

14. EVALUAREA DEZNODAMANTULUI TRATAMENTULUI

Masurarea in evaluarea sanatatii este o prioritate exceptionala in zilele noastre. Dimensionarea institutiilor si managementul lor, efectivitatea metodelor de ingrijirea a sanatatii, balanta cost/beneficiu, alocarea resurselor, etc. nu se pot realiza decat pe baza unor indicatori confidenti si din ce in ce mai adecvati de evaluare. Comunitatea stiintifica internationala recunoste actualitatea acestor deziderate. In acest sens, indicatorii sanatatii populatiei si indicatorii ingrijirii sanatatii sunt expresia a doua dimensiuni separate. Indicatorii evaluarii ingrijirii sanatatii se impart in trei clase: (i) indicatorii inputului (personal, accesibilitate, dotare, finantare, etc.), (ii) indicatorii procesului (continutul activitatii personalului implicat in ingrijirea sanatatii si efectivitatea si eficacitatea interventiilor montate, etc.) si (iii) indicatorii deznodamantului sau „*outcome-ului*” (schimbarile in functionare clientilor, in activitatea si performanta lor, morbiditatea si mortalitatea, etc.)¹. Indicatorii deznodamantului sunt cei mai pretentiosi indicatori si greu de masurat, mai ales in domeniul ingrijirii sanatatii mentale. Morbiditatea si mortalitatea sunt considerate variabile prea grosiere si se cauta mereu noi indicatori cu inalta validitate, confidenta, specificitate si senzitivitate. In ultimul deceniu, s-au impus indicatorii subiectivi ai deznodamantului, respectiv functionarea sociala. Acest indicator include pe mai multe axe variabilele fizice, psihologice, sociale si de calitate a vietii pe care un individ le ia in considerare in mod global atunci cand judeca succesul unui interventii medicale suferite^{2,3}.

In domeniul alcoolismului, mult timp masurarea deznodamantului tratamentului a reprezentat o problema foarte dificila si foarte acuta. Aceasta evaluare ajuta sa se determine potentialul si utilitatea anumitor abordari si strategii terapeutice. Intrebari ca: “*a fost acest tratament unul de succes?*” sau

“*care este rata de succes a acestui tratament?*” sunt mereu puse in discutie si raspunsurile lor nu constituie decat o evaluare a deznodamantului. Din cauza faptului ca incetarea consumului de alcool a fost singurul indicator al unui deznodamant dezirabil si din cauza ca increderea in raportarile subiectilor sub tratament erau privite ca fiind putin confidente, evaluarea deznodamantului tratamentului alcoolismului a fost de multe ori o chestiune de multe ori ignorata sau mai bine zis, amanata. Mai important ramanea evaluarea ratei recaderii dupa o interventie terapeutica. Cu alte cuvinte, domeniile deznodamantului tin mai mult variabilele consumului de alcool, decat de cele legate de particularitatile si problemele subiectului.

Noua conceptie de interventie, numita reducerea daunelor (“*harm reduction*”) a modificat asteptarile unui tratament in cazul unui alcoolic si a largit focusul care acum include alaturi de abstinenta, si reducerea consumului si reducerea problemelor legate de consumul excesiv si a regenerat interesul pentru functionarea globala in viata de toate zilele, ca indicator global al deznodamantului general al unei terapii.

Babor (1988)⁴ arata diferentele care au aparut in domeniile evaluarii deznodamantului in functie de cum este conceptualizat alcoolismului. Astfel:

- atunci cand alcoolismul este privit ca o boala unitara, abstinenta este vazuta ca singurul deznodamant dezirabil ca raspuns la tratament sau ca succes; restul problemelor psihosociale, profesionale, etc. sunt vazute ca pasibil rezolvabile odata ce abstinenta se instaleaza;
- cand alcoolismul este vazut in cadrul unui model multidimensional, atat ca determinism cat si ca expresivitate si mod de tratament, abstinenta este un deznodamant asteptat dar nu unicul indicator al eficientei tratamentului. Astfel, functionarea in domeniile vietii cotidiene, adaptarea sociala, functionarea familiala, calitatea vietii pot fi indici

robusti ai succesului terapiei, mai ales ca imbunatatirea lor pot conduce la reducerea consumului, la mentinerea intr-o forma de tratament de lunga durata si pot preveni recaderile (*relapse prevention*)⁵.

Deci, ce ar trebui sa se masoare atunci cand se doreste evaluarea deznodamantului? Pentru ca deznodamantul sa fie masurat cu acuratete, trei factori trebuie evaluati: (i) pacientul si problemele lui inainte de tratament, (ii) tratamentul insusi si (iii) statutul pacientului dupa tratament. Pacientul trebuie evaluat inainte de tratament pentru a se stabili nivelul de disfunctie si pentru a fi caracterizat în mod standardizat pentru a se putea compara cu evaluarile ulterioare. Dupa tratament, pacientul trebuie evaluat la aceleasi variabile ca inainte de tratament. Variabilele aditionale sunt dezirabile în masura în care evalueaza satisfactia, modificarea expectantelor si calitatea vietii. Tabelul nr. 35 prezinta o schema si o lista a domeniilor si variabilelor care se reconada a fi folosite în evaluarea deznodamantului. Aceasta schema este inspirata din recomandarile Societatii californiene de medicina a addictiei (1990)⁶ si cuprinde domeniile recomandate pentru evaluarea deznodamantului: (i) implicarea în consumul de alcool, (ii) consumul altor substante, (iii) statutul sanatatii fizice, (iv) statutul sanatatii psihice, (v) functionarea sociala, (vi) sistemul de suport social si (v ii) felul resurselor de tratament folosite.

Implicarea în consumul de alcool, ca prim domeniu de evaluare, cuprinde trei dimensiuni care au relevanta pentru masurarea deznodamantului: (i) consumul de alcool, (ii) dependenta si (iii) consecintele negative (problemele date de consumul de alcool). Dupa orice fel de tratament, evaluarea deznodamantului presupune si recoltarea unor probe biologice care sa indice daca subiectul a reluat consumul de alcool si cu ce amploare.

Domeniul	Variabila	Indicatorul	Instrumentul de evaluare
Implicarea în consumul de alcool	Abstinenta Consumul	<ul style="list-style-type: none"> - Nr. de zile de abstinenta - Nr. zile de la tratament pana la prima bautura - Nr. mediu de drinkuri/zi - Nr. drinkuri/zi în zilele în care bea - Nr. maxim de drinkuri pe zi - Indicatori biologici 	<ul style="list-style-type: none"> - Addiction Severity Index: scala alcool si drog - MAST - Cantitate/frecventa - Nivelul sanghin al alcoolului - GGT
Folosirea altor droguri	Felul drogurilor	<ul style="list-style-type: none"> - nr. zile de consum - doza în zilele de consum - calea de administrare 	<ul style="list-style-type: none"> - Addiction Severity Index: scala alcool si drog
Sanatatea fizica	Simptome Utilizarea serviciilor medicale	<ul style="list-style-type: none"> - plangerile subiectului - nr. zile utilizare servicii medicale 	<ul style="list-style-type: none"> - Addiction Severity Index - Auto-raportarea subiectului
Functionarea psihica si bunastarea	Simptome si dizabilitati psihice Calitatea vietii	<ul style="list-style-type: none"> - plangerile subiectului sau a celorlalti 	<ul style="list-style-type: none"> - Brief Psychiatric Rating Scale - Addiction Severity Index: Psychiatric Status - WHO Quality of Life
Functionarea sociala	Functionarea profesionala Functionarea familiala Functionarea în comunitate	<ul style="list-style-type: none"> - Statutul profesional - Nr. zile lucrate - Performanta de lucru - Consumul la locul de munca - Relatiile maritale - Functionarea familiala - Implicarea în viata domestica - Comportamentul social - Comportamentul cetatenesc - Statutul juridic 	<ul style="list-style-type: none"> - Addiction Severity Index: Family/Social Relationships Scale - Addiction Severity Index: Legal Status Scale
Suportul social	Calitatea relatiilor sociale Intinderea relatiilor sociale Satisfactia		<ul style="list-style-type: none"> - Social Support Scale of Sarrason

Tabelul Nr. 35: Domeniile evaluarii deznodamantului (Longabaugh, 1991)⁷

Consumul altor substante, consum care poate fi concomitent cu cel al alcoolului, este un domeniu de foarte mare importanta. Consumul altor substante precum benzodiazepinele, hipnoticele sau sedativele sau a drogurilor ilicite, este destul de uzitat de alcoolici si influenteaza puternic tot spectrul problemelor si a metodele de tratament.

Statutul sanatatii fizice si statutul sanatatii psihice sunt alte domenii importante de evaluat si ele constituie de multe ori ecranul pe care se proiecteaza consecintele consumului excesiv de alcool si, în consecinta, aici poate deveni evident deznodamantul unui program de tratament.

Functionarea sociala, intelegand aici functionarea în domeniul profesional, în spatiul comunitar si în viata domestica este un indicator fidel al dizabilitatilor pe care consumul de alcool le genereaza si al reabilitarii lor dupa un tratament adecvat.

Reabilitarea sistemului de relatii al subiectului, relatii care constituie suportul social, reprezinta un alt indicator al unui deznodamant pozitiv al tratamentului. Recuperarea relatiilor emotionale si de suport, cu persoane semnificative, printre care familia detine primul loc, va conduce la generarea unui sistem de tamponare a evenimentelor negative, evenimente care de multe ori sunt triggerii de consum a bauturilor alcoolice si aparitia recaderii.

În fine, utilizarea resurselor terapeutice, amploarea acestora, timpul utilizarii lor, adecvarea lor, participativitatea, retentivitatea în program, satisfactia, sunt alti indicatori care contureaza deznodamantul unui program de tratament.

Din cauza multitudinii indicatorilor deznodamantului, dintre care cei mai importanti au fost mentionati mai sus, au fost propuse mai multe categorii de evaluare ale unui deznodamant global al tratamentului alcoolicului. În

tabelul nr. 36 se prezinta succint categoriile deznodamantului asa cum ele au fost raportate de diversi autori.

Autorul	Categoriile deznodamantului	Indicatorii de evaluare
Heather & Tebbutt (1989)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abstinent 2. Bautor neproblema 3. Bautor ameliorat 4. Neameliorat 	<p><u>Abstinent:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Total abstinent • În majoritate abstinent <p><u>Bautor neproblema</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlat (nicioadata beat) • În majoritate controlat • Necontrolat <p><u>Bautor ameliorat</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Mult ameliorat • Ceva ameliorat <p><u>Neameliorat</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • În aceeași stare • Mai rău • Decedat
Miller și colab. (1992)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abstinent pentru 12 luni 2. Bautor fără simptome (12 luni) 3. Ameliorat dar afectat (12 luni) 4. Non-remitent (12 luni) 	<p><u>Bautor fără simptome:</u> consum în continuare dar nu are afectări date de alcool, nu prezintă consum patologic, nu are limite specifice de consum și nu are teste biologice/neuropsihologice pozitive;</p> <p><u>Ameliorat dar afectat:</u> baut și simptomatologie substanțial redusă dar semne specifice de abuz/dependență</p> <p><u>Non-remitent:</u> bautul duce la consecințe negative și/sau simptome de dependență similare cu cele anterioare tratamentului</p>
Sanchez-Craig și colab. (1984)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abstinent 2. Moderat/fără probleme 3. Moderat/cu probleme 4. Puternic/fără probleme 5. Puternic/cu probleme 	<p><u>Bautul moderat:</u></p> <p>≤ 4 drinkuri/zi</p> <p>≤ 20 drinkuri/săptămână</p>
Taylor și colab. (1985)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abstinentă 2. Baut social ușor 3. Baut cu tulburări 	<p><u>Baut social ușor:</u> mai puțin de 6, 7 drinkuri în orice zi a săptămânii pentru cel puțin 3 luni consecutive, fără simptome sau consecințe</p> <p><u>Baut cu tulburări:</u> peste 6, 7 drinkuri în orice zi a lunii, sau simptome de dependență sau consecințe</p>
Watson (1987)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Abstinentă 2. Control complet 3. Control majoritatea timpului 4. Control sub ½ din timp 5. Fără control 6. Spitalizare pentru alcool 	Controlul bautului este acel consum care nu interferează cu viața personală, relațiile cu alții și cu munca.

Tabelul Nr. 36: Categoriile deznodamantului global și indicatorii lui (Zweben și Cisler, 1993)⁸

Pentru cititorul interesat de o metoda practica de a evalua global deznodamantul si pentru evaluarea standardizata a lui, prezentam criteriile lui Zweben si Cisler (1993)⁸, criterii care ni se par adecavte modului traditional de a privi rezultatul tratamentului alcoolismul în spatiul nostru cultural. Astfel, acesti autori impart rezultatul sau deznodamantul tratamentului în trei categorii globale: “succes”, “echivoc” si “esec” si fiecare dintre acestea se impart la randul lor în mai multe categorii, în total sapte, conform Tabelului nr. 37 care prezinta si definitiile/criteriile de includere în aceste ultime categorii

DEZNODAMANTUL GLOBAL

“SUCCES”		“ECHIVOC”		“ESEEC”		
Abstinent	Baut usor fara probleme	Baut usor cu probleme	Baut puternic fara probleme	Baut puternic cu probleme	Baut puternic cu probleme si tratament	Mortalitate

Definitii/criterii:

Abstinent:

Lipsa oricarui consum

Baut usor:

< 6 drinkuri în fiecare zi sau în fiecare ocazie

< 30 drinkuri în fiecare zi sau în fiecare ocazie

< 80 mg% concentratie alcool în singe în fiecare ocazie

Baut puternic:

≥ 6 drinkuri în oricare zi

≥ 30 drinkuri în oricare saptamana

≥ 80mg% varful concentratiei sanghine în fiecare episod

Cu probleme:

≥ 1 consecinta negativa legata de alcool

≥ 1 simptom de abuz sau dependenta

Fara probleme:

Fara nici o consecinta negativa sau simptom de abuz sau dependenta

Tratament:

Pentru detoxificare, tratament spital general pentru boli date de alcool sau spital psihiatric pentru tratamentul specific alcoolismului

Mortalitate:

Moarte legata direct de consecintele consumului excesiv de alcool.

Tabelul Nr. 37: Categoriile deznodamantului global al tratamentului alcoolismului utilizand criteriile de consum, simptomele si problemele date de consum si mortalitatea (Zweben & Cisler, 1993)⁸

În toate aceste ipostaze, rezultatul a fost măsurat de observatorul independent sau de profesioniștii implicați în derularea programului de tratament. Dar acest deznodământ este puternic influențat și de expectațiile pe care subiectul incriminat le are față de deznodământul așteptat de el prin parcurgerea tuturor etapelor și procedurilor terapeutice. Așa dar, pe lângă deznodământul așteptat de terapeuți, există și așteptări ale subiectului asupra rezultatului tratamentului.

Solomon și Annis (1989)⁹, de la Addiction Research Foundation din Toronto, unul din cele mai prestigioase centre internaționale de cercetări în domeniul alcoolismului, au dezvoltat Scala deznodământului așteptat (“*Outcome Expectancy Scale – OES*”) care se bazează pe teoria că procesele cognitive mediază schimbările comportamentale iar direcția așteptărilor cognitive ale subiectului asupra rezultatului tratamentului va determina și direcția în care comportamentul lui de consum se va îndrepta. Conform teoriei auto-eficacității a lui Bandura (1986)¹⁰, eficacitatea și rezultatul sunt strâns legate de ce oamenii anticipează despre aptitudinea personală de a face față anumitor situații. Astfel, dacă un alcoolic anticipează că abținerea sau controlarea consumului va duce la izolarea de prieteni sau la o inabilitate de a fi spontan și încrezător, atunci asemenea scopuri ale tratamentului nu vor fi atractive pentru pacient și vor fi puțin probabil de a fi atinse în ciuda eforturilor terapistilor. Scala OES are 34 itemi și prin analiză factorială i s-a conturat două subscale: subscale “beneficiului” care conține 21 itemi care evaluează avantajele și așteptările pozitive obținute prin reducerea sau oprirea bautului și subscale “costului”, care conține 13 itemi, care descrie dezavantajele și rezultatul negativ al reducerii sau stopării bautului. Fiecare item este cotate pe o scală Likert cu 5 puncte.

Scala Rezultatului Asteptat *Outcome Expectancy Scale*

Mai jos sunt inventariate un numar de situatii care apar cand cineva se opreste din bautura sau isi schimba modul în care bea. Indicati cat de mult ati dori-o daca fiecare din situatiile de mai jos vi s-ar intampla. Puneti un semn în cazuta care se potriveste cu raspunsul Dumneavoastra.

Doresc foarte mult	Doresc intru- catva	Nu mi s-ar intampla	Imi displace intrucatva	Imi displace foarte mult
--------------------------	---------------------------	---------------------------	----------------------------	-----------------------------

1. Astept ca viitorul sa fie mai bun
2. Astept ca sa ma bucur mai mult de viata
3. Astept ca lumea sa-mi para mai buna
4. Astept sa fiu mai sigur pe picioarele mele
5. Astept sa-mi fac mai bine munca mea
6. Astept sa fiu mai sanatos
7. Astept sa fiu mai relaxat si increzator în altii
8. Astept sa fiu mai fericit
9. Astept ca mintea sa-mi fie mai clara
10. Astept ca altii sa ma respecte
11. Astept sa fiu mai increzator în puterile mele
12. Astept sa ma respect mai mult
13. Astept sa fiu mai prietenos si generos
14. Astept sa simt ca controlez lucrurile
15. Astept ca lucrurile sa fie mai bune cu seful si colegii de serviciu
16. Astept ca sa pot sa-mi exprima mai usor sentimentele fata de altii
17. Astept sa ma simt mai bun

	Doresc foarte mult	Doresc intru- catva	Nu mi s-ar intampla	Imi displace intrucatva	Imi displace foarte mult
18. Astept sa ma bucur mai mult de viata sexuala					
19. Astept sa am mai multa energie cand fac ceva					
20. Astept sa am mai multa pofta de mancare					
21. Astept ca slujba mea sa fie mai sigura					
22. Astept sa ma simt trist					
23. Astept sa ma simt singur					
24. Astept sa ma izolez de ceilalti					
25. Astept sa ma simt impins de ceilalti sa beau					
26. Astept sa fiu plictisit					
27. Astept sa fiu indispus si suparacios					
28. Astept ca prietenii mai de bautura sa ma evite					
29. Astept sa ma simt parasit cand ceilalti beau					
30. Astept sa mi se ofere de baut de catre prieteni					
31. Astept sa simt un impuls sa beau cand vad bautura sau ma gandesc la ea					
32. Astept sa simt o pofta de baut cand sunt în locurile în care de obicei consumam bauturi alcoolice					
33. Astept sa fiu imbiat sa beau					
34. Astept sa simt o nevoie brusca sa beau					

Subscala “beneficiu”: itemii 1-21

Subscala “cost”: itemii 22-34

Bibliografie:

- ¹ Jenkins R: Toward a system of outcome indicators for mental health care, *Brit.J.Psychiatry*, 1990,157:500-514
- ² McDowell I & Newell C: *Measuring Health: A Guide to Rating Scale and Questionnaire*, Oxford: Oxford University Press, 1987
- ³ Thornicroft G, Tansella M: *Mental Health Outcome Measures*, Berlin, Heidelberg: Springer, 1996
- ⁴ Babor TF, Dolinsky Z, Rounsaville B, Jaffe J: Unitary versus multidimensional models of alcoholism treatment outcome: An empirical study, *J.Stud.Alcohol*, 1988,49:167-177
- ⁵ Longabaugh R, Mattson ME, Connors GJ, Cooney NL: Quality of life as an outcome variable in alcoholism treatment research, *J.Stud.Alcohol (suppl)*,1994,12:119-129
- ⁶ California Society of Addiction Medicine: *Proposed Recommendations for measurement of Outcome in Research on Treatment Efficacy*, Oakland: the Society, 1990
- ⁷ Longabaugh R: Monitoring treatment outcomes, *Alcohol Health & Research World*, 1991,15:189-200
- ⁸ Zweben A, Cisler RA: Assessing global outcomes in alcohol treatment research, paper presented at the Annual Meeting of the Research Society on Alcoholism, San Antonio TX, June, 1993
- ⁹ Solomon KE & Annis HM: Development of a scale to measure outcome expectancy in alcoholics, *Cognitive Therapy Research*, 1989,13:409-421
- ¹⁰ Bandura A: *Social Foundations of Thought and Action*, Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1986