

**Detectia rapida si interventia scurta in
alcoholism
in practica de medicina de familie si
generală**

Dr. Radu VRASTI

**Studiu finantat de Societatea SOROS – Timisoara
1997**

CONTINUT:

PREFATA	Scrisoare catre un coleg medic de familie	6
SECTIUNEA I	Detectia rapida si interventia scurta in practica de medicina de familie si generala	7
	Tratamentul alcoolismului, un ecletism informat	8
	Locul interventiei scurte in sistemul de tratament al problemelor date de consumul de alcool	12
	Interventiile scurte, forma rapida si nespecializata de tratament a problemelor generate de consumu de alcool	21
	Detectia precoce, etapa preliminara a interventiei scurte	32
	Rolul medicului de familie/medicului generalist in depistarea precoce si interventia scurta la consumatorii daunatori de alcool	38
SECTIUNEA II	Metoda de detectie rapida a consumului daunator de alcool cu ajutorul testului AUDIT	42
	Prezentarea versiunii romanesti a testului AUDIT	43
	AUDIT - instrumentul OMS de screening al alcoolismului	46
	Constructia testului AUDIT si proprietatile lui psihometrice	49
	Utilizarea testului AUDIT in practica medicala internationala	50

Translatia si retro-translatia testului AUDIT si obtinerea versiunii romanesti	51
Calitatile psihometrice ale versiunii romanesti a testului AUDIT	54
1. Confidenta intercotatori test-retest	55
2. Calcularea senzitivitatii, specificitatii, acuratetii, a indichelui de agrement kappa si a scorurilor prag	57
Recomandari practice de utilizare a testului AUDIT in consultatia de medicina generala	59
Anexa: Tabele de conversie a cantitatilor de bauturi alcoolice in unitati internationale "DRINK"	63
SECTIUNEA III Metode de interventie scuta la consumatorul daunator de alcool la nivelul medicului de familie/medicului de medicina generala	64
Locul terapiilor psihologice in ingrijirile medicale primare	65
Consilierea individuala, tip de interventie scurta la consumatorii daunatori de alcool	68
Consilierea cuplului cu probleme date de consumul daunator de alcool	86
Graficul retrospectiv "cantitate/frecventa"	93
Jurnalul saptamanal al bautului	94
Evaluarea problemelor pacientului	96

Draga coleg,

Ca un medic aflat in primul esalon al ingrijirilor de sanatate, ai pozitia cea mai favorabila de a identifica printre pacientii care vin la tine la consultatie pe cei care au probleme date de consumul lor de alcool.

Se estimeaza ca aproximativ 25% din toata populatia poate avea de-a lungul intregii vietii o problema data de consumul de alcool. Pe de alta parte, astazi este bine stabilit ca numai printr-o decelare precoce si o interventie adecvata si la timp se poate preveni dezvoltarea unui model patologic de consum de alcool care va duce in final la aparitia dependentei si la consecintele somatice si sociale ale acesteia.

Exista astazi un consens in a afirma ca medicul de familie, cel care ofera ingrijirile medicale primare, este competent si lui trebuie sa i se transfere cunostintele, tehnicile si metodele de actiune in acest domeniu.

Studiul de fata cauta sa te informeze de noua tehnica recomandata de Organizatia Mondiala a Sanatatii de identificare a celor care consuma alcool in mod daunator pentru sanatatea lor si, odata identificati, sa poata suferi "interventia" ta care are ca scop informarea, reducerea riscurilor, stapanirea problemelor si in final reducerea consumului sau dobandirea abstinentei. Cu siguranta vei avea destule succese si curand nu vei mai fi mirat ca oamenii din comunitatea care o ingrijesti te vor cauta chiar pentru aceasta problematica.

Vrem sa fi convins de utilitatea si valoarea acestei metode si ne-ar bucura sa ai atata rabdare si motivatie de a o pune printre practicile tale profesionale curente. La fel, ne-ar bucura sa ne impartasesti din dificultatile sau problemele care le-ai avut ca si din succesele care s-au aratat.

SECTIUNEA I

**Detectia rapida si interventia scurta in practica de
medicina de familie si generala**

TRATAMENTUL ALCOOLISMULUI, UN ECLECTISM INFORMAT

Exista astazi o multitudine de procedee si metode de terapie a alcoolismului. In fata acestei pletore, unii au afirmat ca nici una din aceste terapii nu este cu adevarat eficace, altii au incercat sa demonstreze ca o anumita metoda este mai buna ca alta si, in fine, nu putini au spus ca toate abordarile terapeutice ale alcoolismului au aceeasi valoare.

Miller & Hester, (1986) au aratat ca nici una din aceste asertiuni nu este pe deplin adevarata si ca "*motivul de speranta si optimism in domeniul alcoolismului nu este prezenta unei singure abordari foarte eficace ci, mai curand, a unei multimi de alternative efective si promitatoare, fiecare din ele putand fi eficace pentru un tip diferit de alcoolic. Pentru multi indivizi, gasirea unei interventii acceptabile si eficace, printre multe altele, reprezinta cea mai buna solutie*".

Aceasta competitie intre metodele terapeutice ale alcoolismului vine din incertitudinile din natura si etiologia alcoolismului. Prezentam mai jos cateva din "modelele" explicative ale alcoolismului, intr-o ordine oarecum istorica, astfel ca utilizatorul acestui manual sa aiba o informatie si un ghid pentru ca el sa descopere care model descrie cel mai bine conceptia lui actuala si cum aceasta trebuie sa se schimbe sau nu (Miller & Hester, 1989).

Modelul moral: prezinta alegerea personala a individului ca si cauza a problemelor date de consumul de alcool. Individul alcoolic prezinta un "deficit spiritual" si un comportament lipsit de onestitate care-l face sa calce normele si regulile sociale. Faptele comise sub influenta alcoolului nu pot fi scuzaate, responsabilitatea personala fiind pe primul plan. Interventia ar fi de competenta bisericii in special.

Modelul temperantei infatiseaza alcoolismul ca o consecinta a faptului ca alcoolul este disponibil. Potrivit acestui model alcoolul este o substanta daunatoare care nu poate fi consumata cu moderatie, exista doar alternativa sobrietatii si cea a consumului care va duce treptat la alcoolism si moarte. Aici cauza problemelor date de alcool este alcoolul in sine si nu individul. Interventia adecvata ar fi restrangerea disponibilitatii si chiar interzicerea alcoolului.

Modelul bolii prezinta alcoolicul ca o persoana diferita de ceilalti fiind caracterizat de incapacitatea de a bea cu moderatie. Simptomul central al acestei boli este pierderea controlului cantitatii consumate, incapacitatea de a restrange singur consumul. Aceasta boala este privita ca ireversibila pentru acesti indivizi si astfel se poate spune ca "alcoolismul nu este cauzat de alcool". Exista multi alcoolici in lume care nu au baut niciodata alcool si astfel nu au descoperit ca sunt astfel! Interventia posibila consta in identificarea acestor indivizi, informarea asupra conditiei lor, acceptarea diagnosticului si indemnul spre abstinenta daca ei doresc sa ramana in viata.

Modelul educational vede in lipsa de educatie, de cunoastere si de valente culturale una din deficientele nucleare ale alcoolicului si clameaza valoarea preventiva a mijloacelor educative si de informare asupra consecintelor consumului de alcool.

Modelul caracteriologic gaseste in tulburarile de personalitate una din radacinile principale ale alcoolismului. Se considera ca ar exista chiar o "personalitate alcoolica" care ar justifica nivelul neobisnuit de mare al unor mecanisme de defensiva, mai ales defensele primitive asociate tulburarilor de

dezvoltare (de ex. negarea) și, ca o consecință logică, rezolvarea alcoolismului ar face apel la reformularea pozitivă a personalității.

Modelul condiționării se bazează pe teoria învățării condiționate a lui Pavlov și a condiționării operante a lui Skinner. Premisa modelului este că bautul excesiv este un obicei învățat și condiționat datorită consecințelor pozitive ale consumului, precum reducerea tensiunii psihice. Subiectul caută aceste efecte și fiecare consum reîntărește comportamentul de căutare și condiționează subiectul să continue consumul. Acest model a generat o serie de intervenții terapeutice precum terapia aversivă cu disulfiram (Antalcool) și alte terapii comportamentale.

Modelul biologic se bazează pe procesele fiziologice și genetice care au fost găsite asociate cu alcoolismul precum asocierea crescută a alcoolismului la gemeni, frecvența crescută la descendenții alcoolicii, anumite anomalii metabolice sau o sensibilitate crescută a creierului alcoolicii. Intervențiile dezirabile ar putea fi: decelarea grupelor de înalt risc, tratamentul farmacologic pentru corectarea dezordinilor metabolice, sfatul genetic, etc.

Modelul învățării sociale: În acest model principiile învățării sunt extinse la interacțiunea dintre individ și ambianța în formarea modelului de consum de alcool. Acest model pune accent pe influența exercitată de egali sau parteneri, pe competența de coping (capacitatea de a depăși probleme), pe factorii medionali ai relației individ-ambianța, toți ducând la generarea unor scheme cognitive specifice, precum expectațiile legate de consumul de alcool. Intervențiile vizează schimbarea prietenilor, evitarea modelelor de consum, construirea unei noi strategii de coping și o restructurare a schemelor cognitive.

Modelul sistemic general vede comportamentul individului ca o parte inerentă a sistemului social. Acțiunile individului nu pot fi înțelese fără a lua în considerare relațiile lui cu ceilalți și cu diferitele nivele ale sistemului la care individul aparține. Cel mai adesea, familia este sistemul care este luat în

considerare. In acest caz, alcoolismul individului apare ca produsul relatiilor disfunctionale din familie, a strategiilor ei disfunctionale de coping. Tot in această model, copilul care provine dintr-o familie de alcoolici, copilul de alcoolic, este privit ca rezultat al atmosferei familiale care-l vulnerabilizeaza si ii structureaza scheme cognitive care-l transforma mai tarziu intr-un alcoolic. Conform acestui model, interventia terapeutica trebuie sa se adreseze familiei ca un tot.

Modelul sociocultural: Se considera ca exista o puternica legatura intre credintele si stereotipurile culturale si modelul consumului de alcool. Astfel, de la tipurile de bauturi alcoolice la cantitatile si situatiile de consum, de la atitudinea publicului la nararea lui, toate caracteristicile consumului pot fi considerate determinate cultural. Astfel, acest model aduce in lumina responsabilitatea ambianței in actiunile individului. Interventiile recomandate sunt cele care au un impact larg asupra societatii, mai ales cele de politica sociala a alcoolului (disponibilitate, taxare, reclama, varsta legala de consum, etc.).

Modelul sanatatii publice este un model integrativ care ia in considerare cei trei factori importanti: agentul (alcoolul), gazda (individul cu variabilele sale) si ambianta (culturala, societatea, etc.). Acest model recunoaste ca alcoolul este un agent daunator care plaseaza pe cei ce-l consuma, mai ales pe cei susceptibili, intr-o grupa de risc, iar factorii ambientali pot influenta aceasta relatie printr-o atitudine publica toleranta, prin disponibilitatea crescuta si publicitatea produselor alcoolice. Interventiile generate de acest model sunt diverse si se adreseaza celor trei factori simultan, incorporand o varietate larga de strategii alternative.

Metoda detectiei precoce si a interventiei rapide la consumatorul daunator de alcool la nivelul retelei medicale primare, descrisa in acest manual, se inscrie in viziunea deschisa de modelul sanatatii publice.

In acest manual se foloseste categoria diagnostica de "**consum daunator/nociv de alcool**". Conform Clasificarii Internationale a Bolilor a Organizatiei Mondiale a Sanatatii, versiunea 10-a, prin consum daunator de alcool se intelege: *"Un model de consum al alcoolului care cauzeaza daune sanatatii. Daunele pot fi fizice (ca in cazul hepatitei) sau mentale (de ex. tulburari depresive). La fel, evidenta ca acest model daunator de consum a continuat cel putin o luna sau a aparut in mod repetat in ultimele 12 luni"*.

LOCUL INTERVENTIEI SCURTE IN SISTEMUL DE TRATAMENT AL PROBLEMELOR DATE DE CONSUMUL DE ALCOOL

Datele de-a lungul timpului arata ca tratamentul alcoolismului a dorit sa se adeseze cazurilor severe. Initial, tratamentul consta in administrarea remediilor existente si disponibile atunci cand problemele date de alcool erau pentru prima oara recunoscute de individul in cauza.

Treptat s-a constatat ca exista si cazuri mai putin severe de alcoolism, ca problemele pot fi depistate precoce, inainte ca subiectul sa se planga de ele si ca pot fi utilizate si alte strategii terapeutice. Ele au fost imprumutate din domeniul bolilor cu mare potential dizabilitant precum diabetul, tuberculoza sau cancerile, unde efortul diagnostic si terapeutic s-a deplasat de la formele grave de boala la cele timpurii, unde depistajul si interventiile rapide prezinta o mai mare eficacitate.

Tratamentul trebuie sa se adreseze problemelor date de consumul de alcool si nu "alcoolismului" ca si categorie generala diagnostica

Comitetul Institutului de Medicina a SUA pentru Studiul
Tratamentului si Reabilitarii Serviciilor pentru Alcoolism si Abuz de
Alcool (*Institute of Medicine: Broadening the Base of Treatment for
Alcohol Problems, US National Academy of Science, 1990*) a considerat
ca principala tinta a activitatilor terapeutice trebuie sa fie “problemele
date de alcool” si nu “alcoholismul” in sine. Acum este bine recunoscut ca
oamenii au diferite feluri de probleme de-a lungul istoriei lor de consum
de bauturi alcoolice, de la probleme acute la cele cronice, de la unele
usoare la altele foarte severe. Deci aceste probleme sunt heterogene.
Fiecare individ poate avea diverse probleme, de intensitate si natura
variabila si aceasta constelatie particulara face ca tratamentul sa
trebuiasca sa fie individualizat fiecarui subiect (personalizat). Subiectul
trebuie informat si facut sa recunoasca problemele pe care le are datorita
consumului sau de alcool si sa formuleze o decizie responsabila,
rezonabila si informata asupra ceea ce este de facut.

*Evaluarea problemelor date de alcool se face
multidimensional si se recomanda ca informatiile sa fie
culese in trei dimensiuni:*

- i) consumul de alcool (cantitate si frecventa);*
- ii) semnele si simptomele consumului de alcool;*
- iii) consecintele consumului de alcool.*

**NU UITA: tratam problemele date de consumul de alcool si nu
alcoholismul in sine.**

*Problemele date de consumul de alcool sunt
diferite in natura si intensitatea lor, din aceasta
cauza felul tratamentul trebuie potrivit cu
invidiul caruia i se adreseaza*

Diversitatea problemelor date de alcool, heterogenitatea lor, cat si constelatia lor individuala a impus dezvoltarea unei largi varietati de mijloace, tehnici si strategii de tratament. Astfel, astazi ne aflam in fata situatiei de a personaliza metoda de tratament, locul tratamentului si strategia pe termen lung a tratamentului. Acest proces de decizie se numeste "*matching*" respectiv potrivirea sau personalizarea tratamentului la individ si la locul de desfasurare a lui. Dar pentru a putea face aceasta potrivire trebuie sa existe la diferite esaloane ale comunitatii o "oferta" terapeutica larga si adecvata.

Responsabilitatea reducerii si tratarii problemelor date de alcool trebuie raspandita la diverse institutii si servicii ale comunitatii

Tratamentul alcoolismului a fost vazut mult timp ca un tratament specializat si responsabilitatea pentru un deznodamant pozitiv a cazut numai in sarcina tratamentului specializat facut de profesionisti specializati. Astazi, Comitetul mai sus mentionat recunoaste ca tratamentul specializat este doar un parte necesara si uneori vitala a tratamentului alcoolismului.

O reducere efectiva a poverii individului, familiei, comunitatii, etc. data de problemele generate de consumul de alcool nu poate fi privita doar prin prisma programului de tratament specializat. Responsabilitatea reducerii problemelor date de alcool trebuie diseminata larg, implicand un numar mare de diferite persoane si servicii, si fiecare din aceste esaloane sau persoane trebuie invatate sa recunoasca astfel de probleme si sa intervina. Doar in acest fel comunitatea poate interveni pentru a obtine o reducere efectiva a problemelor date de consumul de alcool.

Diseminarea si largirea comunitara a bazei de tratament a problemelor date de alcool constituie SISTEMUL COMUNITAR DE TRATAMENT. Filozofia de baza a acestui sistem este: tipul serviciilor disponibile pacientului depinde mai mult de felul in care pacientul este identificat mai intai de catre comunitate si mai putin de problemele specifice pe care pacientul le are (Shore & Kofoeld, 1984).

In paginile urmatoare se va descrie pe scurt sistemul comunitar de tratament al persoanelor cu probleme date de alcool si beneficiile diferitelor programe componente.

Persoanele cu probleme usoare date de alcool se prezinta de obicei la reseaua primara de ingrijire a sanatatii acuzand simptome somatice sau probleme familiale. La acest nivel trebuie sa se identifice precoce acesti indivizi si sa li se asigure o interventie rapida si efectiva.

Studii epidemiologice efectuate in populatia generala au relevat ca, desi exista unele persoane care au probleme multiple si severe date de consumul de alcool, mult mai multe persoane au doar putine probleme de acest fel. Cel mai des, astfel de persoane se adreseaza pentru problemele lor individuale de sanatate, precum “probleme gastrice” sau pentru “nervi”, sau pentru “problemele lor familiale”, retelei medicale primare, respectiv medicului de medicina generala sau medicului de familie.

Astfel, identificarea, recunoasterea si tratarea lor se poate face la nivele primare ale asistentei medicale prin "metode de screening/de detectie" si "interventii scurte", adica fara sa fie necesara trimiterea la un specialist.

S-a constatat ca interventia scurta este eficace pentru un numar mare de cazuri cu probleme de alcool. Mai mult, multe din aceste persoane refuza sa fie trimise in sectii specializate pentru tratament. Fara aceasta noua viziune, de interventie scurta, multe din acest cazuri ar fi pierdute si ar aparea din nou cand aceasta faza adecvata de tratament a fost pierduta sau depasita.

In fig. 1 se prezinta "spectrul problemelor date de alcool" in populatia generala.

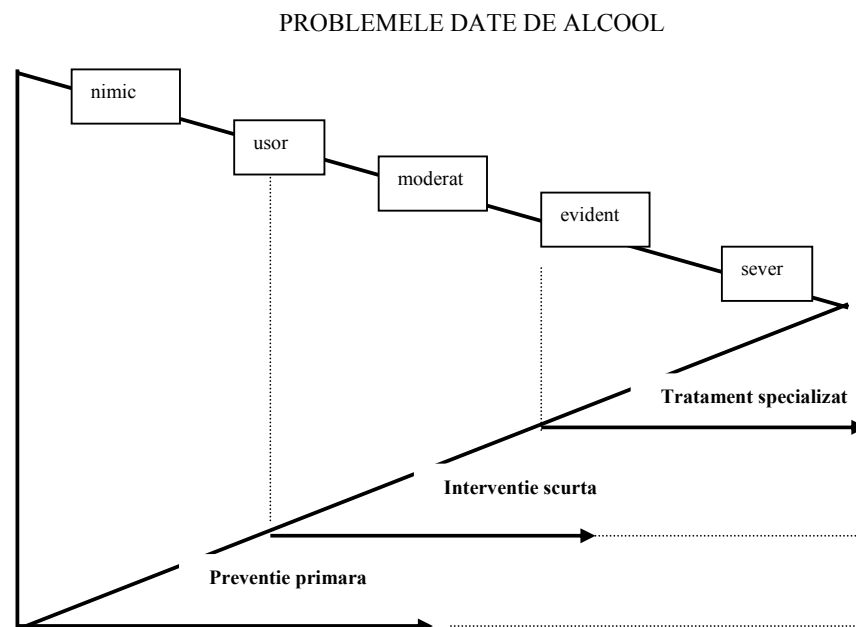


Fig. 1: Spectrul de raspuns la problemele date de alcool.

In Fig. 1 triunghiul reprezinta populatia unui teritoriu cu spectrul problemelor date de alcool pe care le poate avea aceasta populatie. In functie de severitatea acestor probleme apare evident felul de interventie

sau de tratament adecvat. Astfel preventia se adreseaza persoanelor care nu au inca probleme cu alcoolul, interventia scurta la cei care au probleme usoare si tratamentul specializat celor cu probleme severe. Ca metode de preventie primara enumeram: reducerea disponibilitatii de alcool, a numarului de puncte de distributie, a orarului de distributie, a reclamelor, a varstei de la care se poate vinde,etc.

Partea din mijloc, cu persoanele care au probleme de severitate usoara si moderata, sunt eligibile pentru o interventie scurta. Obiectivul interventiei scurte este de a reduce sau elimina consumul individual de alcool cu scopul de a preveni consecintele acestui consum. In alti termeni, aici este vorba de preventia secundara, preventia terciara fiind directionata spre cazurile severe.

Principala ratiune pentru care aceste cazuri usoare nu cauta tratament este credinta ca problemele se pot reduce de la sine sau pentru ca subiectul este in faza de negare, cand subiectul refuza sa recunoasca consumul de alcool, faza ce tradeaza o "defensa" primara prost orientata sau din cauza temerii de stigma sociala.

Este astfel evident ca exista in sistemul de tratament al alcoolismului doua sectoare:

1. un sector al comunitatii, respectiv diferite agentii si organizatii ale comunitatii care ofera servicii implicate in tratamentul alcoolismului; sarcina sectorului comunitar de tratament al alcoolismului este:
 - de a identifica precoce pe acei indivizi cu probleme date de alcool;
 - de a furniza interventii rapide pentru persoanele care au probleme usoare sau medii;
 - sa trimeata la tratament specializat pe cei cu probleme severe.

2. un sector de tratament specializat care apartine profesionistilor specializati in acest scop.

Prezentam mai jos doua tabele ce descriu sistemul comunitar de tratament (Shore & Kofoeld, 1984).

Tabelul 1: Sistemul de tratament comunitar si programele sale

1. Ambulator	4. Organizatii religioase
• Centre de informatie si indrumare	• Sfatuirea pastorala
• Centre de tratament ambulator	5. Asistenta la locul de munca
• Adaposturi pentru ingrijire generala	6. Asistenta la soferii cu probleme
• Centre de zi	7. Asociatii publice
2. Auto-ajutor	
• Alcoolicii Anonimi (AA)	
• Al-Anon (pentru sotile alcoolizilor)	
• Alateen (pentru copii alcoolizilor)	
3. Personal specializat	
• Psihiatri si psihologi clinicieni	
• Medici din retea primara	
• Consilieri (sfatuitori)	
• Altii	

Tabelul 2: Efectivitatea programelor sistemului de tratament comunitar

Programul	Comportamentul de baut	Bunastarea fizica	Performanta de munca	Stabilitatea rezidentiala	Devianta sociala
Serviciile pastorale	+				+
Alcoolicii Anonimi (AA)	++				+
Tratamentul intraspitalicesc	++	++	+	+	+
Tratamentul ambulator	++	++	+		+
Adaposturi/camine	+	+	+	+	
Centre de zi	++	+		++	
Tratament psihiatric	+	+	+		+
Spitale generale		++			

Exista astfel un continuum al sectoarelor implicate si a formelor de tratament.

In fig. 2 se prezinta schematic cele doua sectoare ale tratamentului probleme-melor date de alcool.

**Tratamentul problemelor de alcool
in serviciile si agentiile comunitare**

Tratamentul specializat a problemelor de alcool

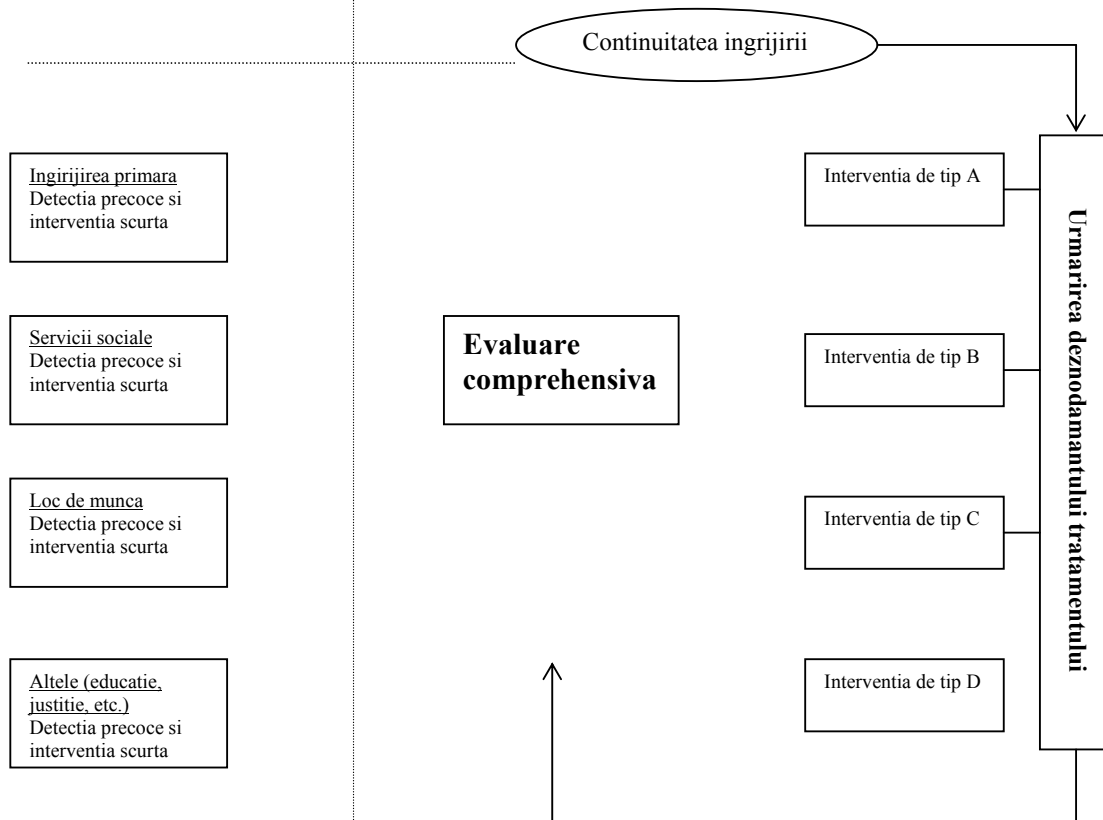


Fig. 2: Schema privind sistemul de tratament al alcoolismului cu cele doua sectoare ale sale si continuitatea lor

Studiul rezultatelor tratamentelor alcoolismului au aratat, deci, ca exista mai multe feluri de tratament efectiv pentru persoanele cu probleme date de consumul lor de alcool.

De aici rezulta trei concluzii:

1. diferentele dintre problemele prezentate si intre indivizii care le manifesta trebuie sa fie luate in considerare inainte de a lua o decizie privind felul tratamentului cel mai potrivit; este ceea ce se numeste etapa de evaluare pre-tratament;
2. trebuie facut orice efort posibil pentru a ne asigura ca fiecare individ a primit felul de tratament cel mai probabil sa produca un deznodamant pozitiv; este vorba de procesul de potrivire a tratamentului;
3. din cauza ca deznodamantul tratamentului nu poate fi asumat ca pozitiv imediat dupa terminarea lui, el trebuie analizat in toate cazurile pe o baza standardizata; este etapa de evaluare a deznodamantului tratamentului.

Determinarea deznodamantului reprezinta o etapa cruciala pentru fiecare sector implicat in tratamentul alcoolismului.

Nu uita: nici o forma de tratament nu poate fi efectiva pentru orice persoana cu probleme date de alcoolul. Implicatia este ca fiecare forma de tratament poate fi efectiva doar pentru unele persoane. Principala sarcina a celui care furnizeaza tratament este de a identifica felul de tratament care este cel mai probabil sa fie efectiv pentru cazul dat.

INTERVENTIILE SCURTE, FORMA RAPIDA SI NESPECIALIZATA DE TRATAMENT A PROBLEMELEOR GENERATE DE CONSUMUL DE ALCOOL

Care este marimea acestei grupe de populatie care experimenteaza probleme usoare sau medii de alcool si la care se adreseaza interventia scurta? Studii populationale largi au aratat ca aproximativ 28% din barbati si 17% din femei au astfel de probleme dupa Cahalan (1970) si intre 11 si 20% dupa Hilton (1987).

Comitetul Institutului de Medicina a Academiei de Stiinte a SUA crede ca primul pas este identificarea subiectului cu probleme date de alcool in urma aplicarii unui instrument de screening. Daca subiectul prezinta multe probleme si de severitate mare, el este trimis de la inceput la un tratament specializat; daca el are doar probleme usoare sau medii va fi adecvat pentru o interventie scurta.

Distinctia dintre probleme severe si cele usoare sau medii date de consumul de alcool este esentiala pentru alocarea unei interventii adecvate.

Procedeele de interventie scurta sunt strategii terapeutice limitate in timp, mergand de la o sedinta la maximum 5 sedinte, fiecare nedepasind o ora (Babor & Grant, 1989). Scopul interventiei scurte este preventia, respectiv schimbarea comportamentului individului care a experimentat deja efectele adverse ale bautului dar nu a ajuns dependent fizic de alcool.

Interventia scurta presupune o continua monitorizare a individului pentru a stabili deznodamantul interventiei si, in caz de nereusita, sa se trimita la tratamentul specializat. Principalul beneficiu, chiar in cazul esecului interventiei scurte, este de a evidentia subiectului problemele si geneza lor, de a-l ajuta sa constientizeze magnitudinea si riscurile acestora.

Mai multe studii evidentiaza efectivitatea interventiei scurte.

Printre acestea cele mai cunoscute sunt:

- Studiul intreprins de Edward si Orford (Edwards et al, 1977): Doua grupe de alcoolici, una care a primit medicamente, tratament ambulator, introducere in grupul AA, etc. si alta care a primit doar o singura consultatie de sfatuire spre abstinenta, de imbunatatire a relatiilor maritale, etc. Dupa un an rezultatele nu au fost diferite la cele doua grupe.
- Studiul Malmö: (Kristenson et al. 1983): 585 subiecti cu consum crescut de alcool determinat prin screening enzimatic au fost impartiti in doua grupe: un grup de control care a fost informat prin scrisoare ca ar trebui sa reduca consumul si sa repete screeningul dupa 2 ani si un alt grup care a primit interventie prin consultatii medicale tot la trei luni si screening enzimatic in fiecare luna si incurajati sa mentina nivelul normal. Dupa 5 ani, in grupul de control mortalitatea a fost de doua ori mai mare, iar numarul de zile de spitalizare cu 60% mai mare.
- Studiul Edinburgh (Chick et al. 1984): 156 barbati cu probleme date de alcool au fost impartiti intr-un grup de control si unul care a primit tratament. Grupul de control a primit o consultatie

medicinala după rutina obișnuită. Grupul de tratament a primit o sesiune de sfaturi de 60 minute de la o sora care le-a oferit o broșură, a discutat stilul de viață și de sănătate, modelul de consum de alcool și i-a ajutat să ia o decizie spre reducerea băuturii, abținerea nefiind pentru toți un scop. După un an în grupul cu tratament s-a redus semnificativ problemele și nivelul enzimei GGT.

- Studiul New Zealand (Elvy et al 1988): grupul care a primit consiliere și a acceptat să vorbească despre probleme și consumul de alcool a avut o ameliorare semnificativ mai bună decât grupul de control.
- Studiul englez al medicilor generalisti (Wallace et al. 1988): Subiecții care au suferit intervenție au evidențiat o reducere a consumului și a problemelor comparativ cu lotul de control. Intervenția a constat într-o evaluare a cantității de alcool și a modelului de consum, o evidențiere a problemelor date de alcool și a consumului dăunător sau a simptomelor de dependență, apoi în întocmirea unei histogramme care compară consumul săptămânal individual cu consumul din populația generală, continuată cu o sfaturi asupra efectelor dăunătoare potențiale date de consumul individual și difuzarea unei broșuri-pamflet. În final se face o recomandare a unei limite de consum specifice subiectului, ca și recomandarea tinerii unui jurnal cu modul de consum, cantități, evenimente ce declanșează consumul.

- Studiul OMS din 1987-1992 privind eficienta interventiei scurte a fost facut pe 1661 bautori puternici, nedependenti, recrutati din 10 tari (SUA, Norvegia, Australia, Rusia, Mexico, Bulgaria, Zimbabwe, Costa Rica, Anglia, Kenia). Subiecti au suferit un screening cu instrumentul AUDIT apoi o interventie scurta de trei feluri: (i) cinci minute despre baut si abstinenta, (ii) consiliere scurta de 15 ' si prezentarea unui manual de auto-ajutor si (iii) o consiliere mai elaborata (o scurta consiliere initiala urmata de trei sau mai multe vizite de monitorizare). S-a demonstrat eficacitatea interventiei asupra cantitatii si frecventei bautului la toate cele trei tipuri de interventie scurta.

Exista mai multe varietati de interventii scurte, in functie de autori.

Printre acestea se mentioneaza:

- persuasiunea de a reduce consumul,
- informarea ca nivelul consumului depaseste acceptabilul, nivelul de siguranta sau nivelul obisnuit al populatiei,
- exagerarea consecintelor adverse care deja exista sau sunt probabil sa apara,
- aducerea la cunostinta a rezultatelor enzimatiche periodice,
- date obiective si continue asupra consumului de alcool.
- supravegherea mutuala a problemelor, etc.

Aceste elemente sau altele pot fi combinate in multe feluri intr-un pachet de interventie ce poate fi oferit populatiei tinta. Pachetul trebuie sa fie congruent cu activitatea normala a locului unde se va aplica, sa dureze de la cateva minute la o ora si sa nu depaseasca mai mult de 3-5 sedinte (dupa autor).

Tot in cadrul acestei interventii pentru problemele de alcool pot fi atacate si alte probleme, precum de stilul de viata, ritualurile familiale, petrecerea timpului liber, etc.

Exista si o alta categorie de interventii care sunt diferite de interventiile scurte si deriva din tratamentul formal al alcoolismului; ele sunt "terapiile scurte". Exemple de terapii scurte:

- terapia scurta ce implica instructajul subiectului in metode comportamentale specifice pentru reducerea bautului;
- abstinenta prin automonitorizare;
- identificarea situatiile de inalt risc;
- proceduri de evitare a situatiilor de baut sau de abuz, etc.

Terapia de scurta durata este vazuta ca o etapa intermediara intre interventia scurta si tratamentul specializat. Acesta din urma este o terapie care cere un antrenament specific celor ce-l aplica. Ea constituie "urmatorul pas logic" dupa interventia scurta. Dupa cum s-a mai spus, populatia tinta este o populatie cu probleme mai severe date de alcool.

Continuitatea ingrijirii, de la interventia rapida la terapiile scurte si la tratamentul specializat este esentiala

Continuitatea ingrijirii este esentiala pentru a determina daca interventia scurta a fost suficienta sau daca o atentie in plus este necesara. Continuitatea ingrijirii este sarcina si responsabilitatea celui care furnizeaza interventia scurta.

Tinta interventiei scurte: Consumatorii de alcool cu probleme usoare sau medii.

De fapt tinta o reprezinta consumul de alcool in sine.

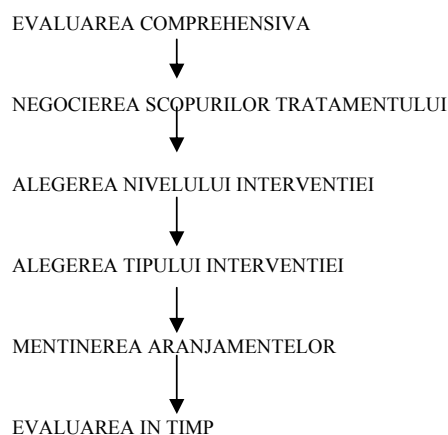
Scopul interventiei scurte este de a reduce sau elimina consumul de alcool

Reducerea sau eliminarea consumului de alcool la indivizii carora le este aplicata interventia scurta nu este un scop in sine ci are ca obiectiv reducerea sau eliminarea problemele lor date de alcool. In schimb, in tratamentul specializat al problemelor severe, reducerea consumului la zero este un scop explicit.

Rolul esential al tratamentului comunitar este indrumarea corecta a subiectului

Elementul final al rolului comunitatii este indrumarea, care, in aceasta faza, inseamna indrumarea indivizilor spre sectorul de tratament specializat pentru problemele de alcool. Aceasta indrumare incorporeaza evaluarea pretratament. Este logic ca indrumarea de la sectorul comunitar la cel specializat sa implice functia de evaluare si de determinare a tratamentului cel mai potrivit. Trebuie sa se tina seama ca unele persoane sunt indrumate dar nu ajung unde trebuie sau nu participa.

Sumarizand, primul pas il reprezinta evaluarea problemelor date de alcool si severitatea lor. Urmeaza faza negocierii scopurilor tratamentului, subiectul trebuind sa decida ce vrea sa schimbe in modul sau de consum sau in ariile vietii sale, apoi sa aleaga nivelul la care interventiile sa actioneze (asupra consumului, asupra familiei, asupra stilurile cognitive, de coping, etc). Mai apoi va alege tipul de interventie care se pare potrivit si modul de mentinere a aranjamentelor. In final se stabileste modul de monitorizare.



Procesul de stabilire a scopurilor, tipului si potrivirii interventiei

O problema potentiala ramane cea a continuitatii ingrijirilor de la sectorul comunitar la cel al tratamentului specializat. Trei optiuni sunt disponibile pentru continuitatea ingrijirii:

- furnizorul comunitar poate sa-si asume continuitatea ingrijirii;
- daca masura de continuitate a ingrijirii este facuta in sectorul tratamentului specializat, ea trebuie extinsa si la comunitate;
- continuitatea ingrijirii trebuie sa fie responsabilitatea individului care manifesta probleme date de alcool.

Implementarea rolului comunitar: in ce locuri si de catre cine?

Identificarea specifica (screeningul), interventia scurta si indrumarea sunt principalele activitati ce constituie rolul agentilor comunitare in tratament si ramane de specificat in ce locuri (1) si de catre cine (2) acest rol va fi implementat.

1. Locurile:

a. Sectorul ingrijirilor primare:

Este un loc important pentru aceste activitati. Exista evidenta ca persoanele care frecventeaza acest esalon prezinta o prevalenta crescuta de probleme date de alcool. Cyr & Wartman (1988) gasesc ca 20,3% din pacientii ce se adreseaza sectorului ambulator au probleme date de consumul de alcool.

b. Camera de garda:

Intre 10,8 si 32% din cazurile vazute la camera de garda au probleme cu alcoolul (Ward et al, 1982).

- c. **Spitalele** precum cele de boli interne (in special de gastro-enterologie), ortopedie, etc.

Se considera ca toate persoanele care cauta ajutor medical adresandu-se diferitelor esaloane medicale, trebuie verificate pentru probleme date de consumul de alcool (screening). Daca sunt prezente probleme usoare sau medii, o interventie scurta trebuie sa fie oferita ca mai apoi sa se observe efectul ei. Daca sunt observate probleme severe, trebuie facuta indrumarea la tratamentul specializat.

In mod obisnuit, fiecare medic trebuie sa solicite oricarui adult sau adolescent sa descrie consumul lui de alcool. Chestionarele trebuie utilizate pentru a evalua standardizat modelul de consum. Toate persoanele care consuma alcool trebuie informate asupra riscurilor asupra sanatatii si probabilitatea de a suferi accidente si sa incurajeze limitarea consumului. Multi pacienti trebuie sa beneficieze de indrumare la consulturi de specialitate si la programe specializate de tratament medical si comunitar.

- d. **Agentiile de asistenta sociala:** Prevalenta problemelor date de alcool la persoanele care se adreseaza la aceste agentii este putin cunoscuta. Totusi se stie ca aceste probleme sunt frecvente la cei ce solicita ajutor social, la oamenii fara camin, vagabonzi, delicventi, etc.
- e. **Institutiile de invatamant:** se mentioneaza in special prevalenta crescuta a problemelor date de consumul de alcool la studenti din camine, etc.
- f. **La locul de munca:** se pot aranja interventii la locul de munca pentru acei ce consuma la locul de munca sau au probleme date de alcool la locul de munca;

- g. **Sistemul penetenciar**: consumul de alcool este legat de o serie de delictes si crime. Este un loc unde se pot monta astfel de interventii;

Recapitulare: exista un mare numar de locuri, altele decat cele pentru tratament specializat, in care persoane cu probleme date de alcool sunt posibil sa apara. Din acesti indivizi cu asemenea probleme ce pot fi identificati efectiv, unii pot fi trimisi la tratament specializat din cauza severitatii problemelor si vor accepta aceasta. Altii vor refuza sa se duca la tratament sau vor avea probleme mai usoare. Pentru acestia din urma interventia scurta este indicata si reprezinta cea mai buna alternativa. Mai mult, ea este adecvata pentru a fi administrata cat mai aproape de individ, deci are adresabilitate si accesibilitate foarte buna, fiind posibil sa fie facuta in diferite locuri, altele decat cele specializate. De aici necesitatea unei schimbari institutionale in sensul adoptarii programelor de interventie in aceste institutii.

2. Personalul:

Ce personal este indicat si poate avea responsabilitatea detectiei precoce si interventiei scurte? Personalul din institutiile si agentiile mentionate mai sus este indicat cu conditia unui antrenament adecvat sau a unei experiente care sa garanteze perceperea si asimilarea rapida a strategiei si tehnicii acestei proceduri. Antrenamentul nu trebuie orientat asupra problemelor severe, ci spre identificarea problemelor mai usoare, adecvate acestei interventii. Acest personal poate cuprinde doctori, surori, lucratori sociali, psihologi, profesori, instructori de terapie ocupationala,

gardieni si alt personal din penitenciare sau institutii de corectie, consilieri in alcoolism, etc.

3. Analiza cost/efectivitate:

Toate aceste interventii sunt facute pentru a reduce povara globala a problemelor de alcool asupra individului si societatii.

Detectia si interventia sistematica la indivizii cu probleme date de alcool in mult locuri poate creste la prima vedere costul general al alcoolismului. Dar daca se considera ca detectia si actiunea timpurie asupra acestor probleme diminuea riscul pentru aparitia unor probleme mai severe, costul final este mult mai mic. O investitie in acest gen de interventii se dovedeste mult mai profitabila.

Adecvarea tratamentului la particularitatile unui individ duce la scaderea costului tratamentului si la marirea eficacitatii lui

Se recomanda cu tarie sa se dezvolte un mecanism financiar care sa sustina terapia scurta atat in afara cat si in contextul sustinerii financiare a serviciilor medicale sau medicalizate (de ex. asigurari de sanatate).

Comparativ cu costul tratamentului de mai tarziu sau cu costurile niciunui tratament, interventia scurta este mai ieftina. La fel, tratamentul rezidential/institutional (spitalicesc) este mai scump decat cel ambulator pentru cazurile mai putin severe, fara probleme cronice date de alcool. Pentru cazurile severe, studii riguroase arata ca nu exista o diferenta notabila intre efectivitatea tratamentelor in functie de loc, intensitate,

modalitate, tehnica sau proces. Nu poate fi afirmat ca costul per unitate de "efect" este disproporționat mai mare la un fel de tratament fata de altul.

Potrivirea indivizilor cu probleme de alcool cu o forma particulara de tratament creste efectivitatea tratamentului. Aceasta potrivire este strategia recomandata. Problema cost-efectivitate se pune in legatura de cum resursele comunitatii de a trata indivizi cu probleme date de alcool sunt distribuite astfel incat sa beneficieze toti indivizii care au diferite probleme si necesita diferite forme de tratament. Aceasta inseamna a "maximiza efectivitatea". Alocarea resurselor bazata pe o judecata clinica in ceea ce priveste potrivirea interventiei sau tratamentului la individul in cauza duce la efec-tivitate.

Totusi, in unele cazuri, cel mai bun tratament pentru o persoana in anume conditii nu poate fi si cea mai favorabile balanta cost-efectivitate.

Concluzii:

Se recomanda un efort sustinut de stabilire a rolului comunitatii in implicarea in problemele date alcool, usoare sau medii, cu scopul de a le reduce sau elimina si astfel de a reduce povara globala a acestor probleme asupra individului, familiei si comunitatii.

Rolul comunitatii este de:

- *A identifica serviciile care sa se ocupe de persoanele cu astfel de probleme;*
- *A indruma adecvat persoane catre serviciile specializate;*
- *A se ocupa de restul persoanelor prin oferirea de interventii de scurta durata.*

Comunitatea trebuie sa gasesca resursele si viziunea de a face aceasta.

DETECTIA PRECOCE, ETAPA PRELIMINARA A INTERVENTIEI SCURTE

Detectia precoce sau screeningul implica o utilizare rapida a unei proceduri necostisitoare pentru identificarea subiectilor cu risc de alcoolism si a celor ce pot dezvolta probleme legate de acest consum. Scopul screeningului este identificarea precoce ca o etapa premergatoare interventiei rapide (Babor & Kadden, 1985). Institutiile medicale ofera o ambianta care furnizeaza oportunitati de a detecta persoanele cu problemele consumului de alcool si implementarea interventiilor terapeutice (vezi fig. 3). Screeningul, care incearca de identifice pe cei care au sau pot dezvolta probleme ale consumului de alcool, este diferit de procesul de evaluare a alcoolismului (Allen et al, 1988). In timp ce screeningul are ca scop sa detecteze problemele potentiale sau deja dezvoltate de alcool, scopul evaluarii este de a stabili un diagnostic si de a stabili un plan de tratament specific. Spre deosebire de evaluare, procedurile de screening sunt in mod tipic scurte si ieftine si pot fi conduse in diferite locuri si de persoane cu o experienta clinica diferita.

Desi unii autori cred ca informatia obtinuta de la consumatorii de alcool nu este confidenta, s-a demonstrat stiintific ca autoraportarea consumului prin chestionare sau interviuri prezinta incredere. O metoda de a minimiza problemele de raportare neadevarata include intrebari separate despre cantitatea specifica de baut in loc de cantitatea generala bauta, cantitatea bauta intr-o singura data, cantitatea separata de bere, vin sau spirtoase, intrebari separate despre frecventa, cantitate, ocaziile cand subiectul bea cel mai mult, etc.

Pe baza studiilor efectuate privind valoarea si eficacitatea metodelor de detectie s-au facut urmatoarele recomandari:

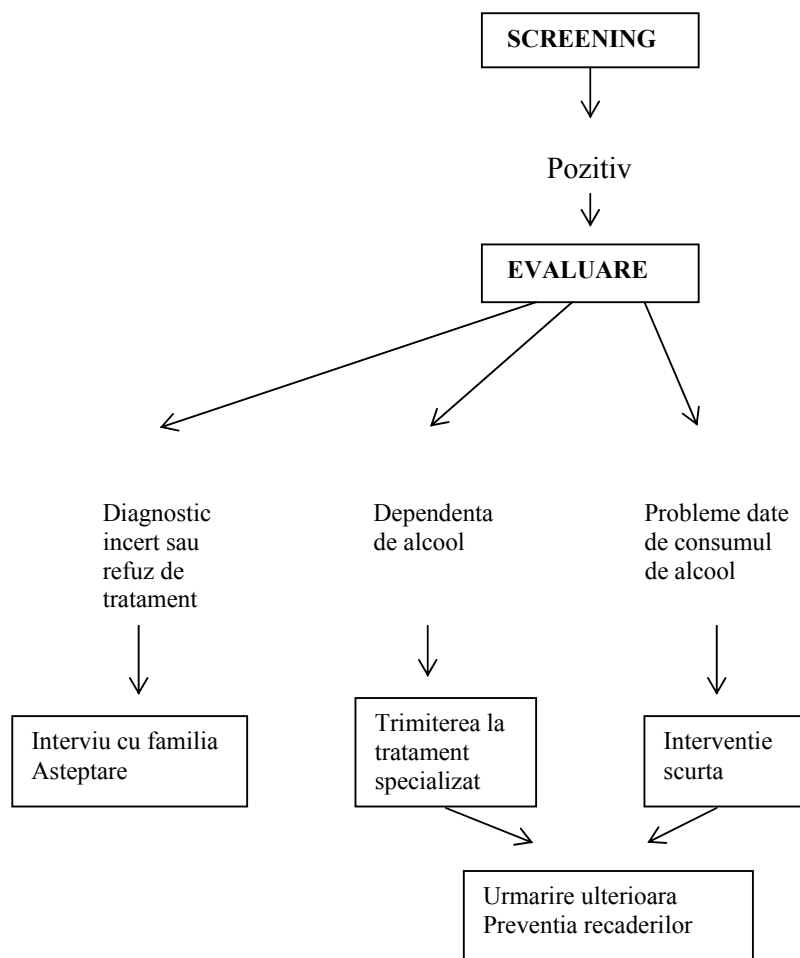
1. Incidenta celor cu probleme date de alcool este destul de mare pentru a justifica costul screeningului,
2. Problemele au un efect semnificativ asupra calitatii vietii,
3. Un tratament adecvat pentru aceste probleme este disponibil,
4. Sunt disponibile teste de screening valide si cost-efective.

Utilitatea oricarui test de screening depinde de **validitatea si confidenta** lui. Validitatea este masura in care un instrument masoare lucrul sau fenomenul pentru care a fost construit. Confidenta, respectiv reproductibilitatea datelor obtinute prin repetarea evaluarii cu acelasi instrument, arata daca aceste instrumente sunt robuste si aplicabile in practica. Dar tot atat de importante sunt si celelalte calitati psihometrice ale testelor de screening, precum senzitivitatea si specificitatea.

Senzitivitatea unui test este abilitatea lui de a identifica oameni cu tulburarea pentru care a fost construit sa o deceleze. Ea reflecta proportia persoanelor cu probleme date de alcool care sunt corect identificate de test din totalitatea persoanelor testate (vezi tabelul Nr. 3).

Probleme cu alcoolul	Rezultatul la screening	
	Pozitiv	Negativ
Prezent	adevarat pozitiv (a)	fals pozitiv (b)
Absent	fals negativ ©	adevarat negativ (d)

Tabelul 3: Tabelul 2 x 2 de calculare a senzitivitatii si specificitatii unui test



1. **Administrarea procedurilor de screening**
 - cantitate/frecventa + nr. zile de consum exagerat
 - AUDIT/MAST/CAGE
2. **Scurta evaluare**
 - obtinerea istoriei consumului de alcool si a problemelor sale;
 - evaluarea gradului de dependenta fizica
 - evaluarea istoriei medicale si a functionarii psihosociale
3. **Angajarea in interventia scurta**
 - trecerea in revista a problemelor impreuna cu familia
 - prezentarea evidentei daunelor fizice
 - negocierea si prezentarea diagnosticului
 - stabilirea scopului reducerii bautului
 - trecerea in revista a modificarilor pozitive care vor aparea
 - stabilirea contactelor viitoare
 - furnizarea de bibliografie
4. **Urmarirea ulterioara**
 - Trecerea in revista a zilelor de baut
 - monitorizarea indicatorilor fizici ai bautului
 - trecerea in revista a progreselor facute
 - furnizarea de ingrijiri intensive si specializate pentru persoanele dependente, sau a celor care incearca sa mentina abstinenta.

Fig. 3: Procedurile de screening si interventie scurta

Specificitatea se refera la abilitatea testului de a identifica subiecti care nu au tulburarea care se vrea detectata, respectiv problemele cu alcoolul. Astfel, specificitatea reflecta proportia persoanelor indemne corect identificate, asa-zisi adevarati negativi.

Testele de screening furnizeaza un scor pentru fiecare individ testat si parintii fiecarui instrument recomanda un prag limita (*cut-off point*) de la care un subiect poate fi considerat ca detectat avand problemele in cauza. Atunci cand un instrument international este “transferat” intr-o alta limba si cultura este necesar sa se determine din nou pentru versiunea nationala respectiva, obtinuta in urma unei analize lingvistice, proprietatile psihometrice ale testului (indicele de confidenta, specificitatea, senzitivitatea si pragurile limita de scor) astfel ca sa le putem compara cu cele originale si sa fim siguri ca nu si-a pierdut calitatile initiale.

Determinarea pragurilor de scor optime pentru ca instrumentul de screening sa aiba o cat mai buna putere de detectie se face printr-un procedeu numit Receiver Operating Curves. Aceasta metoda masoara efectivitatea testului si analizeaza toate perechile posibile ale valorilor raportului dintre senzitivitate si specificitate, generand o curba. Cel mai inalt punct de pe aceasta curba reprezinta scorul cel mai adecvat pentru a detecta un individ “pozitiv”, respectiv prezinta cel mai favorabil raport senzitivitate/specificitate.

Exista mai multe teste de detectie a problemelor date de alcool (vezi tabelul Nr. 4). Testul AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*) este recomandat de Organizatia Mondiala a Sanatatii si a fost testat intr-un studiu multinational. Testul MAST (*Michigan Alcoholism Screening Test*) sau CAGE sunt raspandite mai mult in SUA.

Tabelul 4: Exemple de teste de screening a problemelor date de alcool

Nume	Scor prag recomandat	Populatie	Comentarii
Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) (Babor & Grant, 1989)	scor peste 8 scor de la 0 la 40	Adulti	10 itemi Recomandat de OMS Informatii din ultimul an; nu detecteaza problemele din trecut
CAGE (Ewing 1984)	2 sau mai multe raspunsuri pozitive	Adulti	Instrument scurt cu 4 itemi. Evalueaza consumul lifetime, dar nu masoara nivelul consumului.
Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) (Selzer, 1971)	scor 5 sau peste	Adulti	25 itemi, evaluea lifetime problemele dar nu masoara cantitate/frecventa
Short-MAST (SMAST) (Selzer si colab., 1975)	scor 2 sau peste	Adulti	13 itemi, recomandat la nivelul ingrijirilor medicale primare
TWEAK (Russell si colab. 1991)	scor 3 sau peste	Adulti-Femei	5 itemi, ofera avantaje in plicare la femei
Health Screening Questionnaire (HSQ) (Wallace & Haines, 1985)	depinde de scop	Adulti	9 itemi pentru alcool contine si alti itemi
Problem-oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT) (NIDA, 1990)	1 sau peste	Adolescenti	subscala cu 14 itemi

Analiza cost/efectivitate a screeningului:

Analiza cost/efectivitate este un instrument de luarea deciziei folosit pentru evaluarea costului modurilor alternative pentru atingerea unui deznodamant dat. Primul pas in examinarea costurilor de screening este sa se ia in considerare scopurile primare ale procedurilor de screening.

Scopurile potentiale ale unei analize cost-efectivitate a screeningului include determinarea:

- Cel mai scazut cost pentru screening,
- Cel mai mare numar de persoane testate,
- Cel mai mare numar de persoane pozitive testate,
- Cel mai scazut cost mediu pentru o persoana pozitiv testata.

Tolley & Rowland (1991), luand in calcul timpul luat pentru screening si costul personalului folosit, gasesc ca cel mai ieftin cost pentru screening il dau surorile, in schimb specialisti in alcool furnizeaza cele mai mult cazuri pozitive; medicii in general dau cel mai mic cost raportat la cazurile pozitive. Pe aceasta baza cea mai buna decizie este de a folosi surorile pentru screening si a folosi specialisti pentru evaluare si proceduri de indrumare.

ROLUL MEDICULUI DE FAMILIE/MEDICULUI GENERALIST IN DEPISTAREA PRECOCE SI INTERVENTIA SCURTA LA CONSUMATORII DAUNATORI DE ALCOOL

La nivelul medicului de familie sau medicul generalist se intalnesc un spectru variat de probleme date de alcool, de la cele severe, precum dependenta de alcool sau complicatiile somatice ale alcoolismului, pana la consumul abuziv si daunator.

Pana recent, medici din sectorul primar al ingrijirii sanatatii se concentrau doar pe decelarea "alcoolismului" si trimiterea pacientilor la specialisti pentru un diagnostic mai nuanat si pentru un tratament specializat.

Prevalenta acestor cazuri variaza intre 11 si 20% la cabinetele de medicina generala (Bradley, 1992) si intre 8 si 16% in practica de medic de familie (Schorling, 1994). In astfel de consultatii barbatii sunt de 3-4 ori mai numerosi decat femeile si problemele date de alcool apar mai devreme la barbati.

Recunoasterea problemelor date de alcool din spatele unei consultatii medicale solicitate pentru alte motive este de maxima importanta

Recunoasterea problemelor date de alcool la persoanele care solicita ajutor medical la acest nivel este o problema foarte importanta. Primul pas este depistarea problemelor aflate in spatele "simptomului de prezentare". Se considera ca riscul consecintelor negative incepe sa apara de la

consumul a peste 15 drink-uri*/saptamana la barbati si 12 drink-uri/saptamana la femei (Anderson, 1993).

Conform consensului diagnostic si terapeutic al alcoolismului, fiecare medic este solicitat sa indrume anamneza catre consumul de alcool la fiecare adolescent sau adult care solicita o consultatie medicala. In tabelul 5 se prezinta unele din cele mai comune simptome si semne de prezentare a problemelor date de alcool la nivelul ingrijirii medicale primare.

Simptome medicale	Semne familiale
<ul style="list-style-type: none">• Dureri abdominale/gastrice• Cresterea tensiunii arteriale• Cefalee cronica• Insomnie• Boli cu transmisie sexuala• Oboseala• Depresie cronica• Diaree cronica• Scaderea memoriei	<ul style="list-style-type: none">• Frecvente vizite a altor membrii de familie• Simptome inexplicabile, precum cefalee sau dureri abdominale la un copil• Traumatisme la membrii de familie consecutive unui abuz fizic• Probleme scolare la un copil• Tulburare de atentie la un copil• Depresie sau anxietate la un copil sau la partener

Tabelul Nr. 5: Semnele si simptomele sub care se pot prezenta problemele date de alcool (dupa Barry & Fleming, 1994)

Pentru o mai buna depistare a problemelor date de alcool, in cursul anamnezei se aplica un test de depistaj, precum AUDIT, MAST sau CAGE. Acest test se poate aplica ca atare, respectiv i se citesc subiectului intrebarile si se coteaza raspunsurile si se calculeaza scorul care este adus la cunostinta pacientului sau, atunci cand experienta medicului crede ca este necesar, intrebarile testului sunt puse pe sarite in timpul consultatiei, risipite de-a lungul anamnezei, astfel ca subiectul sa nu realizeze ca este chestionat expres pentru consumul de alcool.

* drink = unitate standard internationala de masurare a consumului de bauturi alcoolice. Vezi in sectiunea urmatoare modul de transformare a cantitatilor in ml de bauturi uzuale in drinkuri.

Odata ce pacientul a fost identificat "pozitiv" la testul de depistaj, acest lucru i se comunica acest lucru iar apoi medicul trebuie sa evalueze severitatea problemelor pacientului date de consumul astfel revelat. In cazul cand este vorba numai de un consum daunator pacientul devine in aceeaasi consultatie subiectul unei interventii scurte, iar in cazul cand este vorba de o problema serioasa, precum un sindrom de dependenta sau de complicatii somatice severe ale consumului de alcool, pacientul este indrumat la consult si tratament de specialitate, urmand ca sa monitorizeze ulterior, la externare, deznodamantul acestui tratament pe termen scurt si mediu. Pentru aceasta indrumare este necesar ca medicul sa puna pacientul intr-o relatie exacta si rapida cu medicul specialist sau cu institutia medicala specializata si sa urmareasca daca pacientul s-a prezentat la acestea.

Medicul generalist sau medicul de familie trebuie sa fie pregatit sa informeze pacientul si familia lui despre toate resursele comunitare in tratamentul si preventia problemelor date de alcool, respectiv grupuri AA, Alanon, cabinete de consiliere, cabinete de psihoterapie, etc. In plus, el trebuie sa apeleze si la biblioterapie, in cabinetul sau trebuind sa existe brosure, pamflete sau alte materiale bibliografice care promoveaza reducerea consumului de alcool si abstinenta.

In concluzie, resursele medicului de familie si generalist in tratarea problemelor date de alcool sunt in principal depistarea precoce, interventia scurta, indrumarea la tratamentul specializat, monitorizarea deznodamantului tratamentului si aplicarea de metode educative

IMPORTANT:

Cele cinci probleme care afecteaza implementarea programul de screening si de interventie scurta in unitatile medicale:

- **Decontarea banasca:** decontarea activitatilor preventive la Casa de Asigurari Medicale este dificila din cauza greutati controlului evidentei acestei activitati;
- **Educatia profesionala a medicilor:** exista putine cursuri sau profesioniști cu expertiza adecvata implicati in curricula studentilor la medicina sau a rezidentilor asupra screeningului si procedurilor de interventie la alcoolici (Davis et al. 1988)
- **Standardele de ingrijire:** metodele de ingrijire pentru detectarea si tratarea alcoolicii nu sunt inca standardizate si implementate in unitatile medicale (Chang & Astrachan, 1988).
- **Barierile de ordin practic:** exista retineri in implementarea in unitatile medicale ambulatorii a acestor proceduri si a rolului medicului in acestea;
- **Normele societatii:** atitudinea toleranta din unele medii ale societatii, precum la tineri sau la unele grupuri profesionale, motiv pentru care medicul nu intreaba in mod specific despre consumul de alcool sau obisnuinta pacientului de a se astepta sa fie intrebat despre consumul de alcool iar daca nu este intrebat nu raporteaza nimic in mod spontan.

SECTIUNEA II

Metoda de detectie rapida a consumului daunator de alcool cu ajutorul testului AUDIT

AUDIT
(The Alcohol Use Disorders Identification Test)

*Un test al Organizatiei Mondiale a Sanatatii de detectie precoce a
consumului daunator de alcool
si a alcoolismului in general la nivelul ingrijirilor
medicale primare*

Versiunea Romaneasca realizata de:

**Compartimentul de Cercetare
Centru Colaborativ al Organizatiei Mondiale a Sanatatii
Spitalul de Psihiatriei Jebel, Timis
Coordonator de proiect: Dr. Radu Vrasti**

AUDIT este un chestionar simplu, dezvoltat de *Organizatia Mondiala a Sanatatii* printr-un studiu multi-centru ce a cuprins 6 tarii (Norvegia, Australia, Kenia, Bulgaria, Mexico si SUA), cu scopul de a furniza o procedura rapida de *identificare* a persoanelor ce consuma alcool in mod *daunator* pentru sanatatea lor.

Testul este conceput sa identifice aceste persoane mai ales la nivelul *medicului de familie*, deci la nivelul ingrijirilor medicale primare, acolo unde persoanele ce considera ca au probleme de sanatate se prezinta pentru prima oara sau acolo unde populatia dintr-o colectivitate este supravegheata medical activ de acest esalon medical foarte important.

Aceste persoane pot fi pacienti care vin pentru probleme medicale, pentru accidente, pentru tendinte sau incercari de suicid, pentru probleme familiale generate de conditia lor de sanatate sau pentru ca sunt intr-un proces de expertiza medicala legata de situatia lor militara, de obtinere a carnetului de conducere auto, sau in alte situatii medico-sociale.

AUDIT este un chestionar structurat, simplu si scurt, care poate fi aplicat ca atare sau poate sa fie inclus in anamneza unui pacient fara sa stie ca se afla sub intrebarile unui interviu structurat. El contine intrebari referitoare la consumul recent de alcool (intrebarile 1-3), la sindromul de dependenta la alcool (intrebarile 4-6), la consecintele psihologice ale consumului (intrebarile 7 si 8) si la daunele produse de alcool (intrebarile 9 si 10).

Chestionarul se aplica prin citirea intocmai a intrebarilor in ordinea in care sunt furnizate sau, in cazuri specifice, se da subiectului sa le citeasca si sa raspunda pe un formular adecvat. Dupa obtinerea raspunsurilor, ele se coteaza numeric conform valorii prevazute pentru fiecare raspuns si se calculeaza scorul total prin insumarea valorilor intrebarilor.

O unitatea de consum de alcool - un *drink* - este aproximativ egal cu o sticla de bere, cu un pahar de 200 ml de vin sau cu 30-40 ml de bauturi spirtoase (*vezi tabelele de conversie anexate*).

Instructiuni de aplicare:

Inaintea fiecarei intrebari se citeste umratorul text:

"ACUM O SA VA PUN CATEVA INTREBARI DESPRE CONSUMUL DVS, DE BAUTURI ALCOOLICE DIN PERIOADA ULTIMULUI AN".
Explicati ce intelegeti prin bauturi alcoolice, respectiv bauturile alcoolice ce sunt obisnuite in locul sau spatiul cultural din care provine subiectul, respectiv, bere, vin, tuica, votka, rom, etc. Coteza in prealabil numarul de "*drinkuri*" pentru o cantitate de astfel de bauturi alcoolice pentru a fi capabil de a calcula numarul de unitati de alcool consumate de subiect sau foloseste tabele de conversie (anexate).

Dupa calcularea scorului total AUDIT, incercati sa plasati subiectul, in functie de scorul prag de 10, intr-o categorie de risc:

- peste scorul de 10 "risc inalt pentru consum daunator de alcool"
- sub scorul de 10 "risc scazut sau inexistent de consum daunator de alcool".

Coroborati acest indice cu datele obtinute din anamneza, examenul clinic, examenele paraclinice si datele obtinute de la familie pentru a avea un tablou complet asupra conditiei de sanatate a pacientului si a programului terapeutic.

TESTUL AUDIT

Incercuiți numărul corespunzător răspunsului subiectului

1. CAT DE DES BETI O BAUTURA CONTINAND ALCOOL?

- | | |
|------------------------|--------------------------------------|
| (0) niciodata | (3) 2 la 3 ori pe saptamana |
| (1) lunar sau mai rar | (4) 4 sau mai multe ori pe saptamana |
| (2) 2 la 4 ori pe luna | |

2. CATE UNITATI DE ALCOOL (DRINKURI) CONSUMATI INTR-0 ZI OBISNUITA, ATUNCI CAND BETI?

- | | | |
|-------------|-------------|---------------------|
| (0) 1 sau 2 | (2) 5 sau 6 | (4) 10 sau mai mult |
| (1) 3 sau 4 | (3) 7 sau 9 | |

3. CAT DE DES BETI 6 SAU MAI MULTE UNITATI (DRINK) DE ALCOOL INTR-0 SINGURA SITUATIE DE CONSUM?

- | | | |
|-----------------------|----------------|-------------------------------|
| (0) niciodata | (2) lunar | (4) zilnic sau aproape zilnic |
| (1) lunar sau mai rar | (3) saptamanal | |

4. CAT DE DES ATI CONSTATAT IN ULTIMUL AN CA NU PUTETI SA VA OPRITI DIN BAUT ODATA CE ATI INCEPUT?

- | | | |
|-----------------------|----------------|-------------------------------|
| (0) niciodata | (2) lunar | (4) zilnic sau aproape zilnic |
| (1) lunar sau mai rar | (3) saptamanal | |

5. CAT DE DES IN ULTIMUL AN NU ATI REUSIT SA FACETI CEEA CE ERA DE ASTEPTAT SA FACETI DIN CAUZA BAUTULUI?

- | | | |
|-----------------------|----------------|-------------------------------|
| (0) niciodata | (2) lunar | (4) zilnic sau aproape zilnic |
| (1) lunar sau mai rar | (3) saptamanal | |

6. CAT DE DES IN ULTIMUL AN ATI AVUT NEVOIT SA BETI PRIMA BAUTURA DE DIMINEATA CA SA VA REVENITI DUPA O BAUTURA ZDRAVANA?

- | | | |
|-----------------------|----------------|-------------------------------|
| (0) niciodata | (2) lunar | (4) zilnic sau aproape zilnic |
| (1) lunar sau mai rar | (3) saptamanal | |

7. CAT DE DES IN ULTIMUL AN ATI AVUT UN SENTIMENT DE REMUSCARE SAU DE VINA DUPA CE ATI BAUT?

- (0) niciodata (2) lunar (4) zilnic sau aproape zilnic
(1) lunar sau mai rar (3) saptamanal

8. CAT DE DES IN ULTIMUL AN NU ATI PUTUT SA VA AMINTITI CE S-A INTAMPLAT IN NOAPTEA TRECUTA DIN CAUZA CA ATI BAUT?

- (0) niciodata (2) lunar (4) zilnic sau aproape zilnic
(1) lunar sau mai rar (3) saptamanal

9. DVS. SAU ALTCINEVA A FOST RANIT CA REZULTAT LA FAPTULUI CA ATI FOST BAUT?

- (0) nu (4) da, in ultimul an
(2) da, dar nu in ultimul an

10. O RUDA, UN PRIETEN, UN DOCTOR SAU O ALTA PERSOANA DIN DOMENIUL SANITAR A FOST INGRIJORATA DE BAUTUL DVS. SAU V-A SFATUIT SA-L REDUCETI?

- (0) nu (4) da, in ultimul an
(2) da, dar nu in ultimul an

Inregistrati scorul total : / _ / _ /

Comparati cu scorul prag de 10 si calificati gradul de risc in care se afla pacientul

AUDIT - INSTRUMENTUL OMS DE SCREENING AL ALCOOLISMULUI

In 1980, un comitet de experti ai OMS care a trecut in revista abordarile curente din tratamentul alcoolismului, a conchis ca ar trebuie sa se investeasca in dezvoltarea unei interventii scurte si efective directionata spre persoanele a caror probleme cu bautul sunt intr-un stadiu timpuriu sau moderat. In sprijinul acestei afirmatii a fost si faptul ca cele mai multe daunele legate de alcool nu sunt prezente la alcoolicii dependenti ci la numarul mare de consumatori de alcool in mod daunator (*"harmful alcohol consumption"*). Aceste recomandari au ramas fara ecou pana in 1982 cand OMS instituie doua proiecte colaborative multicentru asupra detectiei si interventiei precoce in alcoolism. Primul dintre acestea, "The Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption" a avut ca principal scop dezvoltarea unei metode simple de detectare a persoanelor cu consum daunator de alcool inainte ca sa apara dependenta la alcool sau complicatiile fizice si psihosociale majore. Acest proiect a angajat sase centre colaborative: Australia, Bulgaria, Kenia, Mexico, Norvegia si SUA si a fost subiectul a numeroase publicatii internationale (Aasland si colab, 1985; Saunders, 1986; Babor si colab. 1986). Unul din rezultatele studiului colaborativ a fost construirea a doua instrumente de screening: The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) si The Clinical Screening Procedure (Saunders & Aasland 1987; Babor si colab. 1989; Saunders si colab. 1993). Al doilea studiu a fost "WHO Collaborative study on implementing and supporting early intervention in primary health care".

Problema transportabilitatii tehnicii de screening intre culturi a reprezentat un alt subiect abordat, transportabilitate care sta la baza programului OMS de combatere a uzului de substante. Publicatiile stiintifice din America si Europa au aratat ca criteriologia diagnostica si

sindroamele diagnostice sunt aplicabile in toate culturile. In mod corespondent, a existat tendinta ca instrumentele de screening care au fost dezvoltate sa fie transportate fara nici o precautie in alte culturi, ci chiar traducerea cuvant cu cuvant. Room (1985) critica pe drept cuvant aceasta practica si prezinta necesitatea unor studii de confidenta cross-culturala a acestor instrumente.

Studiul de fata are ca obiectiv si aceasta "potrivire" cross-culturala a intrumentului AUDIT din cultura anglo-saxona unde s-a nascut in cultura romaneasca, cu traditiile si stereotipurile ei de consum de alcool.

CONSTRUCTIA TESTULUI AUDIT SI PROPRIETATILE LUI PSIHOMETRICE

Grupul de lucru a constituit un "pool" de 150 itemi, multi din acestia imprumutati din alte instrumente de screening al alcoolismului sau luati din itemii care acopera criteriile de diagnostic pentru variate categorii de alcoolism. Aceste intrebari au fost administrate la 1.888 persoane selectate dintre cele ce se prezinta la medicii generalisti, raspunsul lor cotandu-se in functie de frecventa de aparitie a fenomenului evaluat pe o scala cu 4 puncte (de la 0 = niciodata la 4 = zilnic). Pe baza unei analize "in pasi", au fost excluse treptat acele intrebari care au dat cele mai rare raspunsuri afirmative. Mai departe, pe baza calcularii coeficientului alpha-Cronbach de confidenta, a corelatiei cu cantitatea de alcool consumata zilnic de un subiect si a analizei factoriale, au fost eliminate si alte intrebari care nu acopera bine domeniile de screening si astfel au ramas 10 intrebari care constituie nucleul de baza a testului AUDIT.

Intrebarile 1-3 masoara consumul de alcool, intrebarile 4-6 comportamentul de consum, 7-8 reatiile adverse si 9-10 problemele date de alcool. Fiecare intrebare permite evaluarea ei pe o scara Likert cu 4 puncte (de la 0 la 4) si scorul total al testului poate sa se intinda de la 0 la

40. Sensitivitatea (procentul de persoane corect diagnosticate pozitiv – care au boala) a fost cuprinsa intre 87 si 96% si specificitatea (procentul de persoane corect evaluate ca negativ/fara boala) a fost cuprinsa intre 81 si 98% pentru consumul daunator de alcool in toate cele 6 centre ale studiului. Pentru scorul prag de 8 a fost gasit maximum de senzitivitate si pentru scorul de 10 a fost gasit maximum de specificitate, ceea ce inseamna ca dincolo de acest scor se poate vorbi de un individ avand un consum de alcool daunator.

Pentru cei interesati, datele obtinute la loturile studiate si calculele indicilor psihometrici pot fi disponibile prin solicitare directa la coordonatorul de proiect.

UTILIZAREA TESTULUI AUDIT IN PRACTICA MEDICALA INTERNATIONALA

Dupa dezvoltarea si difuzarea instrumentului AUDIT, au aparut mai multe studii care au evidentiat valoarea si aplicabilitatea instrumentului in identificarea consumului daunator de alcool. Astfel, Fleming si colab. (1991) au studiat proprietatile psihometrice ale AUDIT intr-o populatie de 989 studenti si au gasit o senzitivitate de 84% si o specificitate de 71% atunci cand se utilizeaza un scor prag de 11. Aceasta tradeaza utilitatea si fezabilitatea instrumentului intr-o astfel de populatie non-clinica. Barry & Fleming (1993) studiaza validitatea predictiva a AUDIT intr-o populatie rurala de 287 subiecti care se prezentau pentru diverse probleme de sanatate la medicul de medicina generala si confirma utilitatea instrumentului de a decela la un prag de 7-8 subiectii cu probleme curente date de alcool. Cherpitel (1995) demonstreaza utilitatea AUDIT in detectia problemelor date de alcool la pacientii care se prezinta la camera de garda, iar Skipsey si colab. (1997) arata ca AUDIT poate fi folosit si pentru decelarea celor cu probleme cu alcoolul intr-o populatie de dependenti de

droguri. Comparand AUDIT cu un alt instrument de screening Michigan Alcoholism Screening Test - MAST (Selzer), Bohn si colab. (1995) demonstreaza ca AUDIT este mai senzitiv si specific decat MAST in discriminarea alcoolizilor de cei nealcoolici intr-o populatie de pacienti cu diferite afectiuni medicale. Mai recent, Wennberg (1996) face un studiu prin care evalueaza versiunea suedeza a AUDIT-ului la 227 subiecti si gaseste ca testul are o buna consistenta interna si reuseste sa deceleze comportamentul de consum daunator de alcool.

TRANSLATIA SI RETRO-TRANSLATIA TESTULUI AUDIT SI OBTINEREA VERSIUNII ROMANESTI

Transferul unui instrument de evaluare din limba in care a fost produs intr-o noua limba este un demers foarte sensibil pentru ca exista riscul ca prin traducere sa se piarda adevaratele intelesuri si sensuri ale versiunii originale, cuvintele si expresiile folosite putand fi specifice doar culturii originare. Pe de alta parte, un instrument care are pretentia de a fi "international" trebuie sa fie "potrivit" cross-cultural, adica sa acopere aceleasi intelesuri si chestiuni in mai multe culturi, respectiv sa posede echivalente lingvistice foarte confidente, astfel ca fiecare versiune nationala sa posede aceeasi validitate si confidenta ca si versiunea originala.

Flaherty si colab. (1988) a propus patru nivele de echivalenta cross-culturala:

- echivalenta de continut: continutul fiecarui item trebuie sa acopere acelasi fenomen in toate versiunile nationale;
- echivalenta de sintaxa: intelesul fiecarui item trebuie sa fie acelasi in fiecare cultura dupa translatia intr-o noua limba;

- echivalenta tehnica: metoda de evaluare sa fie compatibila in fiecare cultura;
- echivalenta conceptuala: instrumentul sa masoare acelasi construct teoretic in fiecare cultura, respectiv acest construct teoretic sa fie compatibil in cultura in care se traduce instrumentul original.

In studiul de fata, obtinerea versiunii romanesti s-a facut urmand protocolul de evaluare lingvistica recomandat de OMS (Sartorius & Kuyken 1994). Acest protocol porneste de la ideea ca diferentele lingvistice, precum problemele cauzate de schimbarile in intelesul cuvintelor intre dialecte, dificultatile de traducere si dificultatile care apar in aplicarea conceptelor intre culturi constituie barierele primare in adaptarea unei clasificari si metodologii internationale. Pentru a rezolva aceasta problema, fiecare centru va trebui sa identifice termenii si definitiile utilizate in metodologie care pun probleme de traducerea in limbajul local sau in aplicarea conceptului. In timpul procesului de evaluare lingvistica pot apare mai multe probleme printre care se mentioneaza:

- termenul original are un inteles diferit sau schimbat in limbajul local;
- termenul nu poate fi tradus in limbajul local sau translatia este foarte dificila din cauza ca nu exista un echivalent exact;
- intelesul termenului original este modificat in timpul translatiei din cauza ca termenul local a pierdut unele din conotatiile celui original sau din contra, termenul local are un inteles prea larg fata de cel original;
- doi sau mai multi termeni din limbajul original au acelasi termen in limbajul local.

In aplicarea metodologiei mai sus mentionate studiul de fata a intrepris urmatoarele activitati:

- 1) Specialisti cu un grad înalt de expertiză în domeniul instrumentelor de evaluare internaționale și cu experiență în domeniul evaluării alcoolismului au identificat termenii din versiunea originală (engleză) a AUDIT care nu au echivalente în limba română. Astfel, s-a decelat doar un singur termen “**drink**” care este o unitate internațională de măsurare a cantității de alcool consumată de un individ. După analizarea situației lingvistice locale s-a decis că nu se poate găsi un echivalent potrivit și s-a recomandat păstrarea lui ca neologism și ca termen tehnic, științific, urmând ca să i se atașeze explicațiile necesare atât pentru utilizator cât și pentru interviuat. Această situație este comună pentru limbajul științific și termenul este asimilat treptat și în limbajul curent (de ex. termenul de “bit” în informatică). Pe de altă parte, s-a recomandat să existe și o versiune în care termenul “drink” să fie tradus cu termenul “unitate de alcool”: de ex. “*how many drinks...*” vs “cate unitati de alcool...”
- 2) Un expert bilingv (bun cunoscător al limbii române și al limbii engleze) a tradus versiunea engleză a AUDIT-ului în limba română.
- 3) Un grup de 2 experți bilingvi au retro-tradus (*back-translation*) această versiune românească înapoi în engleză și împreună cu grupul de specialiști în alcoolism (de la punctul 1) au analizat diferențele existente dintre versiunea engleză originală AUDIT și cea secundară engleză furnizată prin back-translation. Discrepanțele și aspectele conflictuale au fost analizate în parte. S-a constatat că cele două versiuni engleze, cea primară și cea secundară, sunt aproape superpozabile și nu există termeni sau înțelesuri care să nu fi putut fi capturate de limba română. Aceasta arată că versiunea română este confidențială și poate fi considerată ca perfect echivalentă cu cea originală.

Pentru ca aceasta versiune confidenta din punct de vedere lingvistic sa poata fi considerata confidenta si din punct de vedere al conceptului pe care-l acopera, ea va trebui sa fie supusa unui studiu de confidenta test-retest. Acest lucru reprezinta urmatorul stadiu al cercetarii de fata si este prezentat in urmatoarea sectiune.

CALITATILE PSIHOMETRICE ALE VERSIUNII ROMANESTI A TESTULUI AUDIT

Pentru versiunea romaneasca a testului AUDIT, prezentata mai sus, s-a studiat calitatile psihometrice pentru a obtine profilul de confidenta in utilizarea practica a acestui instrument.

1. Confidenta intercotori test-retest

Confidenta este un parametru major dupa care se judeca calitatea unui instrument de masura. El este traducerea cuvintului englezesc "*reliability*" (incredere, siguranta, soliditate, etc.). Francezii il traduc prin "fidelitate". Unii cercetatori tind sa foloseasca o lista larga de sinonime printre care amintim: "obiectivitate", "reproductibilitate", "stabilitate", "acord", "asociatie", "senzitivitate", "precizie".

Se stie ca orice masurare duce inevitabil la unele erori din variate motive. Conceptul de confidenta este un mod fundamental de a reflecta gradul de eroare inerent oricarei masurari sau gradul cu care rezultatul masurarii este reproductibil. Notiunea de "eroare a masurarii" recunoaste ca scorul unui test si alte feluri de observatii cantitative sunt subiect de fluctuatie de la valoarea "ipotetic" adevarata care nu poate fi determinata. Exista o variabilitate asteptata si sistematica a rezultatelor subiectilor la o masurare data, explicabila prin diferenta "*adevarata*" dintre subiecti, indiferent daca ei sufera de aceeasi boala sau li se masoara aceeasi trasatura. Astfel, eroare de masurare ar fi diferenta "*falsa*" dintre subiecti. Suma erorii de masurare si a variabilitatii subiectilor se numeste *variabilitate totala*. In felul acesta devine evident ca confidenta exprima proportia variantei subiectilor din totalul variantei din masurare:

$$\text{Coeficientul de confidenta} = \frac{\text{Variabilitatea subiectilor}}{\text{Variabilitatea subiectilor} + \text{eroarea masurarii}}$$

Coeficientul de confidenta reflecta marimea cu care un instrument de masura poate diferentia subiectii.

Desi se crede ca confidenta este o masura a unui test, trebuie sa se spuna ca acest parametru este strans legat de populatia pe care se vrea sa se aplice masurarea.

Coeficientul de confidenta are inteles doar atunci cand este aplicat unei anume populatii in anumite conditii de masurare. Astfel, un anume coeficient de confidenta a unui instrument de masura este o afirmatie despre cum masura este reproductibila in anumite conditii si la anumita populatie.

Exista mai multe feluri de coeficienti de confidenta in functie de tipul de instrument si de intentia experimentatorului. Pentru studierea confidentei testului AUDIT s-a ales calcularea confidentei externe test-retest.

In masura in care confidenta este un indice a reproductibilitatii unui test, ea masoara stabilitatea masurarii cu acel test in ciuda schimbarilor parametrilor externi sau conditiilor masurarii, adica a schimbarilor care nu sunt inerente aplicarii testului. Acesti factori externi pot fi: ambianta in care se aplica testul, maniera in care este aplicat de catre intervievator, factori subiectivi care tin de relatia ce se stabileste intre intervievat si intervievator, etc. In esenta, confidenta externa se reduce la gradul de potrivire si acord ("*agreement*") dintre doua masurari.

Confidenta externa include *confidenta intra-observator* sau evaluator si *confidenta inter-observator/evaluator*. Confidenta intra-observator se refera la stabilitatea a doua masurari facute de acelaasi evaluator in momente diferite si se mai numeste si *confidenta test-retest*. Confidenta inter-observator este gradul de consens obtinut intre mai multi observatori care au efectuat acelasi test. Uneori se poate vorbi si de *confidenta inter-informanti* atunci cand un evaluator foloseste mai multi informanti (sotie, rudele pacientului, colegi de la locul de munca, etc.).

Confidenta test-retest se stabileste prin administrarea interviului sau scalei la un grup de subiecti in doua ocazii separate de o perioada specificata de timp, in general intre 3 la 14 zile. Confidenta se masoara prin coeficientul de "agreement" numit *kappa* (Cohen, 1960) care se intinde de la -1 (dezacord total) la +1 (acord total). Un indice de 0,75 sau mai mult indica un acord excelent, intre 0,65 la 0,74 un acord bun, intre 0,40 si 0,64 acord multumitor si sub 0,40 acord prost (Fleiss, 1981). Coeficientul de confidenta *kappa* depinde in mare masura de prevalenta fenomenului studiat, respectiv cu cat prevalenta este mai mare cu atat increderea pe care putem sa o acordam coeficientului *kappa* calculat este mai mare. Coeficientul de confidenta *kappa* va fi calculat si in cazul studiului de fata.

Un coeficient de confidenta prost nu indica totdeauna faptul ca testul este prost. Astfel, evaluarea discrepantelor dintre prima evaluare si cea de a doua, procedu promovata de Cottler si colab. (1994) numit "interviul discrepantelor" permite evidentiarea surselor de neconfidenta care pot apartine, in mare, intervievatorului, respondentului sau procesului de evaluare in sine.

Pentru calcularea confidentei inter-observatori se poate utiliza la fel metoda test-retest dar fiecare evaluare va fi facuta separat de un alt evaluator, de obicei in perechi iar apoi se calculeaza coeficientul *kappa*.

Un alt coeficient de confidenta este coeficientul de corelatie intraclase (*intra-class correlation coefficient-ICC*) care este folosit in situatiile cand comparam intervievatori care au facut un numar diferit de pacienti.

O buna exemplificare a acestor metode o reprezinta recentul studiu OMS asupra validitatii si confidentei instrumentelor CIDI^{*}, SCAN[†] si AUDADIS (*Alcohol*

^{*} World Health Organization. The Composite International Diagnostic Interview (CIDI), core version 1.1. American Psychiatric Press, Washington, DC, 1993

[†] World Health Organization: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN), American Psychiatric Press, Washington DC, 1994

Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule)[‡] in diagnosticul tulburarilor de consum de alcool si droguri, studiu la care a participat si responsabilul acestui proiect, Dr. Radu Vrasti (Üstün si colab., 1997)[§].

Tot in cadrul acestui studiu OMS s-a facut o comparare a confidentei AUDADIS-ului in diagnosticul tulburarii de consum a alcoolului si drogurilor intre trei esantioane de utilizatori din Australia, India si Romania, folosindu-se metoda test-retest si calcularea coeficientului de acord kappa (Chatterji, Saunders, Vrasti si colab. 1997)^{**}. Vrasti si colab. (1998)^{††} fac primul studiu de confidenta a versiunii romanesti a unui instrument international promovat de OMS si Institutul National de Abuz de aAlcool si Alcoolism al SUA, respectiv AUDADIS, folosind tehnica de evaluare a confidentei inter-interviewatori prin studiu test-retest si calcularea coeficientului kappa si a discrepantelor dupa metoda Cottler, publicat in European Addiction Research.

Pentru stabilirea confidentei externe a versiunii romanesti a testului AUDIT s-au efectuat evaluari test-retest la 52 subiecti, dintre care 25 subiecti recrutati din populatia generala si 27 subiecti recrutati din indivizi aflati sub tratament specializat pentru diferite probleme date de consumul de alcool. Fiecare evaluare s-a facut separat de catre un alt intervievator, orb la rezultatele evaluarii anterioare.

Coeficientul de confidenta kappa s-a calculat cu ajutorul programului PC "EasyStat" produs de J.C.M.Ree si D.C.Ross, New York State Psychiatric Institute, © copyright, 1992.

S-a considerat ca un raspuns discrepant este acela care da un scor egal sau mai mare de 2 intre prima si a doua evaluare. Astfel, lotul din populatia generala a furnizat 23 raspunsuri identice la cele doua evaluari si doar 2 discrepante, in timp ce lotul clinic prezinta 21 raspunsuri identice si 6 diferente intre cele doua evaluari. Folosind un tabel 2 x 2 si programul de calcul, coeficientul kappa de confidenta este de 0,6919, respectiv o confidenta buna conform clasificarii lui Fleiss. Daca se ia pentru lotul din populatia generala scorul prag de 8, recomandat de OMS, si se determina prevalenta raspunsurilor concordante pozitive si negative (5,20 vs 4,40) intre timpul I si II si se calculeaza indicele kappa, rezultatul este de 0,9195, deci un indice foarte bun. Pentru populatia clinica, prevalenta raspunsurilor concordante din timpul I si II pentru un scor prag de 20 au fost de 3,33 vs 5.92 si indicele kappa de 0,8412, deci indice de confidenta foarte bun. **In felul acesta se poate spune ca instrumentul AUDIT in versiunea romaneasca promovata de acest studiu, este un instrument robust ce furnizeaza o buna reproductibilitate a datelor culese.**

* Grant BF, Hasin DS: The Alcohol Use Disorders and Associated Disabilities Interview Schedule, Rockville, National Institute on Alcohol and Alcoholism, 1991

§ Üstün B, Compton W, Mager D, Babor T, Baiyewu O, Chatterji S, Cottler L, Gogus A, Mavreas V, Peters L, Pull C, Saunders J, Smeets R, Stipek MR, Vrasti R, Hasin D, Room R, van den Brink W, Regier D, Blaine J, Grant BF, Sartorius N: WHO study on the reliability and validity of the alcohol and drug use disorder instruments: overview of methods and results, Drug and Alcohol Dependence, 1997,47:161-169

** Chatterji S, Saunders JB, Vrasti R et al: Reliability of the alcohol and drug modules of the Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities Interview Schedule-Alcohol/Drug-Revised (AUDADIS-ADR): an international comparison, Drug and Alcohol Dependence, 1997,47:171-185

†† Vrasti R, Grant BF, Chatterji S et al: Reliability of the Romanian version of the alcohol module of the WHO Alcohol Use Disorder and Associated Disabilities: Interview Schedule - Alcohol/Drug-Revised, European Addiction Research, 1998,4:144-149

2. Calcularea senzitivitatii, specificitatii, acuratetii, a indicelui de agrement kappa si a scorurilor prag

Acestea reprezinta caracteristicile principale de calitate a instrumentelor de evaluare care subliniaza capacitatea unei astfel de instrument de a fi cat mai adecvat scopului pentru care a fost construit. Acesti indicatori au fost calculati pe baza unui lot de 129 subiecti alcoolici (lot clinic) si de 101 subiecti din populatia generala (lotul de control). Nu au fost discrepante semnificative statistic in ceea ce priveste datele demografice care sa face ca cele doua loturi sa nu poate fi comparabile din acest punct de vedere.

In tabelul 6 sunt aratate scorurile medii la fiecare item AUDIT la cele doua loturi. Se constata ca in timp ce profilul "consumatorului de alcool" din populatia generala este unul al unui consumator de aproximativ 3-5 drinkuri de alcool de 1-2 ori pe saptamana, profilul "alcoolicului" este cel al unui individ ce consuma 8-10 drinkuri de alcool cu o frecventa de 3-4 ori pe saptamana, prezintand un sindrom de dependenta la alcool (scoruri dincolo de medie la itemii 4, 5 si 6) si un consum daunator de alcool (scor mare la itemul 10).

Item AUDIT	Populatia generala (N=101)				Lotul clinic (N=129)			
	Medie	Dev.stat	Minim	Maxim	Medie	Dev.stat	Minim	Maxim
1	2,31	0,90	0	4	3,19	0,75	0	4
2	1,38	1,11	0	4	3,11	1,01	0	4
3	0,96	1,03	0	4	2,82	1,04	0	4
4	0,34	0,69	0	4	2,52	1,03	0	4
5	0,30	0,63	0	4	2,17	1,19	0	4
6	0,54	0,45	0	4	2,34	1,27	0	4
7	0,17	0,90	0	4	2,44	1,20	0	4
8	0,54	0,34	0	4	1,51	1,26	0	4
9	0,11	1,02	0	4	1,24	1,59	0	4
10	0,41	1,07	0	4	3,53	1,22	0	4
total	6,87	4,97	0	40	24,95	7,09	0	40

Tabelul 6: Scorurile medii AUDIT la lotul din populatia generala comparativ cu lotul clinic

Calitatile psihometrice ale instrumentului de screening AUDIT s-au calculat pentru urmatoarele categorii diagnostice cu scopul de a stabili capacitatea testului de a identifica fiecare din aceste categorii intr-o populatie data, clinica sau non-clinica (populatie generala):

- diagnosticul clinic generic de "alcoholism" asa cum se formuleaza si se constituie el in rutinele medicale psihiatrice si nu numai;
- diagnosticul de "consum daunator de alcool" conform Clasificarii Internationale a Bolilor -versiunea a10-a;

In functie de cea mai inalta sensibilitate pentru o foarte buna specificitate si cel mai mare indice de agrement kappa s-au stabilit pragurile de scor pentru fiecare din aceste categorii diagnostice de mai sus. Astfel, in cazul diagnosticului de alcoholism, se constata ca la scorul AUDIT de 15, indicele kappa este cel mai inalt (0,83) si concorda cu o foarte inalta sensibilitate (95,08%) si specificitate (89,92%). Cu alte cuvinte, la acest prag testul AUDIT poate identifica un "caz" de alcoholism cu o probabilitate de 95%, iar sub acest prag poate decela indivizii fara "alcoholism" cu o probabilitate de 89% si increderea ca datele sunt reproductibile, adica dau acelasi rezultat la mai multe

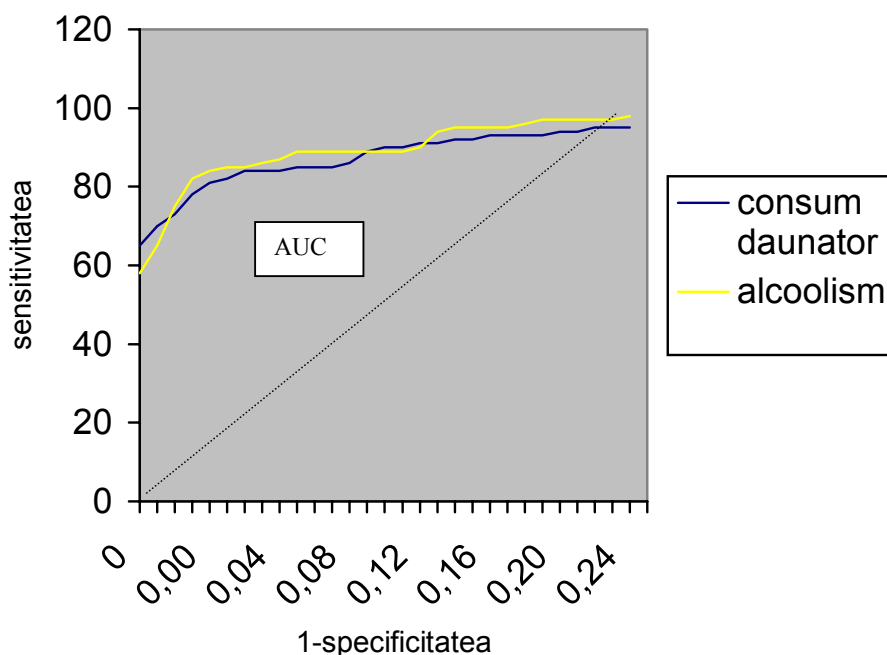
teste repetate de alti investigatori, este de 0,83 (increderea absoluta fiind reprezentata de coeficientul 1). In rezumat, in cazul unui screening intr-o populatie oarecare, la un scor de ≥ 15 testul poate decela un "caz clinic de alcoolism", indiferent de subcategoria diagnostica la care ar apartine si acest caz ar necesita tratament medical adecvat.

In cazul "consumului de alcool daunator", scorul prag AUDIT determinat de cel mai bun raport senzitivitate/specificitate pentru cel mai inalt indice kappa este de 10. De la acest scor testul AUDIT identifica un caz cu o probabilitatea de peste 90,19%, iar sub el identifica subiecti care nu consuma daunator cu o probabilitate mai mare de 90,90%. Gradul de incredere a masurarii este de 0,79. Comparativ cu pragurile recomandate de Organizatia Mondiala a Sanatatii de 8 (cand produce cea mai inalta senzitivitate) si 10 (cand produce cea mai inalta specificitate), studiul de fata deceleaza acelasi scor prag pentru consumul daunator de alcool de 10, ceea ce ne face sa recomandam cu fermitate folosirea acestei norme.

Pentru fiecare categorie diagnostica luata in studiu, respectiv diagnosticul de "alcoolism", consumul daunator de alcool si consumul hazardos de alcool, s-au calculat curbele ROC si suprafetele AUC pentru a vedea pentru care din aceste trei categorii instrumentul AUDIT are puterea discriminativa cea mai mare. Rezultatele sunt prezentate in fig. 2. Cu cat o curba este mai "inalta", respectiv este mai aproape de valorile mari ale sensibilitatii ("adevarati pozitivi") pentru valori mici ale "falsilor pozitivi" (1-specificitatea) si in felul acesta cuprinde sub ea o suprafata cat mai mare (UCA - *under curve area*) cu atat testul este mai acurat in detectarea subiectul pentru care a fost construit. Astfel, se poate vedea ca curbele generate de valorile date de "consum daunator" si a "alcoolism" sunt aproximativ identice. Deci, se poate spune cu multa siguranta ca

testul AUDIT in versiunea romaneasca furnizata de acest studiu este adecvat pentru a detecta atat "alcoolismul", cat si "consumul daunator".

Fig. 4: Curbele ROC si suprafata AUC



In concluzie, testul AUDIT, versiunea romaneasca, poate detecta intr-o populatie data sau pentru o singura persoana:

- cazul de "alcoolism" cand scorul este egal sau mai mare de 15;
- cazul de "consum daunator de alcool" cand scorul este egal sau mai mare de 10.

RECOMANDARI PRACTICE DE UTILIZARE A TESTULUI AUDIT IN CONSULTATIA DE MEDICINA DE FAMILIE/MEDICINA GENERALA

1. Chestionarul AUDIT este construit astfel incat sa poata fi folosit usor de un personal cu diferite pregatiri profesionale (medici, surori medicale, asistenti sociali, psihologi, sociologi, etc) si in diferite locuri ale ingrijirii medicale primare (cabinete de consultatie, camera de garda, la domiciliul pacientului, in scoli, la locul de munca, etc) sau ca test de auto-evaluare in sala de asteptare a cabinetelor medicale.

2. Chestionarul poate fi usor incorporat in mai multe genuri de examinari de sanatate:

- Anamneza unei consultatii medicale;
- Triaj general de sanatate in vederea completarii unor formulare sau fise de sanatate, etc;
- Conversatii de educatie sanitara;
- Consiliere privind stilul de viata sau managementul problemelor familiale;
- Test de auto-evaluare, etc.

3. Chestionarul este foarte rar privit de subiecti ca ofensator sau ingrijitorator. Experienta investigatorilor din mai multe tari indica ca

intrebarile AUDIT genereaza raspunsuri confidente indiferent de cultura, varsta sau sex.

4. La putinii pacienti care refuza sa vorbeasca de consumul lor de alcool sau sa admita ca acest consum le dauneaza sau la cei care sunt sub influenta alcoolului in timpul consultatiei, este bine sa se amane administrarea testului pentru o intalnire viitoare. Se pot obtine informatii despre consumul de alcool prin folosirea intrebarilor testului la rudele, sotia/sotul sau colegii subiectului in cauza.

5. Pacientii tind sa raspunda foarte onest atunci cand:

- Interviu este prietenos si neamenintator; incercati sa aplicati testul in cele mai potrivite conditii;
- Scopul testului este clar legat de diagnostic sau de evaluarea globala a starii de sanatate a pacientului;
- Pacientul nu este sub influenta alcoolului in timpul screeningului; se impune atunci amnarea aplicarii testului;
- Informatia obtinuta este confidentiala;
- Intrebarile sunt puse astfel incat sa fie usor de inteles.

6. Se recomanda ca testul sa fie incorporat in anamneza pacientului si intrebarile testului sa devina parte integranta din rutina examenului clinic. Rezultatele testului (scorul general si partial la cele trei grupe de intrebari: consum hazardos, sindrom de dependenta si problemele date de alcool) trebuie coroborate cu alte examinari si teste paraclinice. Aceasta depinde de cooperarea pacientului, de antrenamentul examinatorului si de resursele disponibile pentru alte examinari. Astfel, se va cauta si semnele fizice ale consumului abuziv de alcool precum hiperemia conjunctivala, vascularizatia anormala a pielii, in special a pometilor fetii, tremorul mainilor si tremorul limbii, hepatomegalia si valorile enzimei gamma-glutamil transferaza (GGT).

7. Atunci cand testul este incorporat in anamneza pacientului aceasta se poate face:

- Fie punand intrebarile disparat, intre ele alternand alte intrebari sau comentarii, astfel incat subiectului sa nu realizeze ca este supus unui test standardizat despre consumul de alcool;
- Fie facand o introducere a testului prin informarea pacientului asupra scopului, rezultatelor obtinute si rolului lui.

8. Indiferent de modul de aplicare, pastreaza in fata foaia testului si inregistreaza cu grija raspunsurile si scorul pentru a putea la sfarsitul testului sa calculezi scorul total.

9. Un scor general de 10 sau mai mult indica un consum daunator de alcool la subiectul testat. O interpretarea mai nuantata se poate face prin analiza scorurilor la diferite intrebari. Astfel, un scor mare la primele trei intrebari in absenta scorurilor ridicate la restul intrebarilor deceleaza un "consum hazardos de alcool", scoruri mari la intrebarile 4, 5 si 6 sugereaza prezenta unui sindrom de dependenta la alcool, iar scoruri mari la restul intrebarilor sugereaza un consum daunator de alcool.

NU UITA: Testul AUDIT nu este un instrument de diagnostic ci numai de depistaj

10. Odata subiectul depistat "pozitiv" la testul AUDIT el trebuie sa fie examinat si asupra prezentei semnelor fizice de "alcoolism" citate mai sus. In functie de cooperarea pacientului si de scopul consultatiei, pacientul va fi informat de rezultatul acestei examinari si, in cazul ideal, se va face decizia diagnostica si terapeutica impreuna:

- Daca doar testul AUDIT este "pozitiv" (scor ≥ 10) iar semne clinice de

alcoholism sunt absente, i se va propune subiectului o interventie scurta in aceeasi sedinta clinica sau viitoare; daca refuza sau neaga prezenta problemelor date de alcool se va cauta o discutie cu partenerul (sot/sotie) sau o discutie cu intreg cuplu;

- Daca sunt prezente si semnele clinice de alcoholism, subiectul este indrumat la specialist pentru un diagnostic de specialitate si tratament adecvat; indrumarea trebuie sa fie precisa si fara echivoc; se va urmari daca aceasta indrumare a fost urmata de subiect sau ne aflam in fata unui refuz; refuzul poate fi rezolvat printr-o interventie in familie.
- Dupa un tratament specializat, subiectul va fi preluat din nou de medicul de familie/medicul generalist pentru o monitorizare pe termen lung a pacientului (rezultate, recadere, nevoie de indrumari specifice, etc).

Anexa

TABELE DE CONVERSIE A CONTITATILOR DE BAUTURI ALCOOLICE IN UNITATI INTERNETIONALE "DRINK"

TABEL DE CONVERSIE PENTRU BERE

Unitatea	Factor Standard	Numar de unitati								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Tap 250 ml	0,7	1	2	2	3	4	4	5	6	6
Halba 500 ml	1,5	2	3	4	6	8	9	11	12	14
Sticla 330 ml	1	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sticla 500 ml	1,5	2	3	5	6	8	9	11	12	14

TABEL DE CONVERSIE PENTRU VIN

Unitatea	Factor Standard	Numar de unitati								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pahar 200 ml	1,7	2	3	5	7	8	10	12	13	15
Sticla 500 ml	4,2	4	8	13	17	21	25	29	34	34
Sticla 750 ml	6	6	12	18	24	30	36	42	48	54
Sticla 1000 ml	8,5	9	17	26	34	43	51	60	68	77

TABEL DE CONVERSIE PENTRU SPIRTOASE

Unitatea	Factor Standard	Numar de unitati								
		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Pahar 50 ml	1,7	2	3	5	7	8	10	12	13	15
Pahar 100 ml	3,4	3	7	10	14	17	21	24	28	31
Sticla 250 ml	8,5	8	17	25	34	42	51	59	68	76
Sticla 500 ml	17	17	24	51	68	85	98	98	98	98
Sticla 700 ml	23,8	24	47	70	98	98	98	98	98	98

Calculul numarului de drink-uri se face inmultind numarul de pahare sau sticle baute de bautura respectiva cu factorul standard si produsul va reprezenta numarul de unitati internationale (drink) consumate. Numarul de pahare sau sticle consumate este reprezentat in aceste tabele prin numarul de "unitati" consumate.

SECTIUNEA III

**Metode de interventie scurta la consumul daunauor de
alcool la nivelul medicului de familie/medicului de
medicina generala**

LOCUL TERAPIILOR PSIHOLOGICE IN INGRIJIRILE MEDICALE PRIMARE

Limitele dintre ingrijirile primare si cele secundare, specializate, tind sa se schimbe in ceea ce priveste ingrijirea problemelor psihologice ale clientilor.

In ultimele doua decenii, in tarile vestice in special, consultatiile pentru probleme psihologice date de medicii generalisti au reprezentat aproape jumatate din numarul total al consultatiilor facute. In timpul acestor consultatii, multi pacientii au primit o consiliere sau terapie scurta iar altii au fost indrumati spre serviciile specializate psihiatrice. Se considera pe drept cuvânt ca furnizarea de ingrijiri psihologice la nivelul medicului de familie/medicului generalist are un numar de avantaje printre care enumeram pe cele mai importante: reducerea costurilor, evitarea stigmatizarii pacientului prin abordarea tratamentului specializat psihiatric, accesibilitatea crescuta a acestor facilitati medicale, diagnostic si interventie timpurie, accesul la programe comunitare de preventie primara, asteptare mai redusa la medic, nivel de satisfactie a pacientului mai mare.

***"Medicamentul, doctor"* (Michael Balint)**

Capabilitatea medicului de medicina generala de a oferi ingrijiri psihologice clientilor sai a fost pentru prima oara adusa in lumina de Michael Balint (1957). Balint spunea ca cel mai frecvent medicament folosit in practica generala este doctorul insusi; el a denumit aceasta

"medicamentul, doctor", foarte multi pacienti simtindu-se mai bine in prezenta medicului lor sau dupa ce au vorbit cu acesta.

Campkin (1995) trece in revista dificultatile si avantajele medicului de medicina generala in oferirea ingrijirilor psihologice clientilor sai. Printre avantajele el include urmatoarele:

- Continuitatea ingrijirilor oferite si a relatiei dintre medic si pacient;
- Cresterea increderii pacientului in medicul sau;
- Cunoasterea familiei pacientului;
- Indrumarea spre alte facilitati medicale sa fie facuta cu mai mare flexibilitate.

Astazi, consultatia de medicina generala presupune ca medicul sa incurajeze pacientul sa-si ia responsabilitatea comportamentului sau de sanatate, sa participe impreuna cu medicul la punerea diagnosticului, la decizia terapeutica si la evaluarea deznodamentului. Toate acestea il fac pe pacient sa aibe mai mare incredere in medic, sa prezinte adecvat si economic problemele sale fizice si psihologice si sa le constientizeze. Astfel, in fiecare consultatia medicala generala mai multe elemente optime trebuie sa existe (Stuart & Lieberman, 1993):

- Fundalul: "*Ce s-a intamplat cu Dvs?*" sau "*Ce s-a petrecut de la ultima noastra intalnire?*"
- Afectul: "*Cum va simtit din aceasta cauza?*"
- Problema: "*Ce probleme mai importante va produce aceasta situatie?*"
- Rezolvarea: "*Cum va descurcati cu aceasta?*"
- Empatia: "*Trebuie sa va fie foarte greu*".

Competitia pentru piata ingrijirilor medicale primare de tip psihologic

Exista o serie intreaga de profesionisti care incearca sa "absoarba" clientela cu probleme psihologice uzuale: consilieri, psihologi, asistenti sociali, terapeuti non-conventionali, etc. Medicul de familie, plasat si el in economia de piata libera, este dator sa fie constient ca poate satisface un segment important din clientela ce se prezinta in mod spontan, ca poate cuceri alt segment si ca asociatiile profesionale trebuie sa militeze pentru inscrierea interventiilor psihologice scurte in tipul de practici curente ale medicului de familie/medicului generalist si pentru rambursarea acestora de catre companiile de asigurari medicale.

In continuare vom prezenta doua modele de interventie scurta pe care acest manual le promoveaza:

- Modelul 1: consilierea individuala;
- Modelul 2: consilierea cuplului cu probleme date de consumul de alcool.

NU UITA: Interventia scurta urmeaza logic identificarii facute printr-un procedeu de depistaj activ a unui caz de consum daunator de alcool care nu prezinta fenomene de dependenta sau deteriorari organice cerebrale si care nu necesita indrumarea pentru un diagnostic si tratament specializat.

CONSILIEREA INDIVIDUALA, TIP DE INTERVENTIE SCURTA LA CONSUMATORII DAUNATORI DE ALCOOL

Consilierea este un tip de sfatuire in vederea cresterii abilitatii subiectului de a stapani mai eficient un anumit tip de probleme sau de a-si schimba comportamentul sau atitudinea dintr-un anumit registru al vietii sale. Metoda prezentata a fost dezvoltata de coordonatorul acestui proiect (Dr. Radu Vrasti).

1. FUNDAMENTE

1.1. SCOPUL CONSILIERII: Desi pentru multi autori, mai ales din SUA, scopul acceptabil al oricarei interventii terapeutice trebuie sa fie abstinenta, un consum moderat de bauturi alcoolice poate fi un scop acceptabil. *Prin consum moderat de bauturi alcoolice se intelege un consum controlat in cantitate si frecventa.* Cu alte cuvinte, consilierea poate fi reprezentata de un program orientat spre abstinenta sau de ce nu, un program orientat spre un consum moderat.

Conform cutumelor culturale nationale legate de consumul de alcool si a experientei clinice a autorilor, este dificil de a pune in fata subiectului un scop prea ambitios, de exemplu "*abstinenta incepand de maine*", aceasta putand duce la pierderea subiectului, absenta la sedintele ulterioare sau la recadere.

Scopul consilierii se stabileste prin negocierea cu pacientul si se va detalia in paragraful consacrat "admiterii" in program.

1.2. PROGRAMUL CONSILIERII: Metoda promovata de acest manual este o consiliere de maximum 3 saptamani, o sedinta pe saptamana, fiecare sedinta cu o durata de aproximativ 20-30'. Concomitent,

pacientul poate contacta la telefon terapeutul sub forma unor scurte apeluri atunci cand are nevoie de unele indrumari sau de intariri motivationale; apelurile telefonice se pot face in anumite ore si la telefonul cabinetului medical. La fel, se poate stabili ca in aceasta perioada subiectul sa fie supus si unei monitorizari enzimatiche hepatice, prin analiza GGT. Programul consilierii se personalizeaza de catre terapeut in functie de caracteristicile pacientului, de magnitudinea problemelor, de experienta medicului.

1.3. COMPONENTELE CONSILIERII: Metoda din acest manual propune o varietate de componente, dar nu toti pacientii necesita toate aceste componente. Terapeutul dezvolta o strategie de consiliere si va utiliza acele componente care sunt adecvate problemelor subiectului. Exemple de componente ale consilierii: admiterea in program, stabilirea scopului potrivit, motivarea pacientului, conceptul de daune provocate de alcool si raspunderea pentru ele, metode de auto-monitorizare a consumului, tehnici de reducere a consumului, etc.

1.4. STRUCTURA CONSILIERII: Desi programul si componentele consilierii pot varia de la subiect la subiect prin personalizarea lor la cazul in speta, structura sedintei de consiliere va fi totdeauna aceeaasi. Sedinta va incepe de fiecare data cu discutarea (reamintirea) scopului interventiei, cu evaluarea (trecerea in revista) rezultatelor obtinute de la precedenta sedinta, cu repetarea tehnicilor aplicate in intervalul dintre sedinte, discutarea "lectiilor" pe care pacientul le-a facut acasa (de ex. jurnalul zilnic al consumului, evenimentele si persoanele care au initiat consumul, etc.) si stabilirea actiunilor si atitudinilor pentru perioada urmatoare astfel incat sa se mentina si sa se intareasca comportamentul de reducere a consumului/abstinenta.

2. ABORDAREA INTERVENTIEI

2.1. STILUL DE CONSILIERE:

În timpul intervenției scurte, indiferent de felul ei, medicul dezvoltă propriul stil de consiliere. Acest stil trebuie să asigure integritatea tratamentului și să favorizeze aderența pacientului la protocolul intervenției.

2.1.1. Flexibilitatea: Unii pacienți pot fi opozanți, dezorganizați, inflexibili sau ambivalenți și participarea lor la sesiunile de consiliere introduce o notă care poate irita sau decepționa terapeutul. De aceea, flexibilitatea, respectiv capacitatea terapeutului de a înțelege subiectul și a se adapta situației întâlnirii cu el poate fi esențială. La fel, terapeutul trebuie să dea dovadă de flexibilitate și atunci când stabilește sesiuni ulterioare de intervenție, ghidându-se mai mult de interesele și, uneori, de capriciile pacientului. Odată stabilită o relație terapeutică cu astfel de pacienți „dificili”, terapeutul poate încerca treptat o structură mai rigidă a sesiunilor.

2.1.2. Empatia: Terapeutul trebuie să manifeste empatie și o bună capacitate de a asculta. El trebuie să dea dovadă de înțelegere a situației subiectului, să nu fie critic sau dezaprobativ, să evite să facă judecăți morale sau valorice și, în schimb, să evidențieze o empatie genuină și considerație față de deciziile dificile și schimbările comportamentale ale pacientului.

2.1.3. Implicare activă: Terapeutul trebuie să manifeste o atitudine activă, de „hai să facem”, de rezolvare pozitivă a problemelor și de promovare a schimbărilor necesare în stilul de viață. Motto-ul sesiunii de intervenție trebuie să fie: *“împreună putem face să se întâmple”*.

2.1.4. Colaborativ si directiv: Terapistul trebuie sa-si asume atat rolul de profesor cat si de antrenor, ajutand subiectul sa dezvolte un nou model comportamental.

2.2. TEHNICA DE CONSILIERE:

Tehnica de consiliere se bazeaza pe o buna cunoastere a protocolului de baza a consilierii, a rezolvarii problemelor ivite in timpul sedintei, a situatiilor de criza, cat si a catorva metode de terapie comportamentala.

Scopul tehnicilor comportamentale este de a initia un comportament directionat spre un scop, in cazul nostru, reducerea consumului de alcool sau abstinenta. Modificarea comportamentala ceruta se poate obtine prin diferite tehnici generate de o persoana semnificativa pentru subiect care il incurajeaza si-l determina sa le faca, in cazul nostru medical de familie.

- Una din tehnici este de a tine un jurnal saptamanal al consumului de alcool: orar, tip de bautura consumata, cantitati, modul de initiere a consumului, respectiv a dorit singur sau sub influenta altuia/altora, etc. In felul acest subiectul constientizeaza exact cantitatile, frecventa, cauzele, circumstantele consumului, isi “demonteaza” defensiva de negare si se monitorizeaza singur;
- Alta tehnica este de a stabili un nou program recreational prosocial, respective a-si schimba partenerii si locurile de petrecere a timpului liber daca cele vechi erau legate de consumul de alcool. Inainte de a initia aceasta tehnica pacientul va face o lista a activitatilor recreationale vechi si a persoanelor implicate, lista care se alcatuieste ca o “lectie”

pentru acasa si cu care pacientul vine la urmatoarea sedinta de consiliere;

- Graficul progresului este o alta metoda care consta in a se determina pacientul sa tina un grafic zilnic si sa urmareasca cum scade consumul; subiectul va avea un feed-back clar asupra progreselor facute si se presupune ca isi va directiona comportamentul in aceasta directie. Acest grafic se tine de catre pacient acasa, ca o tema de casa si se prezinta periodic terapeutului cu care a facut un contract terapeutic (in urmatoarele 2-3 sedinte saptamanale);
- Stabilirea unui scop efectiv este o tehnica care porneste de la stabilirea unui scop bine stabilit in prima sedinta de consiliere (de exemplu, reducerea nivelului GGT, imbunatatirea relatiilor la serviciu sau in familie, imbunatatirea performantelor sexuale, etc.) si urmarirea realizarii acestui scop pe o perioada determinate, impreuna sau subiectul singur.

2.3. STRUCTURA CONSILIERII

Rolul principal al medicului in fiecare sedinta este de se asigura ca pacientul are o participare activa si ca sedinta ramane focalizata pe scopul prestabilit.

2.3.1. **Admiterea:** Consilierea incepe imediat dupa ca subiectul a fost identificat printr-o aplicare a testului AUDIT. Dupa ce i s-a arata subiectului rezultatul la test, respectiv scorul si semnificatia lui, medicul incearca in mod cat mai comprehensiv sa prezinte conceptul de consum daunator, care sunt daunele de pana acum ale pacientului, de infatisa chiar

prezentarea spontana la consultatie ca o consecinta a consumului de pana atunci si de a intari toate acestea prin compararea consumului subiectului cu un consum al unei personae medii din spatial cultural dat. Se asteapta comentariile pacientului, se incearca invingerea defenselor de negare si minimalizare a consumului si a problemelor generate de el si in final medicul trebuie sa-si faca o opinie privind:

- oportunitatea initierii imediate a interventiei de consiliere,
- amanarea acesteia si stabilirea unei noi intalniri la scurt timp sau dupa o discutie cu membrii semnificativi ai familiei,
- daca se afla in fata unui refuz,
- daca este un caz de trimis la un specialist pentru o evaluare diagnostica mai nuantata si un tratament specializat,
- sa incurajaze subiectul pentru a intra in unele programe comunitare (de ex. grupuri AA, etc).

2.3.2. **Sedinta initiala de consiliere:** Scopul sedintei initiale de tratament este de a asigura pacientul ca tratamentul deja a inceput si ca exista speranta de a se imbunatatii situatia lui sau in cazuri de rezistenta la schimbare sa se ofere un minim de suport pentru o moderare a consumului. Aceasta sedinta se tine in continuarea depistajului pozitiv si a prezentarii lui cu conditia ca pacientul sa fie de acord.

Scopurile sedintei initiale

- Cunoasterea pacientului
- Construirea unei liste de probleme
- Negocierea scopului interventiei
- Descrierea programului, stabilirea numarului de sedinte si data lor
- Stabilirea necesitatii unor analize de laborator
- Discutarea rolului altora in acest program (familie, prieteni, asistent social, etc)
- Modul de evaluare, criteriile succesului si recaderea

Se incepe printr-o mai buna cunoastere intre medic si pacient (daca acesta vine pentru prima oara la o consultatie medicala). In acest moment, medicul exprima intreaga empatie si sprijin pentru situatia pacientului.

"Noi am discutat deja despre consumul Dvs de bauturi alcoolice dar as vrea sa stiu mai mult despre felul cum ati ajuns la aceasta. Va rog sa va simtiti deschis sa vorbiti despre acesta, sa puneti orice fel de intrebari, fiti sigur ca avem destul timp si ca aveti realmente o sansa se reduceti acest consum, iar in mine aveti un sprijin calificat..."

Medicul continua sa obtina clarificari si alte informatii care sa-l ajute sa inteleaga problemele pacientului si ceea ce sustine consumul lui aberant de bauturi alcoolice, structura si relatiile din familie, locul de munca, prietenii, petrecerea timpului liber, etc.

In timpul acestei discutii, medicul va intelege daca pacientul este realmente decis sa se schimbe (este vorba de un concept consacrat denumit

"*readiness to change*") sau doar joaca un rol sau implicarea lui este doar superficiala. In cazul ca el decide ca este vorba doar de acestea din urma se alege varianta de a se face consilierea intr-o singura sedinta, cea de fata.

a. In conditiile unei consilieri in unica sedinta discutia se concentreaza mai intai asupra compararii valorilor de consum cu cele considerate normale si socialmente acceptate ("*cat credeti ca este normal ca un barbat de varsta Dvs sa consume...*" sau "*aveti vre-un cunoscut care bea mai putin ca Dvs? De ce?*", "*Realizati ca consumul Dvs saptamanal in unitati internationale va plaseaza intr-o grupa de inalt risc, este peste 14 drink-uri/saptamana*", etc.) ca mai apoi sa se discute interactiv despre daunele pe care consumul de alcool le poate provoca (*daune fizice, psihice, familiale, vocationale, juridice, etc.*) si care din acestea sunt prezente la persoana in cauza. Se poate folosi ca "ancora" in discutie insasi motivul declarat initial al consultatiei medicale (*de ex. dureri epigastrice, stare de nervozitate, lipsa de somn, slabire in greutate, diaree cronica, tulburari sexuale, etc.*). Constatările din timpul consultatiei, mai ales semnele fizice exterioare ale consumului de alcool (hiperemia conjunctivala, eritemul pomelilor fetei, tremorul limbii sau al extremitatilor) sau hepatomegalia, pot constitui argumente pentru sublinierea prezentei daunelor date de alcool. In aceasta etapa a consilierii se aluneca usor la confruntarea cu opiniile pacientului de a minimaliza daunele si medicul trebuie sa fie atent sa-si exprime intreaga intelegere fata de situatia subiectului fara sa fie critic sau moralist. O atentie trebuie data "*alibiurilor existientiale*" pe care pacientul le foloseste pentru a justifica situatia lui si care pot deturna discutia si atentia medicului spre problemele altora din anturajul subiectului. In aceasta faza a sedintei este

necesar sa se *tranzactioneze asupra scopului* actiunilor posibile ale subiectului, respectiv reducerea consumului (mai usor de obtinut dar mai greu de controlat) sau abstinenta (risc mai mare de reincepere a consumului), cu avantajele si dezavantajele ei. Consilierea trebuie sa continue prin oferirea unor *modele de comportament* care sa neutralizeze dorinta de consum sau situatiile tipice de consum: folosirea lichidelor dulci care trebuie sa se afle la indemana, a bomboanelor sau a altor dulciuri, evitarea prietenilor, colegilor cu care se consuma in mod curent, evitarea unor anumite traiecte sau strazi unde se afla locurile obisnuite de consum, obisnuinta de a nu avea in buzunar bani suficienti pentru consum, gasirea unei persoane linistitoare pe care sa se viziteze sau pe care sa o caute atunci cand dorinta de consum este foarte mare si este necesar sa o evite, practicarea unui sport sau a unor exercitii fizice convenabile, descoperirea si expandarea unor modele de agrement in familie sau cu prieteni abstinenti sau cu consum moderat de bauturi alcoolice, antrenarea partenerului ca monitor al consumului de alcool. Sedinta de consiliere trebuie sa se incheie deobicei prin oferirea unui *material educativ* privind efectele daunatoare ale alcoolului (un pliant, o brosură, etc.) si cu *asigurarea disponibilitatii medicului pentru o noua conversatie* sau a unei conversatii impreuna cu partenerul, chiar si la telefon, si a existentei posibilitatii de a fi indrumat oricand spre un alt terapeut sau spre un alt program care s-ar putea sa fie mai convenabil.

b. In conditiile unui subiect cooperant, gata de schimbare, continutul primei sedinte de consiliere se schimba pentru ca se anticipeaza ca programul de interventie va fi etalat pe mai multe sedinte (nu mai mult de 3 sedinte). Ratiunea pentru care numarul de

sedinte este mai mare si insiruirea lor este saptamanala este pentru a intari motivatia subiectului pentru schimbare pe o perioada mai lunga in vederea consolidarii ei in timp.

Si aici, ca si in situatia precedenta, dupa cunoasterea pacientului si a problemelor lui, se trece la negocierea scopului interventiei, respectiv reducerea consumului sau abstinenta. Se recomanda ca si atunci cand se alege reducerea consumului, sa se inceapa cu a saptamana sau doua de abstinenta si doar apoi sa se initieze un consum monitorizat si dirijat de unele scheme comportamentale invatate in timpul primelor sedinte de consiliere.

Acum se intra in continutul primei sedinte de consiliere care incepe cu alcatuirea unei diagrame a cantitatii si frecventei bautului. Subiectul este rugat sa descrie consumul de bauturi alcoolice cu o saptamana in urma, avand in fata un calendar, separat pentru fiecare zi a saptamanii, cata cantitate a baut, ce bautura a baut, orarul si locul si daca a ajuns la starea de intoxicatie acuta (daca s-a imbatat sau nu). Medicul inregistreaza pe un formular toate aceste date si apoi i se comunica pacientului cate drink-uri a baut in medie pe zi (vezi formularul "Cantitate/frecventa" de la sfarsitul sectiunii).

"Acum v-as ruga sa va ganditi la ultima saptamana, respectiv la ultimele 7 zile. Va rog sa va aduceti aminte pentru fiecare zi a saptamanii trecute cat ati baut, ce tip de bautura, in ce loc si daca v-ati imbata atunci sau nu. In acest timp eu o sa alcatuiesc un grafic si o sa vi-l arat la sfarsit. De acord? Aveti ceva de intrebat? Deci, sa incepem! Acum 7 zile a fost o zi de marti. Uitati-va la acest calendar. Cat ati baut in ziua aceea? In ce locuri? Numai acolo sau si acasa sau in alt loc? Va rog sa mentionati pentru fiecare loc ce tip de bautura ati consumat si

cantitatea. Ati mai baut si acasa sau la locul de munca? Acum o sa trecem la ziua de miercuri, etc..."

"Considerati ca saptamana de care am vorbit este o saptamana tipica pentru cantitatea de alcool pe care ati consumat-o in ultima perioada sau a fost mai mult sau mai putin?"

"Acum o sa calculaz numarul de unitati internationale de alcool pe care l-ati consumat in fiecare zi in medie in saptamana de care vorbim si o sa-l comparam cu pragurile recomandate de Organizatia Mondiala a Sanatatii ca fiind un consum periculos pentru Dvs; acest prag este de 60 g alcool pur/zi pentru barbati si 40g/zi pentru femei (1 drink = 10 g alcool pur) sau 14 drink-uri/saptamana pentru barbati si 12/saptamana pentru femei.

Consumul Dvs este de ...drinkuri/zi, deci consumati aproximativ ...g/zi alcool pur, ceea ce va situeaza peste limita de consum periculos. Cu alte cuvinte Dvs faceti parte dintr-o grupe de inalt risc de a face diferite complicatii ale consumului daunator de alcool. Conform examinarii medicale de astazi unele din acestea deja le aveti (...enumara), altele ar fi posibil sa le aveti (refera la GGT care va fi recoltat), iar altele vor putea apare curand (complicatii medicale, in familie, la locul de munca, cu ceilalti, probleme juridice, etc,... exemplifica...)

La acest punct discuta cu subiectul, provoaca-l cu rabdare sa furnizeze o opinie sincera si incearca sa determine daca accepta plasarea lui in aceasta categorie de risc si daca si-a insusit-o.

Negocierea scopului interventiei se face pe baza apartenentei subiectului la o grupa de inalt risc data de consumul de alcool si motivatiei lui de a trece intr-o grupe de risc mai scazut. Aceasta

presupune negocierea cantitatii dezirabile de consum viitor, a timpului in care se va ajunge la acel prag si a monitorizarii ei.

*Vad ca Dvs ati reusit sa realizati riscul la care v-ati supus!
Acum o sa va descriu programul pe care vi-l propun pentru a reduce acest risc. Va rog sa puteti toate intrebarile care va vin in minte. Haideti sa clarificam aici si acum toate problemele.
Fiecare neclaritate va reprezenta tot atatea privilejii de a mai bea putin!*

Sedinta continua cu descrierea programul de consiliere, scopul fiecarei etape si numarul de sedinte, urmand ca pacientul sa-si dea acordul cu durata lui, planificarea sedintelor, orarul, executarea temelor de casa, consturile necesitate, eventualele analize de laborator. In felul acesta se pun premisele unui contract de terapie care va trebui sa fie urmat intocmai si care va avea prin el insusi valoare terapeutica pentru pacient.

Tot acum se poate stabili daca partenerul sau alt membru de familie (parinte, frate, etc) va putea fi martorul uneia sau mai multor sedinte, care va putea fi rolul lui in desfasurarea programului si supravegherea lui.

Deznodamantul pozitiv pe termen scurt al programului de interventie este dat de reducerea semnificativa a consumului, la cantitatile si frecventa stabilita prin program, sau prin obtinerea abstinentei, pentru o perioada de cel putin 3 luni de la ultima sedinta de consiliere. Recaderea la vechiul model de consum sau la cresterea lui poate impune revenirea la un nou program de interventie (eventual de alt tip) sau la indrumarea pentru un tratament de specialitate.

Credeti ca o sa puteti urma aceast program? Va fi el eficient pentru a reduce bautul Dvs? La care v-ati gandit? Cum credeti ca o sa faceti? Acceptati sa facem impreuna ca ceea ce stabilim acuma sa devina posibil?

In cazul in care se refuza varianta abstinentei, se stabileste de comun acord un palier al cantitatii de alcool acceptate de a fi consumate pentru saptamana care urmeaza pana la viitoarea sedinta de consiliere. Se recolteaza o praba de sange pentru analiza GGT sau se indruma la un laborator specializat si usor accesibil. Rezultatul va fi prezentat in sedinta urmatoare.

"O sa va rog sa tineti un "jurnal" zilnic dupa modelul fisei pe care vi-o dau, in care sa treceti ziua, cantitatea bauta, tipul, locul, cat de tare a fost dorinta de a bea, motivul care v-a facut sa beti, sentimentul care l-ati avut dupa baut". Va rog sa descrieti cat mai onest ce s-a intamplat in aceasta perioada, iar daca nu puteti, cereti ajutorul sotiei/sotului sau altui membru al familiei" Nu schimbati ulterior ce ati completat cu o zi inainte. Daca exista aceasta necesitate, retineti-o si hai sa o discutam in sedinta urmatoare".

"Daca se intampla ceva neprevazut, va rog sa nu ezitati sa ma sunati la telefonul xx.xx.xx. intre orele xx"

"Cand propuneti urmatoarea intalnire? Sa ma uit in agenda! Este OK!"

2.3.3. Sedinta a doua de consiliere: Scopul declarat al sedintei este:

- De a evalua progresele facute de subiect in reducerea consumului;
- De a evalua nevoile si problemele subiectului si a le conecta de consumul de alcool;

- De a decela "trigger-urile" (momentele initiatoare) de consum;
- Invatarea de tehnici comportamentale de evitare a consumului.

Sedinta incepe cu rezumarea primei intalniri si cu prezentarea temelor de casa, respectiv "jurnalul" consumului si observatiile si comentariile pe marginea lui.

"Imi pare bine sa va vad. V-as propune sa ne reamintim ce s-a petrecut la prima noastra intalnire. De acord? Vreti sa incepeti Dvs?"

Contribuiti la rememorarea sau la pastrarea focusului sedintei. Uneori este bine sa folositi tacerea sau sa spuneti "si".

Si ati completat totusi jurnalul? A fost greu? V-a provocat vre-un impediment? O sa calculam impreuna numarul de drinkuri pe zi si o sa-l comparam cu saptamana de dinaintea primei consultatii... Va felicit! Nivelul consumului a scazut considerabil! A mai remarcat cineva? Cei de-acasa? Acum avem si rezultatul de la analiza GGT-ului. Nivelul era deja prea mare.. Acum hadeti sa discutam cum ati facut si ce greutati ati avut in reducerea consumului.

Daca consumul nu a scazut cu nimic sau chiar a crescut:

Vad ca nu ati putut inregistra niciun progress! Ati incercat? Ce anume ati facut? A fost greu? Descrieti...Nu este nici o nenorocire, important ca ati venit din nou la sedinta programata. Va mentineti dorinta de a scadea consumul? Este decizia Dvs sau a altcuiva?... Acum avem si rezultatul de la analiza GGT-ului. Nivelul era deja prea mare.. Acum hadeti sa discutam cum ati facut si ce greutati ati avut in reducerea consumului.

Cu aceasta ocazie se trec in revista toate momentele care genereaza un consum de alcool (*trigger al consumului*), precum intalnirea cu anumiti prieteni, trecerea pe langa un anumit bar sau alt loc de consum, in timpul anumitor preocupari sau anumitor situatii recreationale (cand joaca table, carti, cand vizioneaza evenimente sportive, etc.), situatii de frustrare sau cand are de rezolvat o problema.

Dupa cum descrieti, se pare ca sunt unele probleme ale existentei Dvs de care se leaga consumul de alcool. Sunteti de acord sa vorbim despre aceasta?

Atunci cand se conduce aceasta discutie, ai in vedere schema evaluarii nevoilor subiectului care este de asemenea atasata la sfarsitul sectiunii. Converseaza despre stilul pacientului de rezolvare a problemelor daca acesta este genereaza consum de alcool sau deschide scheme cognitive care duc la consum. Dupa incheierea acestei sedinte de consiliere completeaza formularul nevoilor pacientului care va reprezenta baza discutiei din sedinta 3-a.

Continua cu invatarea unor tehnici comportamentale de combatere a poftei de a bea (“*craving*”).

Vedem ca exista nu numai situatii care genereaza consumul dar si un sentimente de pofta, de ravna, de sete de a bea sau de a nu putea opri consumul la o anumita cantitate odata ce a fost pornit. Corect? V-ati gandit la asta si inainte de aceasta discutie? Si ce ati facut? Eu o sa va sugerez cateva metode de a lupta cu pofta de a bea. Dupa cum ati observat acest sentiment de dorinta arzatoare nu apare de la inceput cu putere, se ajunge treptat la apogeu si trece in 20-30 minute si chiar mai repede daca ai putere sa rezisti. Metodele pe care o se le discutam sunt eficiente daca le faceti inainte ca pofta sa ajunga la varf.

Metodele pe care le puteti prezenta subiectului sunt:

- Purtarea de bomboane sau alte dulciuri si folosirea lor atunci cand pofta incepe sa apara;
- Consumarea de lichide dulci, dintre cele care ii plac subiectului (limonade, sucuri, etc) in aceeasi situatie; se poate folosi si apa plata. Este bine ca subiectul sa bea in aceasta perioada mai multe lichide ca de obicei, ca sa evite senzatia spontana de sete;
- Initierea unei discutii cu un individ care nu are obiceiul sa consume bauturi alcoolice, tot in faza de crestere a “craving-ului” pentru a abate atentia de la aceasta;
- Practicarea unei activitati fizice (sport, activitate placuta acasa precum gradinarit, intretinerea casei, curatenie, etc.);
- Citirea unui material despre consumul de alcool si pericolele sale;
- Mergerea la sedinta unui grup AA, discutia cu un membru AA sau cu sponsorul daca are unul, apelarea unor membrii la telefon.

La toate aceste metode se adauga o discutie privind evitarea triggerilor de consum, respectiv “prietenii de pahar”, anumite locuri de consum, anumite traicte din localitate, purtarea numai a unei mici sume de bani care sa nu favorizeze consumul de alcool, etc.

Sedinta se incheie cu decizia de a continua tinerea jurnalului de consum zilnic care va fi din nou prezentat la urmatoarea sedinta (ultima). Se stabileste data ei si orarul ca si disponibilitatea terapeutului de a fi apelat telephonic in caz de urgenta sau de a se modifica orarul si data sedintei viitoare daca pacientul are motive sa o ceara.

2.3.4. Sedinta a 3-a de consiliere (a treia saptamana): Ca si in precedenta sedinta, ea incepe cu rememorarea celor ce s-au petrecut in celelalte doua. Se trece in revista scopul negociat, programul de terapie, ce s-a invatat si realizat in prima sedinta, in cea de a doua, se rememoreaza rezultatele de la graficul tinut de bolnav, rezultatele obtinute la metodele comportamentale de evitare a consumului, respectiv de combatere a a craving-ului si de evitare a trigger-ilor consumului.

In aceasta discutie pacientului i se lasa mai mult spatiu de conversatie, este incurajat permanent sa verbalizeze ceea ce s-a petrecut si medicul adopta mai mult o postura de ascultator. Acesta din urma trebuie sa foloseasca toate mijloacele de a-l provoca si incita pe pacient sa vorbeasca despre progresele facute sau despre esecurile traite in aceasta perioada de 2 saptamani.

Apoi se discuta lista problemelor pacientului, intocmita in timpul sedintei anterioare.

In timpul acestor trei saptamani in care ne-am cunoscut mai bine am vorbit despre situatia si problemele Dvs. Mi-ati spus ca multe din acestea v-au condus la abuzul de bauturi alcoolice.

Se pune la vedere lista cu problemele pacientului si se discuta cele care sunt legate de consum.

Credeti ca aceste probleme sunt rezolvabile? Cum? Putem discuta despre aceseta impreuna si sa vedem ce resurse sunt disponibile pentru a le rezolva... ... Nu credeti ca multe din ele sunt generate de consumul de alcool si nu invers? De exemplu...

Se evalueaza capacitatea de coping si de rezolvare a problemelor si se incearca cresterea competentei subiectului printr-o mai buna constientizare si asumare a lor. Se discuta, apoi, de sentimentele ce pot

insoti consumul de alcool al subiectului: depresia, anxietatea, singuratatea, deznadejdea, etc. si posibilitatea ca acestea sa se reduca odata cu reducerea consumului.

In finalul sedintei si a consilierii in general se face un bilant care sa intareasca motivatia pacientului, sa i se demonstreze ca poate, ca a reusit sau va reusi, ca exista posibilitatea unui management propriu al situatiilor de consum si a sentimentelor ce genereaza consumul.

Consilierea se incheie cu evidentierea disponibilitatii medicului pentru noi intrevederi sau contacte telefonice.

2.4. SITUATII SPECIALE APARUTA IN TIMPUL CONSILIERII

2.4.1. Absentele: Daca pacientul nu vine la o sedinta programata de consiliere este bine ca medical insusi sau sora medicala sa-l contacteze imediat la telefon, pe pacient sau pe unul din membrii familiei pentru a cunoaste motivele acestei absente. Odata contactat, pacientul trebuie incurajat sa continue si sa se faca o noua programare. Daca pacientul nu poate fi gasit la telefon, se recomanda sa se trimita o scrisoare empatica de incurajare. Toate aceste eforturi sunt facute pentru a retine pacientul pentru tratament si pentru a preveni o noua absenta.

2.4.2. Intarzierea: Medicul trebuie sa transmita mesajul ca respectarea timpului sedintelor este importanta si este necesar sa se ajute pacientul de a veni la timp si a rezolva toate problemele care conduc la intarziere. Daca ea s-a produs, nu trebuie sa genereze

tensiuni sau sentimente negative care sa influenteze desfasurarea viitoare a interventiei.

2.4.3. Sedintele suplimentare: Unii pacienti cer sedinte suplimentare, mai ales la inceputul interventiei. Este vorba mai ales de o sedinta mai aproape de o saptamana.

2.4.4. Consumul de alcool dinaintea sedintei: Nu se va accepta ca pacientul sa vina sub influenta alcoolului la sedinta de consiliere. In acest caz se va stabili o noua programare dar nu se va adopta o atitudine critica sau rejectiva.

2.4.5. Tratamentul concomitent: Uneori pacientul necesita un tratament medicamentos concomitent precum un tratament sedativ, tranchilizant, pentru imbunatatirea somnului sau vitaminic. Alteori, pacientul participa si la grupuri AA sau la alte programe comunitare antialcool.

2.4.6. Terminarea prematura a consilierii: Aceasta se considera cand pacientul nu mai raspunde la programari si sugestii de a continua sau atunci cand pacientul nu inregistreaza nici un progres si continua sa consume hazardos bauturi alcoolice.

CONSILIEREA CUPLULUI CU PROBLEME DATE DE CONSUMUL DAUNATOR DE ALCOOL

Aceasta tip de interventie porneste de la presupunerea ca sotul/sotia nealcoolice, denumit generic in acest capitol partener, poate juca un rol major in decizia subiectului de a reduce consumul de alcool. Partenerul poate furniza informatii confidente si pretioase despre modelul de consum al subiectului, produce o intarire pozitiva si constructiva a deciziei de

schimbare a subiectului si ii ofera un suport emotional si material foarte necesar. Astfel, jucand un rol activ, partenerul exercita o influenta pozitiva asupra procesului de modificare a comportamentului de consum de alcool si asupra consilierii insasi.

Aceasta metoda presupune maximum trei sedinte ca si cea anterioara si tematica celor trei sedinte de consiliere este identica. In cele ce urmeaza vom prezenta cateva caracteristici specifice consilierii cuplului.

1. Cine este eligibil pentru astfel de consiliere? Acest tip de consiliere se recomanda la cuplul care se prezinta la consultatie in mod spontan, pentru probleme fizice, emotionale sau familiale date de consumul de alcool la unul din parteneri iar celalalt partener il sustine spontan in acest demers, inainte ca terapeutul sa-l invite sa o faca. Partenerul trebuie sa fie disponibil sa participe la toate fazele si sedintele consilierii. Cuplul care are probleme de relationare, precum o discordie perpetua, in care exista abuzuri fizice sau emotionale sau care sunt in prag de separare, nu sunt eligibile pentru acest tip de consiliere. La fel cuplul in care ambii parteneri au un consum daunator de alcool.

Cuplul armonios, bazat pe intelegere si sprijin emotional, in care nu exista situatii de tutelare sau de obedienta, este cel mai potrivit pentru a intra in program.

2. Etapa de screening si evaluare. Ca orice alta consiliere pentru problemele date de consumul de alcool, sedinta incepe cu aplicarea instrumentului de screening AUDIT. La completarea intrebarilor

chestionarului este bine sa participe si partenerul nealcoolice si astfel se obtine o interactiune intre cei doi care furnizeaza raspunsuri confidente si evidentiaza concomitent ce fel de relatii exista intre parteneri. Dupa aplicarea AUDIT-ului se discuta scorul, structura itemilor cotate pozitiv (itemii de consum daunator, itemii de dependenta) si se calculeaza numarul de “drinkuri” consumate in medie pe zi pe baza completarii graficului retrospectiv “cantitate/frecventa”. La completarea lui participa si partenerul care valideaza sau nu spusurile subiectului. Toate acestea alcatuiesc profilul consumului subiectului si acest profil se compara cu cel al unui consumator socialmente acceptat pentru spatial cultural dat. Aceasta comparare va conduce la plasarea subiectului intr-o grupa de inalt risc pentru daunele provocate de alcool, moment in care si partenerul va oferi un feed-back pozitiv intarind cu exemple sau constatari personale opinia medicului.

Tranzactiile dintre parteneri trebuie sa fie dirijate cu prudenta de catre terapeut, uneori incurajandu-le, alteori temperandu-le pentru a nu se transforma in confruntare. Cuplul care dovedeste o stare de cverulenta, de reprosurile continue intre parteneri in timpul acestei prime faze a consilierii, este inapoi pentru a mai continua programul de interventie.

In continuare se stabileste oportunitatea unui program de interventie, se discuta programul si desfasurarea lui in timp si se ia consensul cuplului.

3. Identificarea severitatii problemelor date de alcool si problemele asociate acestui consum. Subiectul este invitat sa discute despre problemele care, dupa parerea lui, au aparut din cauza consumului de alcool, probleme de sanatate, probleme emotionale, probleme la locul de munca, probleme financiare, probleme judiciare sau probleme

familiale. El trebuie incurajat sa sublinieze si situatiile de inalt risc, precum condusul automobilului sub influenta alcoolului, abuzuri fizice asupra copiilor sau partenerului, cheltuieli nejustificate, absente de la locul de munca, etc. Daca exista discrepante intre relatarile subiectului cu cele ale partenerului, ele trebuie rezolvate cu tact, fara confruntare sau fara sa se adopta un stil critic, acuzator sau moralist. Stilul medicului, de a crea o cooperare intre parteneri in fiecare moment al sedintei, este hotarator. Exista riscul ca subiectul sa devina obedient, sa accepte neconditionat opiniile partenerului asupra comportamentului anterior si astfel devine pasiv si gradul lui de implicare este foarte superficial. Daca nu se poate realiza un consens, medicul poate decide ca fiecare partener sa aibe ca “tema de casa” efectuarea in scris a unui inventar de probleme care se presupun a fi fost generate de consumul de alcool. Ele vor fi prezentate la viitoarea sedinta fara ca vreunul din ei sa cunoasca ce celalalt a scris.

4. **Stabilirea consensului despre schimbare.** Dupa aceste etape, cand intre parteneri, pe de-o parte, si intre ei si medic s-a stabilit o relatie suficient de lubrificata, se poate trece la stabilirea unui consens asupra schimbarii. Un consens intre parteneri asupra schimbarii modelului de consum de alcool si a altor aspect ale stilului de viata a subiectului este esentiala pentru a facilita acceptarea recomandarilor interventiei si succesul de durata.

Scopul acestei etape este de a formula un “contract” intre cuplu si medic asupra asteptarilor reciproce ale acestei “echipe”.

Variate alternative vor fi discutate si explorate pro si contra inclusive varianta “sa nu se faca nimic”.

5. Stabilirea scopului schimbarii. Daca subiectul si partenerul par suficient de angajati spre schimbare se trece la stabilirea in comun a unui scop al schimbarii cu privire la baut, respective a ceea ce se doreste: reducerea consumului de bauturi alcoolice sau abstinenta. In stabilirea scopului se va trece in revista constatările din faza de screening si evaluare a problemelor; uneori exista tendinta de a minimaliza problemele atunci cand se alege scopul! Medicul va prezenta abstinenta ca cel mai sigur scop pentru oricine are probleme cu alcoolul dar nu se va impotrivi la o moderatie a consumului.

Principala grija este ca scopul propus sa fie tangibil pentru subiect si reintarit pozitiv de partener.

Daca consumul moderat este scopul ales, medicul negociaza cu cuplul cantitatea specifica, frecventa si circumstantele consumului care va fi acceptat.

6. Jurnalul consumului zilnic va fi tinut de subiect dar la completarea lui va participa si partenerul, ele reprezentand opinia cuplului si tranzactiile dintre parteneri.

7. Evaluarea problemelor cuplului va fi o sectiune separata si aditionala evaluarii generale a problemelor subiectului. Ea va cuprinde aspecte ale relatiilor conjugale din aria emotionala (dragoste, consideratie, mila, prietenie, etc.), din aria relatiilor sexuale, a suportului material-financiar, a participarii si implicarii in viata domestica, in petrecerea timpului liber, a participarii in cresterea si educarea copiilor, etc.

8. Rolul partenerului in mentinerea deciziei de schimbare. Pe toata durata interventiei, de trei saptamani, partenerul este invitat sa ajute subiectul sa-si mentina hotararea de schimbare in sensul dobandirii

scopului deja negociat. El trebuie sa fie disponibil si gata sa discute cu subiectul situatiile in care este pe cale sa esueze, sa cedeze, fara ca sa se comporte brutal, intrusiv sau sa adopte un stil politienesc. Partenerul trebuie sa aibe o atitudine cooperanta, flexibila, empatica si incurajatoare, care trebuie sa fie in prealabil discutata de catre medic. Aceasta atitudine trebuie sa-l ajute pe subiect sa depaseasca toate momentele cand este pe cale de a recadea in modelul vechi de consum si de a urma toate tehnicile comportamentale necesare instituirii unui nou model de consum moderat. In felul acesta, rolul esential al partenerului este de a prevenii recaderea subiectului.

Prevenirea recaderii subiectului prin sprijinul si participarea continua a partenerului in procesul de schimbare este avantajul esential al interventiei asupra cuplului fata de interventia asupra unui subiect singur.

9. Sedintele urmatoare. In sedintele 2 si 3, in afara de metodologia descrisa mai sus, de a trece in revista ceea ce s-a discutat in sedintele anterioare, se urmareste sa se confirme de la inceput mentinerea deciziei cuplului de a obtine moderatia consumului subiectului si de a stabili daca scopurile si mijloacele stabilite la sedinta/sedintele anterioase au fost viabile sau este necesar stabilirea altora. De mare importanta este testimonia partenerului care va evidentia problemele ivite si tranzactiile avute in ultima saptamana cu subiectul. Se va modela continuu relatiile dintre parteneri pentru a evita aparitia unor mecanisme de defensiva ale subiectului care sa duca la esuarea interventiei: negarea, amanarea, minciuna, izolarea emotionala, etc.

10. Sedinta de urgenta. Medicul trebuie de fiecare data sa reaminteasca ca cuplul poate initia oricand un contact neplanificat cu el daca ceva merge prost sau daca este nevoie de o clarificare, negociere, mediere. Pentru aceste nevoi de “urgenta” se poate stabili o sedinta extraordinara sau de urgenta care sa analizeze situatia scopului propus, a metodelor puse in opera, a relatiilor terapeutice din cuplu sau a relatiile conjugale in sine. Scopul sedintei de urgenta este de a nu se irosi beneficiile obtinute pana atunci si a de mentine cuplul in starea de intrajutorare si confidenta necesara continuarii interventiei.

Graficul “cantitate/frecventa” pentru ultima saptamana

	Ziua 1-a	Ziua 2-a	Ziua 3-a	Ziua 4-a	Ziua 5-a	Ziua 6-a	Ziua 7-a	Observatii
Cantitatea bauta dupa tipul de bautura								
• Bere								
• Vin								
• Spirtoase								
Locurile de consum								
• Acasa								
• Acasa la altii								
• Restaurant, bar, etc								
• Locul de munca								
Starea de ebrietate								
• Da								
• Nu								
Transformarea in unitati internationale “DRINK”								

JURNALUL SAPTAMANAL AL BAUTLUI

	Ziua 1-a	Ziua 2-a	Ziua 3-a	Ziua 4-a
Cantitatea bauta <ul style="list-style-type: none"> • bere • vin • spirtoase 				
Locu consumului <ul style="list-style-type: none"> • acasa • acasa la altii • restaurant, bar • locul de munca • altele 				
Dorinta de a bea <ul style="list-style-type: none"> • mare • medie • mica 				
Motivul (descrie)				
Sentimentul dupa Baut: <ul style="list-style-type: none"> • veselie • tristete • remuscare • indiferenta • altele 				

Nu modificati retroactiv ce ati mentionat pentru zilele anterioare

	Ziua 5-a	Ziua 6-a	Ziua 7-a	Ziua 8-a
Cantitatea bauta <ul style="list-style-type: none"> • bere • vin • spirtoase 				
Locu consumului <ul style="list-style-type: none"> • acasa • acasa la altii • restaurant, bar • locul de munca • altele 				
Dorinta de a bea <ul style="list-style-type: none"> • mare • medie • mica 				
Motivul (descrie)				
Sentimentul dupa Baut: <ul style="list-style-type: none"> • veselie • tristete • remuscare • indiferenta • altele 				

Nu modificati retroactiv ce ati mentionat pentru zilele anterioare

Evaluarea problemelor pacientului

Locuinta:

- Pacientul are locuinta?
- Este satisfacut de ea?
- Problemele locative conduc la consumul de alcool?

Loc de munca:

- Care este statutul profesional al pacientului?
- Este satisfacut de acesta (prestigiu, salariu, locatie, facilitati, etc.)?
- Consuma alcool la locul de munca?
- Alcoolul este un risc pentru serviciul lui?

Statut financiar:

- Are pacientul probleme financiare?
- Sunt generate de consumul de alcool sau sunt anterioare lui?
- Poate fi consiliat financiar?

Familie:

- Care este structura familiei pacientului?
- Este sprijinit de familie?
- Mai consuma bauturi alcoolice cineva din familie?
- Consuma bauturi alcoolice in familie?
- Care sunt relatiile cu ceilalti membrii de familie?

Ingrijirea copiilor:

- Este competent pacientul de a-si ingrijii copii?
- Care este relatia cu ei?
- Consumul de alcool interfera cu ingrijirea lor?

Statut legal:

- Are pacientul probleme cu politia sau justitia?
- Au fost generate de consumul de alcool?

Sanatate:

- Pacientul are o stare de sanatate adecvata?
- Pacientul sau familia lui are nevoie de asistenta medicala?
- Interfera consumul de alcool cu starea lui de sanatate?

Evaluare: Lista arilor si/sau serviciilor de care ar putea beneficia pacientul in timpul consilierii:
