

Responsivitatea interna si validitatea predictiva a instrumentului Organizatiei Mondiale a Sanatatii – Inventarul de Evaluare a Dizabilitatii versiunea II-a (*World Health Organization –Disability Assessment Schedule, WHO-DAS -II*) si gradul de utilizare a serviciilor de ingrijire in cazul alcoolicilor dependenti. Rezultate obtinute in cadrul unui program de reabilitare pentru alcoolici.

Radu VRASTI¹, Daniel CHISHOM², Luis PRIETO², Somnath CHATTERJI^{2,3}, Bedirhan USTUN²

(¹in present la Interfaith Institute of Couple and Family Therapy, Kitchener-Waterloo, Ontario, Canada, in trecut la Spitalul de Psihiatrie si Masuri de Siguranta Jebel, Timis; ²World Health Organization, Geneva, Switzerland; ³National Institute of Mental Health, Bangalore, India)

Abstract: *As part of the WHO field trial on validity and reliability of the WHO-DAS II, instrument designated for assessment of disablement related to mental disorders, authors evaluated the sensitivity of this instrument for change in a sample of dependent alcoholics involved in a 8-week rehabilitation program. Parallel, it was assessed the service utilization and satisfaction with services of alcoholic dependent patients. Eighty alcoholic dependent patients has been assessed with WHO-DAS II (self and proxy forms) and two comparators (London Handicap Scale and Global Assessment of Functioning) at baseline and after 8 weeks of rehabilitation program. The WHO-DAS II appear to have a good sensitivity of change comparable with LHS and GAF. Also, it has a good internal and convergent validity. Throughout the Service Utilization Questionnaire was capture health care services used by alcoholics, the patients' perception of treatment services and the general impact of rehabilitation program. The psychiatric inpatient and outpatient facilities appeared to have the main burden comparing with other health care institutions. The main satisfaction with services is related with clinical improvement and social stigma/embarrassment reduction.*

In ultimii ani aprecierea impactului bolii si a efectivitatii interventiilor de ingrijire a sanatatii s-a mutat de la evaluarea clinica, facuta prin cuantificarea severitatea simptomelor sau prin indicatori de mortalitate, spre o apreciere holistica care cuprinde alte consecinte ale boli precum dizabilitatea si functionarea, calitatea vietii, nevoia de servicii si satisfactia generata de utilizarea lor (Huxley & Warner, 1992, Murray & Lopez, 1996).

In ciuda cresterii exponentiale a noilor masuratori ale deznodamantului bolii (*outcome*) deznodamantului, multe instrumente au fost dezvoltate fara o referire clara la un concept de baza care sa permita ulterior sa se faca comparatii intre diferite populatii clinice sau intre grupuri culturale distincte. Recenta lucrare Clasificarea Internationala a Functionarii, Dizabilitatii si Sanatatii a Organizatiei Mondiale a Sanatatii, numata si Clasificarea

Internationala a Functionarii (International Classification of Functioning, Disability and Health - ICF, WHO, 2001) furnizeaza un astfel de cadru conceptual care include definitii operationale ce pot fi conectate la proceduri de evaluare si cuantificare a functionarii si dizabilitatii in diferite domenii. ICF este un instrument esential pentru identificarea si masurare a eficacitatii si efectivitatii serviciilor de reabilitare si are o buna validitate si confidenta demonstrate in studii cross-culturale (Ustun si colab. 2003).

Ca parte a acestei activitati de clasificare si evaluare a dizabilitatilor, OMS a dezvoltat un nou instrument de masura a dizabilitatii si functionarii numit World Health Organization – Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS II) care este bazat pe conceptele din ICF. Acest instrument cuprinde 36 intrebari care sunt grupate in 6 capitole corespunzator celor sase domenii ale dizabilitatii pe care le evalueaza: cognitie, mobilitate, ingrijire proprie, interactiune interpersonală, activitati de viata si participarea in societate. In final WHO-DAS II furnizeaza un scor total si scoruri pentru toate cele 6 domenii evaluate. Acest nou instrument a demonstrat bune calitati psihometrice de validitate si confidenta in studii cross-culturale intreprinse sub egida OMS (Ustun si colab. 2004; Epping-Jordan, 2004) sau in diferite studii nationale (Vazquez-Barquero si colab, 2000; Chwastiak si Von Korff, 2003). O versiune scurta cu 12 itemi, dedicata screeningului a fost la fel dezvoltata si testata (Chatterji si colab. 2004).

WHO-DAS-II a fost conceput ca un instrument capabil sa masoare starea de sanatate generala a individului, acesta putand fi folosit atat in cercetari epidemiologice cat si in domeniul clinic sau al studierii nevoilor de servicii. Privitor la acest ultim aspect, de economie sanitara, autorii au dorit sa determine 1) marimea cu care WHO-DAS-II este capabil sa sesizeze schimbarile in statutul de sanatate dupa efectuarea unei interventii recuperatorii (*responsivitatea interna sau sensibilitatea la schimbare*) si 2) corelatiile dintre schimbarile in scorurile WHO DAS II si anumiți comparatorii care au masurat functionarea si starea clinica a subiectilor (*responsivitatea externa*).

Este stiut ca exista o saracie remarcabila a datelor stiintifice referitoare la dizabilitatile sau “burdenul” pe care alcoolismul le genereaza. La fel sta situatia privitor la impactul pe care interventiile serviciilor de sanatate le are asupra outcome-ului indivizilor cu dependenta de alcool. Aceasta se poate explica in parte prin lipsa unor instrumente sensibile si confidente capabile sa masoare starea de sanatate sau situatia indivizilor cu dependenta alcoolica; aceasta lipsa este tocmai ceea ce isi propune sa acopere instrumentul WHO-DAS II. Majoritatea studiile inventariate de noi au avut ca focus estimarea costurilor sociale ale alcoolismului

(Goetzel si colab. 1999; Varney si Guest 2002),, a burdenului social sau a angajatorilor persoanelor cu alcoolism (Harter si colab. 2002; Feng si colab, 2001), influenta asupra serviciilor de sanatate (Donkin si colab. 2000) si a comunitatii (Weisner si Schmidt, 1995) sau a burden-ului “national” (Rise, 1995; Xie si colab. 1999; Brecht si colab. 1998; Nakamura si colab. 1993).

Metoda

Scopul acestui studiu este de a evalua

- senzitivitatea instrumentului WHO DAS II la schimbarile petrecute in timpul unui program de terapie pentru dependenta etanolica;
- gradul de utilizare a serviciilor implicate in tratamentul dependentei de alcool si a “burden-ul” familial.

Subiectii:

Subiectii au fost recrutati din pacientii aflati in prezent sau in trecut in ingrijirea Spitalul de Psihiatrie si pentru Masuri de Siguranta Jebel, Timis, subiecti care au fost inclusi intr-un program de terapie/reabilitare pentru dependenta de alcool si problemele conexe acesteia. Subiectii au fost informati despre scopul si cerintele studiului si s-a obtinut consimtamantul lor pentru evaluarile ulterioare si pentru folosirea membrilor de familie sau a cunoscutilor apropiati (informanti proximali) pentru infomatii aditionale. Nu au fost luati in studio subiectii care nu au putut sa furnizeze informanti proximali. Toti subiectii au avut criteriile diagnostice de dependenta etanolica conform Clasificarii Internationale a Bolilor a OMS (cod F10.2). Au fost exclusi din studiu acei subiecti care au avut afectari cognitive, elemente psihotice sau comorbiditate cu tulburari psihiatrice majore sau tulburari severe de personalitate.

Subiectilor luati in studiu si care au fost externati inainte de a termina programul de reabilitare intraspitalicesc au fost urmariti la nivelul medicului psihiatru din ambulator (centru de sanatate sau cabinet privat de psihiatrie) sau a medicului de familie in sarcina carora a fost predat.

Programul de reabilitare folosit in acest studiu a urmat doua modele alternative: (i) programul a inceput cu internarea intr-un serviciu spitalicesc in cazul sevrajului sau a altor probleme fizice date de consumul de alcool urmat de o ingrijire psihiatrica si/sau psihologica in ambulator si ingrijire prin medicul de familie; (ii) programul a rulat de la inceput in

ambulator, subiectul fiind capabil de a respecta toate procedurile terapeutice si recuperatorii fara o stricta supraveghere din partea personalului medical. In ambele situatii, programul de reabilitare cuprinde o componenta de terapie psihofarmacologica (de ex. neuroleptice, benzodiazepine, hipnotice, etc.), in cazuri adecvate o cura adversiva cu disulfiram, cure psihoterapice (in special cognitiv-comportamentale), terapie de grup (de ex. sport, muzica, activitati de club), si terapie ocupationala.

Evaluari:

Toti subiectii care au intrat in studiu au fost intervievati la admiterea in programul de reabilitare (internare, vizita in ambulator, etc.) ceea ce reprezinta *timpul I* si din nou 8 saptamani mai tarziu, ceea ce reprezinta *timpul II* de evaluare. Urmatoarele instrumente au fost administrate:

WHO-DAS II: Atat pacientul cat si informantul lui proximal (de regula un membru de familie) au completat versiunea cu 36 itemi a Inventarului de evaluare a dizabilitatii. Aceasta versiune furnizeaza un scor total de dizabilitate (*DASTOT*) si un scor al dizabilitatii in sase domenii explorate: intelegerea si comunicarea cu lumea din jur (cognitia), miscarea si deplasarea (mobilitatea), ingrijirea proprie (igiena personala, imbracatul, mancatul si descurcatul singur), intelegerea cu alti oamenii (relatiile interpersonale), activitatile de zi cu zi (responsabilitatile domestice, munca, timp liber) si participarea in societate (participarea in activitati comunitare). Atat scorul total cat si scorurile pe domenii sunt impartite in scorurile furnizate de pacient (scorurile "*self*") si cele furnizate de informantul proximal (scorurile "*proxy*").

London Handicap Scale (LHS): Scala London de evaluare a handicapului este comparatorul primar pentru testarea responsivitatii inventarului WHO DAS II. Aceasta scala furnizeaza o evaluare sumara, cantitativa, a handicapului asa cum era definit in vechea clasificare a dizabilitatii si handicapurilor (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, WHO, 1980) masurat in sase subscale si in 6 trepte de severitate ce cuantifica dezavantajul in mobilitate, independenta fizica, orientare, ocupatie, integrare sociala si independenta economica (Harwood et al, 1994).

Global Assessment of Functioning (GAF): Al doilea comparator utilizat in studiul de fata a fost Scala functionarii globale (American Psychiatric Association, 1987). Aceasta scala este o versiune mai noua a vechii scale dezvoltate de Endicott si colab (1976) si furnizeaza o impresie globala a functionarii bazata pe o judecata clinica. Scorul scalei merge de la 100, scor ce reprezinta individual sanatos la 1 ce reprezinta individual cel mai afectat.

Chestionarul de folosire a serviciilor (Service utilisation questionnaire-SUQ): este o forma scurta si adaptata dupa "Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory" (CSSRI) dezvoltat de Chisholm si colab. (2000) cu scopul de a culege date despre: 1) serviciile de ingrijire folosite de subiect (incluzand internarile in spital, participarea la programul de reabilitare, ingrijiri ambulatorii de specialitate sau la nivel de medic de familie); 2) medicatia psihotropa administrata; 3) perceptia subiectilor relativ la serviciile de tratament, and 4) afectarea activitatii productive sau a oportunitatilor de munca a pacientilor si afectarea membrilor de familie. Dupa cum se constata, acest instrument este destinat sa cuantifice gradul de utilizare a serviciilor de sanatate de catre alcoolici, satisfactia fata de acestea si povara pe care alcoolismul o aduce subiectului si familiei lui.

Analiza responsivitatii

Pentru evaluarea responsivitatii WHO-DAS II a fost folosita o strategie analitica comuna cu studiile efectuate in cazul altor boli sau arii geografice cu scopul de a putea face comparatii intre aceste studii. In acord cu recomandarile recente (Husted et al, 2000), noi am facut distinctia dintre *responsivitatea interna*, definita ca senzitivitatea fata de schimbarea a variabilei luate in studiu de-a lungul programului si *responsivitatea externa* care este data de marimea cu care aceasta schimbare coreleaza sau corespunde cu o referinta externa (comparator).

- Responsivitatea interna: Doua masuratori ale responsivitatii interne au fost utilizate, marimea efectului standardizat (*effect size I sau ES I*) si media raspunsului standardizat sau coeficientul responsivitatii la tratament (*effect size II sau ES II*). ES I este definit ca diferenta in media scorurilor la timpul I si II impartita la deviatia standard a mediei scorurilor la timpul I ($\Delta \text{ medie} / DS_1$), in timp ce ES II foloseste ca numitor deviatia standard a modificarilor pe care le-a suferit scorul ($\Delta \text{ medie} / \Delta DS$). Noi preferam masurarea ES II pentru ca reprezinta variabilitatea in cadrul esantionului a modificarii scorurilor individuale intre timpul I si II al evaluarii dar noi vom retine si masurarea ES I

in interesul comparabilitatii cu alte studii In fond, acest coeficient masoara raportul dintre schimbarea petrecuta la subiectii studiati sub influenta programului si variabilitatea intragrup, cu alte cuvinte cat de mare este schimbarea pe unitatea de variatie.

- Responsivitatea externa: In absenta unui “*gold standard*” cu care sa fie apreciata probabilitatea cu care WHODAS II clasifica corect subiectii evaluati ca fiind ameliorati sau neameliorati intr-un program de reabilitare, considerate ca si *validitate predictiva*, noi am folosit doua instrumente de masurare a dizabilitatilor, GAF si LHS ca si comparatori externi fata de care au fost interpretate rezultatele obtinute cu inventatul WHO-DAS II. In afara de aceste instrumente, pentru comparare s-a folosit si evaluarea facuta de informantul proximal.

Rezultate

Caracteristicile sociodemografice ale esantionului

In tabelul 1 sunt infatisate caracteristicile sociodemografice ale populatiei clinice folosite. Dupa excluderea subiectilor care nu au completat toate procedurile (cazurile care au au completat toate cele 8 saptamani de program de recuperare, cazurile care nu au avut evaluari ale informantului proximal, etc.) au ramas 80 subiecti din care 69 alcoolici (86%) sunt barbati. Media de varsta a lotului a fost de 45.5 ani (cu extreme 28-61) cu o medie a anilor de educatie de 11.4 ani (cu o plaja de 6-17). Aproape jumatate au fost angajati in munca (45%), in timp ce 23% au fost someri sau fara ocupatie si 26% pensionari. Mai mult de jumatate din subiecti (53%) sunt casatoriti si 33% erau la momentul studiului divortati sau separati.

Schimbarile in nivelul dizabilitatii si functionarii

Scorurile medii si deviatiile statistice pentru domeniile de masura ale inventarului WHO-DAS II (completat de subiect si de membrul de familie), pentru scala London Handicap Scale – LHS (completate de subiect) si pentru scala Global Assessment of Functioning – GAF (completate de clinician) sunt prezentate in Tabelul 2 si 3. Valorile mai mari reprezinta un grad mai mare de dizabilitate la WHO-DAS II, o mai buna functionare la GAF si un handicap mai mic la LHS. Din tabelul 2 se observa ca responsivitatea interna a inventarului WHO DAS II, evaluata conform indicelui “*Effect Size IP*” este satisfacatoare pentru scorul total

furnizate de evaluarea “self” (DASTOT-*self*), aproximativ similara cu cea data de London Handicap Scale (LHS), cu alte cuvinte scorul total reflecta cu sensibilitate schimbările petrecute în structura dizabilităților unui subiect care a fost supus unui program care avea ca scop ameliorarea acestora. Scorul DASTOT-*proxy*, scor furnizat de evaluarea făcută de un informant proximal (un membru de familie în cazul nostrum) arată o sensibilitate bună la schimbare, respectiv se poate considera că citește cu acuratețe fenomenul.

În tabelul 3 se compară modul de “citire” a dizabilității și funcționării în cele două momente ale evaluării a scalelor WHO-DAS II, LHS și GAF. Se constată că atât evaluarea *self* cât și cea *proxy* a scalei WHO-DAS II este statistic semnificativ comparabilă cu cea efectuată de celelalte două instrumente folosite pentru comparație. Se poate spune că instrumentul aflat în atenția noastră citește tot atât de bine dizabilitățile și funcționarea subiectului ca și alte instrumente internaționale cu reputație, cu alte cuvinte el este adecvat scopului pentru care a fost construit.

Programul de reabilitare și utilizarea serviciilor

În tabelul Nr. 4 se prezintă “ingredientele” programului tipizat de reabilitare pe care l-a parcurs subiectii aflați în studiul nostru și gradul de utilizare a serviciilor medicale. Se observă că cel mai utilizat serviciu de sănătate a fost cel oferit de medicul de familie și rețeaua primară (în 72 cazuri), urmat de terapia de grup (70 cazuri), terapia psihiatrică ambulatorie (66 cazuri) și internarea spitalicească (62 cazuri). Dacă în decursul celor 8 săptămâni medicul de familie a fost vizitat în medie de 1,74 ori, iar psihiatru ambulatoriu de 4,70 ori, internarea în secția de psihiatrie a durat în medie 28.16 zile, iar terapia de grup sau suportivă (ergoterapie, club, etc.) a durat 17,04 zile. În termen de încărcare (*burden*) al serviciilor se înțelege ușor că greutatea cea mai mare o suportă serviciile intraspitalicești și îngrijirea psihiatrică ambulatorie care contribuie și cel mai mult la ameliorare (vezi tabelul Nr. 5).

În ceea ce privește medicația utilizată (vezi tabelul Nr. 6), se constată că benzodiazepinele au fost cele mai utilizate atât înainte de intrarea în programul de reabilitare (la evaluarea baseline) cât și în cadrul programului. Medicația care a fost schimbată semnificativ odată cu intrarea în programul de reabilitare a fost reprezentată tot de benzodiazepine urmate de disulfiram. Restul categoriilor medicamentoase urmează la mare distanță.

In tabelul Nr. 7 se infatiseaza informatiile furnizate de subiecti privitor la perceptia barierei in accesul la tratament si asupra calitatii tratamentului la intrarea si la terminarea programului de reabilitare. Aproape jumatate din subiecti considera distanta si usurinta de abordare a institutiei sanitare ca o bariera in accesul la tratament si perceperea acestei constrangeri creste cu 10% dupa 8 saptamani. Alta schimbare negativa majora este legata de efectele negative ale medicamentelor care a fost citata de un subiect din cinci la basline si citata de un subiect din doi la iesirea din program. O evolutie contrara a avut-o stigma si jena legata de diagnostic, ea scazand de la 35% la 17% din subiecti., cu alte cuvinte doar 17 subiecti ar resimti jena sau stigma in abordarea institutiilor de ingrijire. Perceperea efectivitatii tratamentului de asemenea creste in cele 8 saptamani de program. Raman doua bariere potentiale, costul si calitatea ingrijirii, care au ramas neschimbate in acest rastimp.

DISCUSSION

Desi multi profesioniști sunt inclinati sa echivaleze diagnosticul cu o evaluare prognostica, multe studii efectuate in ultimele decenii au aratat ca diagnosticul nu poate conduce la automat la aprecierea deznodamentului bolii. Mai adecvat pare ca deznodamentul unei afectiuni se poate masura in termeni de limitare a functionarii sau a participarii unui individ aflat intr-o anumita conditie de sanatate dupa o afectiune oarecare (Pull, 1998).

In cadrul studiului cooperativ dintre Organizatia Mondiala a Sanatatii (Geneva) si Institutul National de Sanatate (Bethesda, SUA) referitor la evaluarea si clasificarea dizabilitatilor legate de tulburarile mentale si de consumul de alcool si droguri, dupa trecerea in revista a peste 300 de instrumente de evaluare a dizabilitatilor si a opiniei critice a multor experti din domeniu, s-a conturat versiunea 2-a a instrumentului WHO-DAS (Chatterji, 1998). WHO-DAS II a fost construit astfel ca sa implineasca cu rigurozitate norme inalte de validitate, confidenta si sensibilitate la schimbare. Un studiu pre-pilot a fost intreprins in 5 tari si apoi un studiu de validitate si confidenta a fost intreprins in 18 tari printre care a facut parte si centrul nostru (Rhem, 1998).

Studiul de fata arata ca WHO-DAS II prezinta o buna sensibilitate la schimbare (responsivitate interna) evaluata in cadrul unui program de terapie cu doua puncte de evaluare, la intrarea in program si dupa 8 saptamani. Cu alte cuvinte, instrumentul, desi este construit in jurul a 6 domenii ale procesului de dizabilitare, este destul de sensibil la schimbarile in general cu subiecti alcoolici aflati in tratament pentru plangeri diverse, multe din ale altelor decat cele pe care le contine WHO-DAS II in mod implicit. Lucru acesta s-a dovedit valabil si in cazul depresiei sau durerii de spate cand WHO-DAS II s-a dovedit acurat

in evaluarea schimbarii la bolnavii tratati in retea primara pentru aceste afectiuni (Chwastiak & Von Korff, 2003).

Validitatea concurentiala facuta prin compararea scorurilor la WHO-DAS II si a celor doi comparatori utilizati (LHS si GAF) arata ca instrumentul aflat in analiza noastra are capacitatea de a masura procesul de dizabilitate, scop pentru care a fost construit. In studiul mentionat deja, Chwastiak si Von Korff (2003) au utilizat un alt comparator numit 36 Item Short Form Health Survey (SF36), instrument destinat masurarii outcome-ului general al afectiunilor medicale si au constatat o buna corelatie a scorurilor dintre WHO-DAS si comparator in cele doua momente ale evaluarii, la inceput si sfarsit de terapie.

Spre deosebire de alte instrumente de evaluare a rezultatului terapiei, a outcome-ului, WHO-DAS II permite atat o evaluare facuta de subiect cat si una "independenta" facuta de un informant proximal (membru de familie, personal de ingrijire, etc.). Aceasta evaluare convergenta permite o explorare multifacetata a procesului de dizabilitare-reabilitare. Devine interesant de constatat ca la intrarea in program informantii proximali evalua semnificativ mai mult decat alcoolicii deficientele acestora in cognitie, intelegerea cu alti oameni, activitatile de zi cu zi si in participarea in activitati. Dupa cele 8 saptamani de program informantii proximali constatau o mai mare ameliorare la ruda lor decat subiectul insusi in cognitie, ingrijirea proprie si intelegerea cu alti oameni. Conform rezultatelor obtinute in esantionul studiat, cea mai remarcabila imbunatatire dupa programul de recuperare a fost in ceea ce priveste intelegerea cu alti oameni, in activitatile de zi cu zi si participarea subiectului, lucru foarte important de remarcat, pentru ca de cele mai multe ori, rezultatul terapiei este masurat in diferenta dintre cantitatea de alcool consumata inainte si dupa programul de recuperare si mai putin in "burdenul" pe care alcoolicul si familia lui il are. Perceptia pe care informantul proximal (in cazul nostrum un membru de familie) o are asupra functionarii alcoolicului masoara in anume perspective aceasta povara pe care familia si alcoolicul o are datorita consecintelor consumului maladadaptativ de alcool. Evidentierea acestor domenii in care povara este cea mai mare poate fi benefica in personalizarea terapiei nemedicamentoasa a alcoolismului, precum terapia cognitive-comportamentala de coping dupa modelul lui Monti (1989).

In ceea ce priveste burdenul facilitatilor medicale implicate in tratamentul alcoolismului, se constata ca incarcatura cea mai mare in termen de "durata x numar de contacte/numar de subiecti" o are spitalul/sectia de psihiatrie, psihiatrul ambulator si terapia suportiva sau de grup. Terapia spitaliceasca si cea de grup facuta tot in unitati spitalicesti este evident si cea mai scumpa.

Cat priveste satisfactia subiectului cu serviciile oferite se constata ca ceea ce a obtinut cel mai mult este scaderea stimei si a jenei de a face parte dintr-un program pentru alcoolici si eficacitatea tratamentului. Raman inca o piedica in tratament accesibilitatea, distanta si efectele secundare ale medicamentelor, in special ale disulfiramului si ale benzodiazepinelor.

Bibliografie:

American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III-R). Washington DC: APA (3rd edition, revised).

Brecht JG, Poldrugo F, Schadlich PK . Alcoholism. The cost of illness in the Federal Republic of Germany. *Pharmacoeconomics*. 1996 Nov;10(5):484-93.

Chwastiak LA, Von Korff M.: Disability in depression and back pain: evaluation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHO DAS II) in a primary care setting, *J Clin Epidemiol*. 2003 Jun;56(6):507-14.

Chatterji S: The Development of the WHO-DAS-II, *European Psychiatry*, 1998, 13, Suppl.4, 134.

Chatterji S, Ustun TB et al (2004). The development of a screening instrument for disability: results from the WHO-NIH Joint Project. Submitted for publication.

Chisholm, D., Knapp, M. R. J., Knudsen, H. C., Amaddeo, F., Gaitte, L., Van Wijngaarden, B. & the Epsilon Study Group (2000). The client sociodemographic and service receipt inventory (CSSRIEU): development of an instrument for international research., *British Journal of Psychiatry* 2000; 177: 28 - 33.

Donkin J, Mitchison H, Cowlam S. Alcohol abuse and the burden on the NHS. *J R Coll Physicians Lond*. 2000 Jul-Aug;34(4):402.

Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JI, Cohen J: Global Assessment Scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance, *Arch.Gen.Psychiatry*, 1976,33:766-771

Epping-Jordan J, Prieto L, Doyle P et al (2004) Reliability of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHO DAS II): sub-group analysis. Submitted for publication

Feng W, Zhou W, Butler JS, Booth BM, French MT. The impact of problem drinking on employment. *Health Econ*. 2001 Sep;10(6):509-21.

Goetzl RZ, Hawkins K, Ozminkowski RJ, Wang S.:The health and productivity cost burden of the "top 10" physical and mental health conditions affecting six large U.S. employers in 1999. *J Occup Environ Med*. 2003 Jan;45(1):5-14.

Harter M, Reuter K, Weisser B, Schretzmann B, Aschenbrenner A, Bengel J. A descriptive study of psychiatric disorders and psychosocial burden in rehabilitation patients with musculoskeletal diseases. *Arch Phys Med Rehabil*. 2002 Apr;83(4):461-8.

Harwood RH, Rogers A, Dickinson E, Ebrahim S (1994). Measuring handicap: the London Handicap Scale, a new outcome measure for chronic disease. *Quality in Health Care*, 3: 11-16.

Husted JA, Cook RJ, Farewell VT, Gladman DD (2000). Methods for assessing responsiveness: a critical review and recommendations. *Journal of Clinical Epidemiology*, 53: 459-468

Huxley P & Warner R: Case Management, quality of life, and satisfaction with services of long term psychiatric patients, *Hosp. Community Psychiatry*, 1992,43:799-803

Monti PM, Abrams DB, Kadden RM, Cooney NL: *Treating Alcohol Dependence*, The Guilford Press, New York, 1989

Murray CJL & Lopez AD: Evidence-based health policy-lesson from the Global Burden of Disease Study, *Science*, 1996,274:740-743

Nakamura K, Tanaka A, Takano T. The social cost of alcohol abuse in Japan. *J Stud Alcohol*. 1993 Sep;54(5):618-25.

Pull C: Disablement and mental illness, *European Psychiatry*, 1998, 13, Suppl.4, 134.

Rhem J: The field trial of the WHO-DAS II, *European Psychiatry*, 1998, 13, Suppl.4, 134.

Rice DP. Economic costs of substance abuse, 1995. *Proc Assoc Am Physicians*. 1999 Mar-Apr;111(2):119-25.

Ustun TB, Chatterji S, Bickenbach J, Kostanjsek N, Schneider M. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. *Disabil Rehabil*. 2003 Jun 3-17;25(11-12):565-71.

Ustun TB, Chatterji S, Rehm J, Kennedy C, Prieto L, Epping-Jordan J, et al (2004). World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHO DAS II): development, psychometric testing and applications. Submitted for publication

Vazquez-Barquero JL, Vazquez Bourgon E, Herrera Castanedo S, Saiz J, Uriarte M, Morales F, Gaité L, Herran A, Ustun TB.: Spanish version of the new World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS-II): initial phase of development and pilot study. *Cantabria disability work group, Actas Esp Psiquiatr*. 2000 Mar-Apr;28(2):77-87.

Varney SJ, Guest JF.: The annual societal cost of alcohol misuse in Scotland. *Pharmacoeconomics*. 2002;20(13):891-907.

Weisner C, Schmidt L: The Community Epidemiology Laboratory: studying alcohol problems in community and agency-based populations. *Addiction*. 1995 Mar;90(3):329-41.

World Health Organization; *International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF-2*, WHO, Geneva, 2001

Xie X, Rehm J, Single E, Robson L, Paul J: The economic costs of alcohol abuse in Ontario. Pharmacol Res. 1998 Mar;37(3):241-9.

Tabelul 1: Caracteristicile sociodemografice ale lotului studiat

Variabila		N	%
Sex	Masculin	69	86
	Feminin	11	14
Statutul marital	Celibatar	8	10
	Casatorit	42	53
	Divortat/separate	26	33
	Concubinaj	4	5
Ocupatia	Salariat	36	45
	Casnic	5	6
	Somer	18	23
	Pensionar	21	26
		Media	Deviatia statistica (plaja variabilei)
Varsta (ani)		45.5	6.47 (28-61)
Educatie (ani)		11.4	2.12 (6-17)

Tabelul 2: Responsivitatea internă a WHO DAS II (disabilitate) și LHS (handicap) la alcoolicii aflați într-un program de reabilitare

Măsură (domeniul)		Baseline (N=80)		Follow-up (N=80)		Ameliorare		t-test statistic		Effect size (1) (Δ Mean / SD ₁)	Effect size (2) (Δ Mean / Δ SD)
		Mean	S.D.	Mean	S.D.	Mean	S.D.	t	p-value		
WHO DAS II											
• Cogniție (DAS1)	Self	20,16	16,16	5,89	6,55	14,27	12,68	10,07	< 0,001	0,88	1,13
	Proxy	27,50 ^a	14,88	8,18 ^a	7,60	19,32 ^a	11,83	14,61	< 0,001	1,30	1,63
• Mobilitate (DAS2)	Self	8,44	11,79	4,25	7,92	4,19	7,93	4,72	< 0,001	0,36	0,53
	Proxy	7,81	12,22	3,25	6,98	4,56	8,61	4,74	< 0,001	0,37	0,53
• Ingrijire proprie (DAS3)	Self	6,09	10,24	0,47	1,93	5,63	10,12	4,97	< 0,001	0,55	0,56
	Proxy	11,69 ^a	13,34	1,17	2,83	10,52 ^a	12,38	7,59	< 0,001	0,79	0,85
• Înțelegerea cu alți oameni (DAS4)	Self	36,44	20,87	13,50	12,02	22,94	18,94	11,25	< 0,001	1,10	1,26
	Proxy	51,63 ^a	19,12	22,68 ^a	16,17	28,94 ^a	16,91	15,31	< 0,001	1,51	1,71
• Activitățile de zi cu zi (DAS5)	Self	38,83	20,98	17,27	15,60	21,56	23,01	8,38	< 0,001	1,03	0,94
	Proxy	60,20 ^a	22,29	37,34 ^a	27,60	22,85	23,38	8,74	< 0,001	1,03	0,98
• Participarea (DAS6)	Self	30,55	16,61	22,42	14,75	8,13	13,04	5,57	< 0,001	0,49	0,62
	Proxy	33,16	11,98	23,63	13,39	9,53	12,22	6,98	< 0,001	0,80	0,78
• Scorul total (DASTOT)	Self	25,69	13,44	12,32	7,22	13,37	10,69	11,18	< 0,001	0,99	1,25
	Proxy	34,88 ^a	11,43	18,64 ^a	9,74	16,24 ^a	9,49	15,31	< 0,001	1,42	1,71
LHS score (London Handicap Scale)		68,37	13,14	81,14	12,61	12,77	10,71	10,66	< 0,001	0,97	1,19
GAF score (Global Assessment of Functioning)		58,35	5,55	70,24	5,64	11,89	4,26	24,956	< 0,001	2,14	2,79

Nota: Self = versiunea “self-report” a WHO DAS II; Proxy = versiunea “proxy” completată de membrii de familie

^a scorul self diferit statistic semnificativ de cel proxy (p<0,01)

Tabelul 3: Validitatea predictiva a inventarului WHO DAS II (comparatori: scorul informantului proximal la WHO DAS, evaluarea clinicianului la scala GAF, autoevaluare cu LHS)

Măsura (domeniul)		Baseline (N=80)		Follow-up (N=80)		Ameliorare		t-test statistic	
		Medie	DS	Medie	DS	Medie	DS	t	p-value
Scorul total WHO DAS (DASTOT)	Self	25,69	13,44	12,32	7,22	13,37	10,69	11,18	< 0,001
Scorul total WHO DAS (DASTOT)	Proxy	34,88 ^a	11,43	18,64 ^a	9,74	16,24 ^a	9,49	15,31	< 0,001
Scorul LHS (London Handicap Scale)		68,37	13,14	81,14	12,61	12,77	10,71	10,66	< 0,001
Scorul GAF (Global Assessment of Functioning)		58,35	5,55	70,24	5,64	11,89	4,26	24,956	< 0,001

Tabelul 4: Ingredientele programului de reabilitare si utilizarea serviciilor de catre subiectii alcoolici

Interventia	Pacienti (N)	Contacte (media ± DS)	Durata (media ± DS)
Spitalizare in sectii/spitale de psihiatrie	62	28.16 ± 8.66 (zile)	
Spitalizare in alte sectii clinice	2	5.50 ± 0,71 (zile)	
Terapie de grup sau suportiva (<i>de ex. Terapie ocupationala, ergoterapie & art-terapie, sport & club</i>)	70	17.04 ± 8.00 (zile)	
Terapie ambulatorie: Psihiatru	66	4.70 ± 3.41 (participari)	19.01 ± 4.69 (min.)
Terapie ambulatorie: Psiholog sau alt Terapeut individual (<i>de ex. Consilier</i>)	37	3.59 ± 3.05 (participari)	27.57 ± 6.63 (min.)
Terapie ambulatorie: sora	4	2.00 ± 0.71 (participari)	
Terapie ambulatortie, alt personal de ingrijire : (<i>de ex. asistent social sau instructor terapie ocupationala sau ergoterapie</i>)	16	13.00 ± 8.25 (participari)	20.63 ± 14.36 (min.)
Ingrijire primara / medic de familie	72	1.74 ± 0.2 (participari)	20.69 ± 5.06 (min.)
Alt ingrijitor in sectorul primar (<i>de ex. Vizita cu scop de ingrijire</i>)	10	8.30 ± 7.07 (participari)	8.50 ± 7.50 (min.)

Tabelul 5: Utilizarea serviciilor de ingrijire inainte de a intra in program (doua luni anterioare) si in timpul programului (urmatoarele doua luni) conform rezultatelor oferite de Chestionarul Utilizarii Serviciilor (Chisholm, 2000)

Masura (domeniul)	Baseline (N=80)		Follow-up (N=80)		Ameliorare		t-test statistic		Effect size (1)	Effec size (2)
	Medie	DS	Medie	DS	Medie	DS	t	p-value	(Δ Medie/SD1)	(Δ Medie/SD2)
Ingrijire spitaliceasca (zile)	0,70	2,15	21,96	14,00	21,26	13,77	13,81	<0,001	10,21	1,54
Program de reabilitare (participari)	-	-	14,91	9,44	14,91	9,44	14,12	<0,001	-	1,58
Ingrijire ambulatorie psihiatrica (vizite)	1,01	1,04	8,14	9,91	7,12	9,62	6,63	<0,001	6,85	0,74
Ingrijire medicala generala (vizite)	1,98	1,15	4,34	6,56	2,36	6,52	3,24	<0,002	2,05	0,36
Sectorul informal de ingrijire (vizite)	0,31	1,40	1,04	3,65	0,73	3,90	1,66	<0,100	0,52	0,19

Tabelul 6: Programul de reabilitare dependenta de alcool– medicatia utilizata

Medicatia	Evaluarea Baseline (N=80) %	Evaluarea dupa 8 saptamani (N=80) %	Schimbarile in scor %
Benzodiazepine	42	75	+ 33 ^a
Antidepresive	11	12	+ 1
Stabilizatoare ale dispozitiei (litiu, carbamazepina, etc.)	19	26	+ 7 ^a
Fenotiazine	21	24	+ 3
Disulfiram	0	20	+ 20 ^a

^a semnificat statistic la $p < 0.05$ (McNemar test)

Tabelul 7: Programul de reabilitare dependenta de alcool: barierele percepute de pacient in accesul la tratament

Perceperea bariereleor in acces	Evaluarea Baseline (N=80) %	Evaluarea dupa 8 saptamani (N=80) %	Schimbarile in scor %
A. Distanta / facilitate	44	54	+ 10
B. Cost	14	12	- 2
C. Jena / stigma	35	17	- 18 ^a
D. Medicatie - efecte secundare	22	52	+ 30 ^a
E. Ineficienta tratamentului	21	9	- 12 ^a
F. Calitatea proasta a ingrijirii	5	5	0

^a statistically significant at p<0.05 (McNemar test)