

ADAPTAREA TRATAMENTULUI PENTRU PACIENȚII ALCOOLICI

I. GOTCĂ

Sumar:

Cu toate că mulți alcoolici au beneficiat, într-adevăr, de tratament, nici un tratament sigur nu s-a dovedit eficient pentru cei diagnosticați cu această tulburare. Pentru multe decenii s-a sugerat că asocierea pacienților alcoolici cu tratamente bazate pe nevoile lor particulare și caracteristicile lor ar putea îmbunătăți rezultatele tratamentelor. Interesul în problema adaptării s-a accelerat în anii 1970 și 1980, pe măsură ce dovezi care o susțineau s-au acumulat în literatură. Totuși, acestea erau făcute la o scară redusă și reproducerea era cerută înainte de a fi avansate recomandări specifice pentru practica clinică. La sfârșitul lui 1989, NIAAA a lansat un experiment clinic în multe centre – *Proiectul MATCH* – cu scopul de a afla dacă alcoolicii cu diferite particularități răspund, în mod selectiv, la tratamente particulare. Studiul a testat un set promițător de combinații pacient – tratament pe 1726 pacienți selectați în mod aleator pentru trei tratamente psihosociale bine definite.

Pacienții care au beneficiat de oricare din cele trei tratamente au demonstrat îmbunătățiri majore în modul de a consuma alcool, dar și în alte arii de funcționare cum ar fi depresia, utilizarea drogurilor interzise și nivelul enzimelor hepatice (transaminazelor). Totuși, în termeni de potrivire (adaptare) a rezultatelor Proiectului MATCH, a fost verificată credința populară care susține că adaptarea pacienților la tratament era necesară a îmbunătăți, în mod semnificativ, rezultatele. Dintre cele 21 de caracteristici evaluate ale pacienților, numai patru s-au dovedit semnificative din punct de vedere statistic cu potențiale implicații clinice și au fost identificate ca atare. Aceste corelații au implicat severitatea simptomelor psihiatrice, impulsivitatea, suportul social pentru consumul de alcool și gradul de dependență de alcool.

Punctele de vedere diferă în funcție de semnificația pe care o au din punct de vedere clinic aceste caracteristici singulare dată fiind variabilitatea lor generală în timp și mărimea mai degrabă modestă, a celor mai multe dintre efecte. Investigatorii Proiectului MATCH au concluzionat în 1998 că: „adaptarea pacienților la un tratament particular, cel puțin bazat pe atributele și tratamentul studiat în Proiectul MATCH nu reprezintă o condiție imperioasă pentru a garanta succesul tratamentului, așa cum s-a crezut anterior. Corelațiile descoperite totuși sunt considerate rezonabile pentru ca specialiștii clinicieni să se raporteze la ele, să le utilizeze ca puncte de plecare în procesul de planificare a tratamentului”.

Se poate întâmpla ca alte caracteristici ale pacienților sau alte tratamente sau situații nestudiate în acest mare proiect să aibă potențial de adaptare. De exemplu, continua cercetare implicând corelații ale caracteristicilor pacienților cu tratamente farmacologice care vizează centre neurochimice implicate în dependențe va evalua robustețea rezultatelor preliminare în această variantă a temei adaptării. Până când validarea va veni, nici un fel de linii clinice călăuzitoare nu pot fi date cu certitudine.

Glosar

Alcoolism – o tulburare de adicție diagnosticată printr-o serie de criterii specifice definite de DSM, cum ar fi: **pierderea progresivă a controlului asupra consumului de băuturi alcoolice, *toleranță, simptome de sevraj, *continuarea consumului de băuturi alcoolice în ciuda consecințelor adverse, *reducerea activităților uzuale în favoarea căutării de băuturi alcoolice* (la aceeași noțiune se face referire ca la dependența alcoolică).

Experiment clinic – experiment care se concentrează asupra efectelor posibile produse strategic prin care sunt evaluate intervențiile terapeutice. Trăsăturile dezirabile, care susțin validitatea experimentului includ selecția aleatorie a subiecților incluși în grupul de tratament, intervenția cât mai subtilă a clinicianului care evaluează cercetarea, necunoașterea de către evaluator al datelor brute obținute, a scopurilor de cercetare, iar pentru studiile farmacologice, utilizarea unui preparat placebo adecvat.

Factori de adaptare – caracteristicile pacientului care afectează rezultatele în mod diferențiat atunci când sunt comparate două sau mai multe strategii de terapie sau medicamente.

Predictori ai rezultatelor – caracteristici care influențează rezultatele terapiei de-a lungul experimentului dar nu prezintă efecte diferențiate depinzând de tipul de terapie.

Adaptarea pacientului la terapie sau la tratament este un concept, potrivit căruia tratamentele particulare (individualizate) ar putea fi mai bune pentru unii pacienți decât pentru alții și că în practica clinică, rezultatele tratamentului pot fi îmbunătățite prin adaptarea subgrupelor de pacienți la terapia cea mai potrivită nevoilor personale, utilizând reguli de adaptare care derivă din experiența anterioară.

1. DESCRIEREA TRATAMENTULUI

Adaptarea pacientului la tratament are lor atunci când un tratament este prescris în funcție de nevoile individuale ale pacientului, prin contrast cu furnizarea aceleiași terapii la toți pacienții care au diagnostic identic. S-a sugerat că selecția pacienților după tratamente bazate pe nevoile particulare și după caracteristicile lor ar putea îmbunătăți considerabil rezultatul. Potențialul ipotezei de adaptare a fost de un interes particular în tratamentul tulburărilor legate de consumul de alcool, stimulând cercetătorii și clinicienii să caute reguli de asociere pentru a individualiza selecția tratamentelor psihosociale. Literatura din acest domeniu se întinde pe câteva decenii și include studii la scară redusă, rapoarte dintr-un experiment clinic mare, din mai multe locuri și evaluări ale teoriei de bază, precum și implicațiile clinice practice. Ea furnizează un exemplu folositor pentru a ilustra rațiunea și implementarea ipotezei de adaptare care este utilizată ca model aici. Chiar dacă comentariile prezente sunt concentrate pe dependența de alcool ca țintă pentru intervențiile de adaptare ale pacienților, conceptul este relevant pentru alte tulburări și a fost utilizat în grade diferite pentru numeroase contexte medicale, psihiatrice și educaționale.

În forma ei cea mai de bază, adaptarea este făcută informal de către furnizorii de sănătate, în situația în care se bazează pe judecata (experiența) lor clinică. Ei furnizează tratament conceput după trăsăturile specifice ale pacientului și ale tulburării pacientului. Subiecții ar putea, de asemenea, să încerce, să exerseze „*autoadaptarea*” atunci când contribuie, în grade variate, la deciziile pe care se bazează tratamentul (cum ar fi credințele pe care le au pacienții despre diferite tratamente, disponibilitatea resurselor, acceptarea de sfaturi de la alții, ș.a.m.d.).

Totuși, practica formală a adaptării în situații clinice și de cercetare este bazată pe reguli validate, care leagă caracteristicile particulare ale pacientului cu câteva tratamente. Pașii mici în procesul de adaptare sunt:

- Evaluarea sistematică a caracteristicilor și nevoilor pacientului,
- Disponibilitatea regulilor specifice de adaptare și
- Asocierea corectă a pacienților cu un tratament bine definit, în acord cu regulile de adaptare specificate.

În mod ideal, liniile călăuzitoare ar trebui să se bazeze pe cercetare validată și rezultatele pacienților ar trebui monitorizate pentru a determina măsura îmbunătățirii și dacă sunt necesare modificări.

În plus față de adaptarea pacienților la tratamente, adaptarea pacienților la terapeuți a fost, de asemenea, de interes și este revăzută de Grupul de Cercetare al Proiectului MATCH în 1998, care a concluzionat că **efectele terapeutului asupra rezultatelor tratamentului ar putea contribui mai mult la explicarea variației în rezultate decât alte tratamente specifice utilizate, sau decât caracteristicile liniei de bază ale pacientului**. Raportând într-un studiu asupra eficienței și influenței terapeutului cu privire la rezultatele tratamentului, aspect stabilit ca o parte sau scop al proiectului MATCH, cercetătorii au descoperit că **efectele induse de terapeut influențează, în mare măsură, rezultatele tratamentului ca și satisfacția pacientului în legătură cu tratamentul**. Interesant este faptul că cele mai multe dintre efectele observate au fost datorate terapeuților care nu stau în zona în care activează (outlier). Cercetătorii au sugerat ca studiile de raportare a eficienței să ia în considerare efectul potențial pe care îl produce un terapeut.

Până relativ recent, adaptarea la tratamente pentru cei dependenți de alcool a implicat intervenția de natură verbală, cum ar fi terapiile comportamentale, consilierea și psihoterapia. Începând din anii 1990, dezvoltarea medicației care țintește sistemele neuroclinice implicate în procesul de a ajunge dependent, a adus o situație nouă și promițătoare pentru tratamentul alcoolismului. În plus față de experimentele clinice care au evaluat eficiența acestor medicamente (atât singure, cât și în combinație cu terapiile verbale), adaptarea ipotezelor a fost, de asemenea, testată. Pe măsură ce cunoașterea apare asupra determinantilor neurochimici în dependența de alcool, rațiunea este întărită pentru a ridica ipoteza că rezultatele ar putea fi îmbunătățite când medicamente în mod particular neuroactive vor fi legate de anumite caracteristici ale pacientului pe o bază biologică cunoscută.

2. BAZE TEORETICE

Interacțiunile diferă de predictorii prin aceea că predictorii afectează rezultatul tratamentelor într-un mod similar (fig. 1A). În contrast, interacțiunile se produc atunci când caracteristica de interes a pacientului are un efect diferit în tratamentele care sunt comparate (fig. 1B și 1C). Astfel, efectele principale ale tratamentelor diferite ar putea sugera că ele au beneficii similare; totuși, analizele care examinează interacțiunile dintre un anumit pacient și tipurile de tratament ar putea face beneficiile evidente.

Ideea de adaptare a strategiilor de tratament la pacient nu este nouă, fiind propusă, pentru prima dată, în problematica alcoolismului în 1941 de K. Bowman și E. Jellinek. Aceasta este întâlnită în foarte multe domenii cum este medicina, educația, psihiatria etc. R.E. Snow a analizat în 1991 interacțiunile dintre aptitudine și tratament ca derivate din literatura psihologiei educaționale, ca un cadru de cercetare asupra diferențelor individuale în psihoterapie.

Adaptarea a devenit de interes pentru cercetătorii în alcoolism atunci când după mai multe decenii de cercetare **nici un tratament clar și cu adevărat superior (performant) care să poată fi considerat „pilula magică” a alcoolismului nu a fost produs**. În paralel, gândirea cu privire la natura alcoolismului s-a diversificat, iar o analiză asupra tulburării ca rezultat final al unei interacțiuni complexe de factori – de mediu, personali, intrapsihici, biologici și sociali – au intrat în competiție cu modelul medical predominant al alcoolismului ca boală unidimensională. S-a sugerat că poate un demers (chimic) care să se potrivească la toate formele de alcoolism era nepotrivit. Noțiunea că poate ingredientul lipsă în procesul de selecție al tratamentului era adaptarea pacientului la tratament și a tratamentului la pacient începea să evolueze.

Ipoteza era că poate adăugarea adaptării ar putea contribui la creșterea rezultatelor peste nivelul obținut prin alegerea simplă a unor tratamente eficace, în general, și acordarea unei atenții deosebite elementelor curative, cum ar fi: sprijin, raportare, monitorizare și comunicare din partea terapeutului. Acest concept a fost întreținut de aproximativ 40 de studii publicate din anii 1970 până în 1990, demonstrând că o varietate de trăsături ale pacientului – demografice, factori relaționați cu

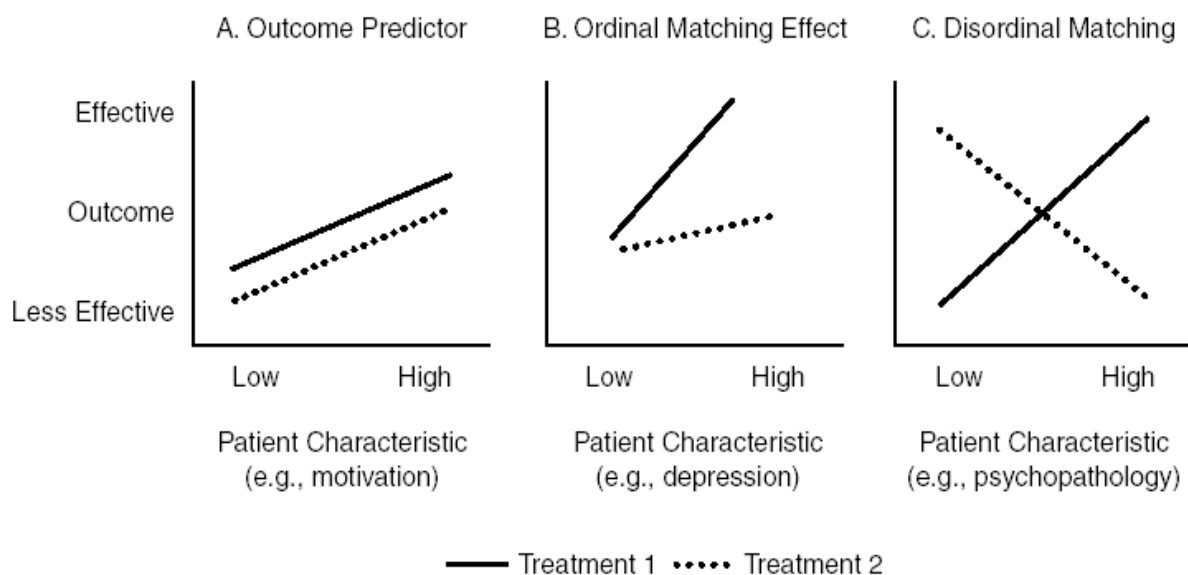
băutura, caracteristici intrapersonale și factori interpersonali se potriveau mai mult cu unele tratamente particulare și furnizau mai mult succes.

3. STUDII EMPIRICE

Studii timpurii

Dezvoltarea bazei de date experimentale care țin de ipoteza adaptării pacientului la tratament ar putea fi raportată la două etape.

Figura 1 – trei exemple ipotetice ale relației caracteristicilor pacientului în funcție de succesul obținut sunt prezentate.



Axa X (linie orizontală) a fiecărui grafic reflectă gradul în care un pacient are o anumită caracteristică. Ar putea fi o variabilă continuă, adică un pacient s-ar putea găsi oriunde într-un spectru de nivele, caracteristicile variind de la scăzut la ridicat, cum ar fi gradul de motivație al pacientului sau o variabilă dihotomică, cum ar fi prezența sau absența în familie a unei istorii de alcoolism (nereprezentată aici). Axa Y, linia verticală este o măsură a rezultatelor tratamentului (de exemplu, procentajul de zile pentru o perioadă dată, în care pacientul a consumat alcool). Relația dintre cele două linii care reprezintă cele două tratamente care sunt comparate revelează informații asupra efectului variatelor nivele ale caracteristicilor pacientului ca rezultat (A). Relația dintre un predictor rezultat și două tipuri de tratament este prezentată. De exemplu, în ce mod motivația unui pacient afectează rezultatul a două tratamente diferite? Rezultatul tratamentului cu ambele terapii este relaționat cu caracteristica pacientului (adică cu cât mai mare este motivația, cu atât mai bun este rezultatul pentru ambele tratamente, cu toate că tratamentul 1 pare a fi un pic mai eficient decât tratamentul 2). Faptul că liniile sunt paralele indică un efect similar al motivației pacientului în ambele tratamente. De aceea, factorul caracteristic este un predictor rezultat care nu afectează tratamentele în mod diferențiat. (B) Un efect de adaptare ordinal (ordinal) este prezentat. Pacienții cu nivele joase ale caracteristicii de interes cum ar fi depresia par să aibă cam același succes, indiferent de tratamentul pe care îl primesc. Pentru pacienții cu nivele mai înalte de depresie, rezultatele sunt diferite și există un avantaj clar în a alege tratamentul 1. (C) Adaptarea non-ordinală este prezentată. Pacienții cu un nivel scăzut al unei caracteristici, cum ar fi psihopatologia, au un succes mai mare când primesc tratamentul 2 decât atunci când primesc tratamentul 1. Pentru pacienții cu nivele înalte de psihopatologie, se remarcă un fenomen opus, adică tratamentul 1 este mai eficient.

Prima eră constă din aproximativ 40 de studii din anii 1970 până la începutul sau mijlocul anilor '90, acestea erau, de cele mai multe ori, studii la o scară mai redusă, într-o singură locație. Unele dintre studiile realizate în această perioadă timpurie prezintă deficiențe metodologice, cum ar fi lipsa unor ipoteze apriori, terapii diferite, documentație insuficientă și măsurători ale rezultatelor variabile care au diminuat valoarea studiilor și au făcut comparațiile între studii diferite. Cu toate acestea, cantitatea crescândă de cunoștințe acumulate a fost văzută tot pe atât de promițătoare nu numai pentru îmbunătățirea rezultatelor pacienților, dar, de asemenea, pentru a face mai eficientă utilizarea resurselor mereu în scădere ca polițe de rambursare, așa că alte forțe economice au început să schimbe fața noilor tratamente.

În perioada anilor 1980, până prin 1990, progresele metodologice au fost tot mai evidente în cercetarea clinică pentru adicție sau dependențe și numeroase studii mai sofisticate despre adaptare au fost raportate, întărind speranța în adaptare ca o unealtă clinică. Un important catalizator a fost reprezentat de două rapoarte de la Institutul de Medicină, în 1989 și 1990, care au la bază o cercetare sistematică și sigură în această chestiune. Ipoteza adaptării a devenit parte a agendei naționale despre cercetare.

Proiectul MATCH

A doua eră a studiilor despre adaptare a fost marcată de lansarea în 1989 a unui experiment clinic în multiple locații – *proiectul MATCH* – de către Institutul Național asupra Abuzului de Alcool (NIAAA), principalul sponsor al cercetărilor pentru tulburările legate de alcool în SUA. MATCH a fost conceput ca cel mai extins experiment, mai puternic din punct de vedere statistic și mai riguros metodologic, desfășurat până acum. **Obiectivul** declarat era să supună ipotezele de adaptare celui mai riguros test al momentului. Condițiile sale de cercetare erau, în mod extins, bazate pe cantitatea anterioară de cunoștințe publicate și pe ultimele informații despre tratamente, despre care se considera că sunt, în mod general, eficiente și potrivite pentru furnizare atât într-un experiment clinic cu multiplă localizare, cât și în practica actuală clinică.

1. Planificarea activităților în Proiectul MATCH

Detaliile rațiunilor și tratamentelor Proiectului MATCH au fost publicate în 1993 și de D. Donovan și M.E. Mattson, într-o monografie din 1994. Studiul a testat combinații promițătoare „pacient-tratament“, implicând 21 de caracteristici ale pacienților și 3 tratamente: **încurajarea pacientului în 12 pași (TSF), terapia creșterii motivării (MET) și terapia cognitiv-comportamentală (CBT)**. După determinarea eligibilității și o evaluare extensivă a liniei de bază, 1726 de pacienți au fost asociați aleator unuia dintre cele 3 tratamente. Tratamentele au fost administrate într-o perioadă de 12 săptămâni de către terapeuți antrenați, urmând instrucțiuni standardizate. Supravegherea terapeuților a continuat în timpul experimentului pentru a asigura fidelitatea la protocolul de tratament în toate locațiile. Tratamentele sunt descrise în 3 manuale ale terapeuților scrise de cei care le-au dezvoltat și au fost publicate de Institutul Național pentru Abuzul de Alcool și Alcoolism, ca o parte a seriei de Monografii în 8 volume a protocolului MATCH.

Rezultatele cu privire la consumul de alcool și alți indicatori de funcționare (adaptare) au fost evaluați la sfârșitul tratamentului (după 3 luni) și apoi după 6, 9, 12 și 15 luni. Un sublot de pacienți din ambulator au fost contactați și reevaluați la 39 de luni după tratament. Cele două măsurători primare ale rezultatelor cu privire la consumul de băuturi alcoolice au fost: *procentajul în zile de abținere și cantitatea de băutură consumată zilnic (numărul de drink-uri)*.

2. Eșantionul proiectului MATCH

Pacienții au fost tratați în 9 locații din SUA. 5 locații au funcționat ca niște clinici ambulatorii, iar 5 locații au livrat tratamentele proiectului MATCH ca o post-îngrijire, urmând unui episod de spitalizare sau unei internări de zi (o locație a avut atât ambulator, cât și staționar de zi, cu posibilitate de post-îngrijire). Pacienții care căutau tratament din cele 9 locații au fost recrutați dintr-un total de 27 de posibilități de tratament. Indivizii diagnosticați cu dependență concurentă de

droguri (altele decât de marijuana) au fost excluși din experiment. Participanții erau aproape în exclusivitate dependenți de alcool (ca opuși cu cei numai cu abuz de alcool), cu simptome de dependență conform criteriilor DSM-IVR și consumau în medie 25 de zile pe lună, cu o medie de 15 drink-uri pe zi de băutură. Mai mult de jumătate dintre pacienți au avut o istorie de tratament anterior pentru alcoolism, aproximativ 75% erau bărbați și aproape toți prezentau efecte cronice de consum de alcool în diferite domenii de funcționare.

3. Ipotezele Protocolului MATCH

Bazate pe cercetarea anterioară, o serie de caracteristici ale pacienților au fost identificate și testate ca variabile potențiale de adaptare a tratamentului. Variabilele de adaptare și măsurătorile utilizate pentru a le operaționaliza sunt descrise în câteva publicații ale Grupului de Cercetare al Proiectului MATCH. *Caracteristicile de adaptare* ale pacientului erau: *implicarea în problema alcoolică* (adică severitatea problemelor legate de alcool), *alterări cognitive, nivel conceptual* (o măsură a abilității de a opera cu abstracțiuni), *sexul, căutarea înțelesului* (adică dorința de a descoperi un sens mai important în viață), *motivație* (adică disponibilitatea de schimbare), *severitatea manifestărilor psihiatrice, sociopatie, suport social pentru consumul de băuturi alcoolice, subtipul de alcool, severitatea dependenței de alcool, diagnostic psihiatric* (tulburare pe axa 1/2), *personalitatea antisocială, impulsivitate, autoeficiență, adaptare și funcționare sociale, angajament anterior la Alcoolicii Anonimi, sentimente religioase, disponibilitate spre tratament, autonomie și recunoașterea problemelor*.

Interacțiunile ipotetice între fiecare dintre aceste caracteristici ale subiecților și tratamentele proiectului MATCH au fost specificate la începutul experimentului. Ipotezele de adaptare au fost stabilite apriori, adică specificate înainte de aplicație și nu au fost revelate sau precizate nici terapeuților sau asistenților în cercetare pentru a menține obiectivitatea în tratament și în activitatea de evaluare.

1. Rezultatele proiectului MATCH

În această secțiune, vom urmări cum rezultatele Proiectului MATCH au răspuns la două întrebări:

- Cum s-au comportat pacienții în condiții diferite de tratament și
- Dacă au fost anumite tratamente în mod particular eficiente în subgrupurile de pacienți, în

funcție de caracteristicile definite mai jos.

Rezultate. Efecte principale

Pacienții din cele 3 situații de tratament au demonstrat o îmbunătățire majoră în consumul de alcool, precum și în alte arii funcționale, cum ar: depresia, utilizarea drogurilor interzise, în afecțiuni ale ficatului. În general, subiecții implicați în proiectul MATCH se abțineau mai mult de 85% din zile, timp de un an, dacă urmau tratament, iar consumul de alcool a scăzut de 5 ori. Chiar și cei care n-au avut succes în menținerea abstenenței, care au continuat să bea, au experimentat o reducere substanțială a consumului de alcool. În general, efectele înregistrate în legătură cu cele 3 tratamente au fost similare, cu excepția că 10% mai mulți pacienți din ambulator care au beneficiat de TSF au ajuns la abstenență completă într-o perioadă de urmărire timp de un an, comparativ cu celelalte 2 tratamente. În plus, mai mulți pacienți aflați în post-îngrijire au fost capabili să susțină abstenența completă în anul următor, mai mult decât pacienții din ambulator, în ciuda faptului că pacienții aflați în post-îngrijire prezentau la intrarea în studiu mai multe simptome importante legate de dependența de alcool.

Rezultate. Adaptarea interacțiunilor

Rezultatele proiectului MATCH au surprins pe mulți și au dus la convingerea că adaptarea (individualizarea) tratamentului la pacient era critică în tratamentul alcoolismului. În mod contrar, așteptărilor generate de literatura care a susținut proiectul extinderea efectelor în mod uniform pentru potrivirea caracteristicilor unui singur pacient nu s-au observat. Multe adaptări ipotetice nu au fost susținute, iar cele consemnate au fost, în cea mai mare parte, apreciate ca fiind de mărime modestă și variabile în timp, de la o etapă la alta a experimentului, și chiar pentru cele două măsuri primare.

Dintre cele 21 de variabile ale pacienților care au fost analizate, patru efecte de adaptare au fost considerate plauzibile, implicând pentru grupul pacienților alcoolici din ambulator următoarele trei: *severitatea manifestărilor psihiatrice, nivelul de impulsivitate al pacientului, susținerea rețelei sociale pentru consumul de alcool*, iar pentru pacienții aflați în post-îngrijire – *dependența de consumul de alcool*. Aceste rezultate vor fi descrise pe scurt.

Pacienții din grupul celor din ambulator care prezentau manifestări psihiatrice de intensitate scăzută, tratați cu TSF au avut mai multe zile de abținere decât cei tratați cu CBT care au înregistrat o deficiență mai mare cu 10% pentru o urmărire de câteva luni. Cea mai mare diferență s-a înregistrat la 6 luni după încheierea tratamentului, când pacienții fără o psihopatologie concomitentă au avut 87% zile de abținere în cazul celor cu TSF, comparativ cu 75% zile de abținere la cei cu CBT.

Terapia de creștere a motivației a fost postulată a fi mai eficientă pentru pacienții cu scoruri de impulsivitate mai ridicate, posibil din cauza naturii ei lipsite de confruntare. Pacienții care au beneficiat de MET, în studiul din ambulator, care au avut scoruri mai ridicate de impulsivitate, au fost mai abștinenți decât pacienții care au primit alte tratamente (o diferență de 9% adică 5% față de 76%) și au consumat alcool mai puțin intens când participau la terapie. Pacienții cu nivele reduse de impulsivitate s-au comportat mai bine în CBT și TSF, comparativ cu MET. Efectul a persistat timp de un an după încheierea administrării de tratament și a fost menținut într-o anumită măsură chiar și la 39 de luni. Acest rezultat a fost unul de cea mai consistentă adaptare de-a lungul timpului.

Așa după cum s-a prevăzut, pacienții care aveau un suport social pentru a bea s-au comportat mai bine în TSF decât în MET. Această diferență nu a fost vizibilă în primul an după tratament, dar s-a observat la pacienții din ambulatoriu, în cadrul unei urmăriri de 3 ani. Pacienții tratați cu TSF au raportat abținere în 83% din zile, față de 66% pentru pacienții tratați cu MET. Diferența de 17% a fost cea mai mare ca valoare în proiectul MATCH. Efectele apar datorită unui declin moderat între pacienții cu sprijin în consum de băutură intens la cei din grupul MET, la sfârșitul tratamentului, pe când cei din grupul TSF și-au menținut beneficiile. Un factor de influență ar putea fi diferențele în nivelele de urmărire a A-A, cu nivelele de urmărire mai ridicate la pacienții din grupul TSF decât la cei din grupul MET.

S-a ridicat ipoteza că pacienții cu o înaltă dependență de alcool s-ar comporta mai bine în TSF, pe când cei cu trăsătură de acest fel mai redusă beneficiază mai bine de CBT. Pentru că TSF este un tratament care pune un accent mai ridicat pe abținerea totală, s-a postulat a fi mai eficace la cei cu dependență de alcool mai severă, față de procedurile CBT care antrenează pacienții în învățarea abilităților de a trata cu „*alunecările*” sau cu devierea de la norma de a nu consuma alcool, sau comparativ cu MET care se concentrează pe stimularea deciziei personale a pacienților, pentru a se motiva în a deveni abștinent. Pacienții aflați în regim de post-îngrijire, cu o dependență scăzută de alcool, au avut rezultate mai bune atunci când au fost tratați cu CBT decât cu TSF (adică abținerea de 96% din zilele post-tratament față de 89%).

Totuși, la nivele mai mari de dependență, cea mai bună alegere de tratament a fost TSF (adică 94% comparativ cu 84% zile de abținere). Efectul acesta a fost consistent pentru perioada post-tratament de 15 luni.

Rezultate. Implicații clinice

Implicațiile clinice ale proiectului MATCH au fost descrise de investigatori, într-un articol din 1998, după cum urmează:

„În rezumat, rezultatul testării ipotezelor formulate apriori de adaptare a arătat câteva potri-viri de intensitate modestă către moderată – adesea variabile în timp, rezultate ale măsurărilor și direcții de studiu. Aceste rezultate sugerează că adaptarea pacienților la câteva dintre atributele testate în proiectul MATCH, la unul din cele trei tratamente, pare să crească rezultatele într-un grad modest cu cele mai relevante dintre efectele confirmate constituind o diferență moderată de 17% de zile de abținere”.

Grupul de Cercetare al Proiectului MATCH a concluzionat că punctele de vedere diferă în modul în care aceste efecte caracteristice singulare sunt importante din punct de vedere clinic, cu

toate că *per total*, rezultatele nu sugerează că schimbări majore în alegerea procedurilor sunt îndreptățite. R. Longabaugh și P. Wirtz au analizat extensiv mecanismele și „elementele active” implicate în ipotezele de adaptare și au discutat motivele posibile pentru eșecul în a descoperi un număr mai mare de corelații.

Medicațiile ca țintă de adaptare

Literatura asupra agenților farmaceutici în tratamentul alcoolismului a fost revizuită în mod extensiv și indică creșterea potențialului agenților farmacologici, ca ajutoare în tratamentul alcoolismului.

În primii ani din perioada de după 1990, interiorul în antagonismul opiaceii „Naltrexone” ca un adjuvant al tratamentului dependenței de alcool a fost ilustrat de studii cheie de către grupuri în 1992, pe care le-a făcut O’Malley și colaboratorii și de către Volpicelli împreună cu colegii. În mod anterior, folosit ca tratament pentru dependența de opiacee, naltrexone a fost aprobat pentru tratamentul alcoolismului de către FDA în 1994. Anterior, singurul medicament aprobat pentru acest scop a fost disulfiram (antalcool). Funcțiile disulfiramului ca preventiv al consumului de alcool prin producerea unui efect advers se manifestă dacă alcoolul este consumat prin inhibiția aldehydei dehidrogenază, o enzimă implicată în metabolismul alcoolului.

Datele din studiu asupra eficacității naltrexone au fost considerate în analize post-hoc ulterioare de către A.J. Jaffe și asociații săi în 1996. Aceste rezultate ilustrează posibilitatea de constituire de subgrupuri adaptate la tratament în situații de dependență de substanțe (alcool) asociate cu situații psihosociale. Principala întrebare care a fost analizată se referă la faptul dacă pacienții cu anumite caracteristici ale liniei de bază răspund pozitiv la combinațiile de drog cu situații psihosociale decât cei care nu prezintă astfel de caracteristici. Autorii au concluzionat că naltrexone pare să fie mai eficient la alcoolicii cu impulsuri irezistibile de a bea și funcții cognitive mai reduse.

Cercetarea lui Mason și colaboratorii, efectuată în 1996, a sugerat că utilizarea antidepresivului Desipramine ar reduce riscul recăderilor la alcoolicii depresivi, dar nu și la cei non-depresivi. În 1994, H.R. Kranzler și alții au constatat că buspirone se dovedise a fi mai de ajutor la alcoolicii anxioși, cu toate că același medicament nu a fost recunoscut ca atare într-un studiu din 1992 de către Malcom și colab. În 2000, două studii despre agentul ondansetron (un antagonist 5-HT₃) a sugerat că a influențat, în mod diferențiat, consumul de băutură la alcoolicii începători, care au început să consume alcool mai târziu. Alcoolicii care au început să bea mai devreme au fost definiți după cum urmează: cei care au arătat probleme cu consumul de alcool la o vârstă mai tânără au dezvoltat caracteristici antisociale și prezintă o istorie de familie cu tulburări de acest fel la rudele de gradul I. Ei au observat că ondansetron inhiba consumul de băutură, în special, la cei care au început să bea la vârste mai tinere. Într-un mic studiu pilot din anul 2000, aceiași investigatori au combinat ondansetron cu naltraxone și au remarcat că asocierea reducea consumul de alcool la cei care au început mai devreme într-un grad mai ridicat decât la oricare dintre cele două medicamente luate singure.

Bazat pe studii preliminare ca acestea, este tentant de făcut speculații că algoritmi noi și mai buni de adaptare ar putea fi descoperiți când potrivirile sunt bazate și pe asocierea tratamentelor farmacologice cu caracteristicile biologice ale pacienților. Multe cercetări suplimentare sunt necesare pentru a determina dacă rezultatele contradictorii, provocatoare din stadiu preliminar pot fi introduse și extinse. Sunt necesare studii viitoare pe eșantioane mari în multiple centre și situații variate, precum și o mai mare înțelegere a mecanismelor neurochimice care stau la baza observațiilor clinice. Viitorul adaptării pacienților la tratamentele farmacologice rămâne deschis, așteptând o investigație de efectuat.

BIBLIOGRAFIE:

1. Donovan, D., & Mattson, M. E. (Eds.). (1994). **Alcoholism treatment matching research: Methodologic and clinical approaches**. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement no. 12*, 1–171.
2. Friedman, L. M., Furberg, C., & DeMets, D. (1985). **Fundamentals of clinical trials**. Littleton, MA: PSG Publishing.

3. Hester, R. K., & Miller, W. R. (1995). *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (2nd ed.). Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
4. Project MATCH Research Group. (1998). **Clinical implications of Project MATCH.** *Journal of Mental Health*, 7(6), 589–602.
5. Project MATCH Research Group. (1993). **Project MATCH: Rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment.** *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17 (6), 1130–1145.
6. U. S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2000, June). *10th Special Report to the US Congress on Alcohol and Health*. Washington, DC.

Ioan GOTCĂ – Psiholog, Spitalul Clinic de Psihiatrie „Socola“