. *Craving Typology Questionnaire (CTQ): A scale for alcohol craving in normal controls and alcoholics*. Compr. Psychiatry 2013; 54: 925–932.
26. Singleton EG, Tiffany ST, Henningfield JE. *Development and validation of a new questionnaire to assess craving for alcohol*. NIDA Res. Monogr. 1995; 153: 289.
27. Statham DJ, Connor JP, Kavanagh DJ, Feeney GF, Young RM, May J. i wsp. *Measuring alcohol craving: development of the Alcohol Craving Experience questionnaire*. Addiction 2011; 106(7): 1230–1238.
28. Wright FD. *Craving beliefs questionnaire*. W: Beck AT, Wright FD, Newman CF, Liese BS. red *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press; 2003.
29. Bohn MJ, Krahn DD, Staehler BA. *Development and initial validation of a measure of drinking urges in abstinent alcoholics*. Alcohol. Clin. Exp. Res. 1995; 19(3): 600–606.

30. Flannery BA, Volpicelli JR, Pettinati HM. *Psychometric properties of the Penn Alcohol Craving Scale*. Alcohol. Clin. Exp. Res. 1999; 23(8): 1289–1295.
31. Pombo S, da Costa NF, Figueira ML. *Are the binary typology models of alcoholism valid in polydrug abusers?* Rev. Bras. Psiquiatr. 2015; 37(1): 40–48.
32. Kim MJ, Kim SG, Kim HJ, Kim HC, Park JH, Park KS i wsp. *A study of the reliability and validity of the Korean version of the Penn alcohol craving scale for alcohol-dependent patients*. Psychiatry Investig. 2008; 5(3): 175–178.
33. Allen JP, Wilson VB. *Assessing alcohol problems. A guide for clinicians and researchers*. Second edition. Bethesda: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism; 2003.
34. Bętkowska-Korpała B, Kasprzak J. *Diagnoza nasilenia objawów uzależnienia od alkoholu przy pomocy Skali Rozwoju Uzależnienia od Alkoholizmu – wstępna prezentacja narzędzia*. W: Chodkiewicz J, Gąsior K red. *Wybrane zagadnienia psychologii alkoholizmu*. Warszawa: Difin; 2013. s. 42–66.
35. Umhau JC, Schwandt ML, Usala J, Geyer C, Singley E, George DT i wsp. *Pharmacologically induced alcohol craving in treatment seeking alcoholics correlates with alcoholism severity, but is insensitive to acamprosate*. Neuropsychopharmacol. 2011; 36: 1178–1186.
36. Kavanagh DJ, Statham DJ, Feeney GFX, Young RM, May J, Andrade J i wsp. *Measurement of alcohol craving*. Addict. Behav. 2013; 38(2): 1572–1584.
37. Skinner MD, Aubin JH. *Craving's place in addiction theory: Contributions of the major models*. Neurosci. Biobehav. Rev. 2010; 34(4): 606–623.
38. Schneckloth TD, Biernacka JM, Hall-Flavin DK, Karpyak VM, Frye MA, Loukianova LL i wsp. *Alcohol craving as a predictor of relapse*. Am. J. Addict. 2012; 21(1): 20–26.
39. Murphy CM, Stojek MK, Few LR, Rothbaum AO, MacKillop J. *Craving as an alcohol use disorder symptom in DSM-5: an empirical examination in a treatment-seeking sample*. Exp. Clin. Psychopharmacol. 2014; 22(1): 43–49.
40. Richardson K, Baillie A, Reid S, Morley K, Teesson M, Sannibale C. *Do acamprosate or naltrexone have an effect on daily drinking by reducing craving for alcohol?* Addiction 2008; 103(6): 953–959.
41. Tsui JI, Anderson BJ, Strong DR, Stein MD. *Craving predicts opioid use in opioid-dependent patients initiating buprenorphine treatment: A longitudinal study*. Am. J. Drug Alcohol Abuse 2014; 40(2): 163–169.
42. McKay JR. *Negative mood, craving, and alcohol relapse: can treatment interrupt the process?* Curr. Psychiatry Rep. 2011; 13(6): 431–433.

Adres: Jan Chodkiewicz
Zakład Psychologii Zdrowia
Instytut Psychologii UŁ
91-433 Łódź, ul. Smugowa 10/12

Otrzymano: 10.01.2015
Zrecenzowano: 8.03.2015
Otrzymano po poprawie: 20.03.2015
Przyjęto do druku: 20.03.2015