

Radu Vrasti: "Terapia Manualizata a Alcoolismului" (carte in curs de publicare)

Cap. 10: Terapia combinata a alcoolismului

Exista astazi o multitudine de procedee si metode de terapie a alcoolismului. In fata acestei avalanse, 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 abordările 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 privind definitia si etiopatologia alcoolismului.

In ultimii ani s-a incercat si in domeniul alcoolismului ca si in alte domenii ale medicinei in general si a psihiatriei in particular sa se dezvolte ghiduri de buna practica bazate pe trecerea in revista a cercetarilor existente. Daca in unele domenii medicale consensul a fost repede gasit, fiind suficienta inventarierea a catorva studii confidente, in cazul alcoolismului nu s-a putut ajunge la un rezultat multumitor nici dupa luarea in considerare a mai multor sute de cercetari.

Finney (2000) trece in revista limitarile mai multor studii care au dorit sa compare rezultatele diferitelor metode de tratament a alcoolismului si constata

ca nu se poate ajunge la un numitor comun pentru ca sunt multiple probleme in determinarea relativa a eficacitatii si efectivitatii in evaluarea comparativa a studiilor care se ocupa de aceeasi modalitate terapeutica sau cand modalitati diferite sunt comparate intre ele. Aceste studii abordeaza concepte si metodologii care fac imposibila meta-analiza, ba chiar simpla comparare a rezultatelor pare uneori hazardata. Pentru a debloca aceasta situatie, nevoia de generalizare a datelor, diferiti autori au cautat sa faca analize calitative ale studiilor existente intocmind clasamente ale eficacitatii metodelor in functie de diferite scoruri precum numarul studiilor care au raportat aceleasi rezultate, dimensiunea lotului, confidenta metodologiei, strategia de esantionare, criteriile de includere si excludere a subiectilor recrutati, etc.

Una din metode a fost denumita "box-score" care in mare consta in determinarea numarului de studii in care o anume modalitate de tratament este este superioara celolalte alternative luate in calcul, aceasta cu conditia ca studiile intrate in aceasta competitie sa fie comparabile in ceea ce priveste modalitatile de evaluare a tratamentului, a ameliorarii si a caracterizarii subiectilor. Finney (2000) face o comparatie intre locurile ocupate in "box-score" de 19 modalitati terapeutice asa cum l-a evaluat Holder si colab (1991), Finney si Monahan (1996) si Miller si colab. (1995) si gaseste ca in 6 din cele 19 modalitati diferenta este mai mare de 6 locuri intre ele si doar pentru una din conditiile terapeutice, terapia de crestere a abilitatilor sociale, locul ocupat este semnificativ acelasi in toate cele trei studii. Aceasta lipsa de concordanta face imposibila gasirea unui consens privitor la valoarea terapeutica a metodelor inventariate.

Mai recent, Miller si Wilbourne (2002), adoptand un mod mai sofisticat de a clasifica metodele terapeutice din alcoolism, respectiv scorul compozit logic, nu mai gasesc ca terapia abilitatilor sociale ar putea fi cea mai efectiva

terapie. Ei denumesc acest pol al terapiilor luate in concurenta in privinta eficacitatii demonstrata in studii clinice ca fiind “Mesa Grande”. Acest studiu a fost intreprins pe 361 studii retinute a fi valide dintr-un total de 538 privitor la 46 terapii diferite. Pe primul loc la Mesa Grande ar fi interventia scurta atat cand se iau in considerare studiile cu esantion recrutat de cercetatori (esantion pasiv) si cand se iau in considerare doar studiile cu esantion cu alcoolici care au cautat tratamentul (esantion activ). In schimb, interviul motivational a fost pe locul doi in competitia cu lot pasiv si a fost doar pe locul 11 in competitia cu lot activ. Pe locurile urmatoare se claseaza terapia cu agonist GABA - acamprosat (raport esantion pasiv/esantion activ: 3/3), terapia cu antagonist de opiacee – naltrexona (raport 4/4), terapia de abilitati sociale (raport 5/2), reintarirea comunitara (raport 6/5), etc. Terapia cognitiva intruneste raportul 11/9, terapia cu disulfiram 12/10, counselingul centrat pe client 12/13, terapia de facilitare a programului in 12 pasi 24/22, terapia cu inhibitori ai recaptarii serotoninei 26/25, preventia recaderii 35/34, terapia prin grup AA 39/35 (!) si counselingul general 45/46.

Lucrurile nu s-au oprit aici! Luborsky si colab (2002) au publicat un articol in care demonstreaza ca in domeniul terapiilor psihologice nu exista modalitate terapeutică care sa-si fi demonstrat superioritatea fata de alta. Ei examineaza 17 meta-analize ce cuprind 132 de studii comparative si gasesc ca exista un “effect size” mai mic de ‘*d*’ (Cohen) < 0,20 ceea ce semnifica ca, in termen de marime si semnificatie a efectului terapiei, ele sunt nesemnificativ diferite. Aceasta vine sa confirme afirmatia mai veche a lui Rosenzweig (1936) care spunea ca diferitele psihoterapii impart in comun aceleasi trasaturi importante ceea ce duce la diferente mici si nesemnificative intre rezultate, iar unul din cele mai importante lucruri pe care le impart in comun este “relatia cu terapeutul”. Rosenzweig a numit acest lucru “verdictul pasarii Dodo” facand

analogie cu ce spunea pasarea Dodo din “Alice in Tara Minunilor”: *fiecare din noi a castigat deci meritam cu toti acelasi premiu.*

Revenind la terapiile alcoolismului nu putem uita cele spuse de Miller si Hester (1986) ca toate terapiile sunt tot atat de bune pe cat de proaste iar optimismul nostru este legat de faptul ca sunt asa de multe si de speranta ca una din ele va fi potrivita pentru unul din alcoolicii care cauta tratament. Ramane ca terapia si individul sa se potriveasca, spunem noi.

Problema pe care o ridica studiul lui Luborsky si colab. (2002) este ca foarte multe metode terapeutice impartasesc cam aceleasi ingrediente puse in diferite formate, iar aceste ingrediente comune sunt factorii comuni ai terapiilor psihologice. Mai mult, Stanley Messer (2002), comentand acest studiu, spune ca factorii comuni sunt mai potentii terapeutic decat factorii specifici, adica decat acele ingrediente care face ca o terapie sa se deosebeasca de alta. Printre factorii comuni sau contextuali din terapiile psihologice se amintesc: alianta client –terapist, aderenta la deznodamantul asteptat (cat de convins si convingator este terapistul), fidelitatea si devotiunea terapistului fata de terapie, modul (emotional si intelectual) in care terapistul livreaza terapia. Factorii specifici ai terapiilor sunt acele ingrediente care contureaza ratiunea sau modelul specific al terapiei in cauza, respectiv acele ingrediente active care produc beneficiu terapeutic. La acestea se mai adauga aderenta terapistului la teoria din care a izvorat terapia si interactiunea dintre terapie si caracteristicile clientului.

In ciuda curentului nihilist din terapiile psihologice, tendinta actuala este de a continua sa se dezvolte tehnici terapeutice specifice, puternic reliefate si manualizate, care sa nu lase mult spatiu comentariilor despre factorii comuni si care sa permita potrivirea dintre caracteristicile clientului si ingredientele terapeutice active. Terapia combinata a alcoolismului prezentata in acest capitol

se inscrie in aceasta tendinta si incearca sa acopere si o alta asertiune la moda: terapia moderna a alcoolismului este un eclecticism informat.

Incurajat de rezultatele obtinute in proiectul MATCH, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) din SUA a lansat in 1997 propunerile pentru un nou studiu care sa testeze valoarea naltrexonei si acamprosatului in combinatie cu doua terapii comportamentale. La aceasta propunere a aderat 11 centre din SUA si astfel in anul 2001 porneste unul din cele mai ambitioase proiecte de cercetare multicentru din domeniul tratamentului alcoolismului, proiectul COMBINE (The COMBINE Study Research Group 2003a, 2003b). In fond, acest proiect incearca sa fie eclectic si sa combine unele din cele mai confidente metode de tratament ca raspuns la verdictul pasarii Dodo: nici una din terapiile alcoolismului nu s-a dovedit superioara alteia in cazul tuturor cazurilor de alcoolism.

Metodologia studiului s-a bazat pe unele din cele mai confidente rezultate din tratamentul alcoolismului: descoperirea eficacitatii agentilor anticraving (naltrexona si acamprosatul) si evidenta eficacitatii celor trei terapii comportamentale manualizate lansate de proiectul MATCH (prezentate in volumul de fata in capitolele precedente). Astfel, s-a prevazut ca subiectii sa fie supusi randomizat la tratamentul farmacologic cu naltrexona si/sau acamprosat si combinat cu unul sau altul sau ambele terapii comportamentale prevazute pentru acest studiu. Acestea sunt: 1) Managementul Medical (MM) este un program cuprinzand 9 vizite medicale, in jur de 15-25 minute fiecare, care au ca scop cresterea aderenței cu tratamentul medical si mentinerea abstinentei prin furnizarea unui suport psihoeducational si referirea la un grup de auto-ajutor, precum grupul AA; acest program este intreprins de medicul din rețeaua primara de ingrijire (medicul de familie, medicul generalist); 2) Interventia comportamentala combinata (ICC) care este o combinatie de tehnici

comportamentale testate in cadrul proiectului MATCH si furnizeaza clientului abilitati de coping si intarire motivationala pentru a sustine abstinenta. ICC este livrata in patru faze distinctive: prima faza cuprinde o sedinta de crestere motivationala spre schimbarea comportamentului de consum, a doua sedinta cuprinde o analiza functionala a modelului de consum individual, faza a treia cuprinde 9 sedinte de terapie cognitiv-comportamentala de abilitati de coping si faza 4-a cuprinde opt vizite scurte pentru trecerea in revista a progreselor subiectului, mentinerea motivatiei pentru schimbare, implementarea managementului de caz, mentinerea aderenței la medicatie, consultatia la telefon, interventia in criza, managementul reluării consumului, etc. ICC a cuprins 20 sedinte livrate pe parcursul a 16 saptamani.

Proiectul COMBINE a cuprins 1383 indivizi dependenti de alcool extrasi din 4965 de subiecti care au dorit sa participe si care cu putin timp inainte de a intra in studiu au decis sa devina abstinenti. Acest esantion a fost impartit in noua grupe: 1) un grup de 153 subiecti au primit placebo si MM; 2) alt grup de 152 subiecti au primit 3 g/zi acamprosate si MM; 3) 153 subiecti au primit 100 mg/zi naltrexona si MM; 4) 148 subiecti au primit acamprosate si naltrexona si MM; 5) 155 subiecti au primit placebo, MM si ICC; 6) 150 subiecti au primit acamprosate, MM si ICC; 7) 155 subiecti au primit naltrexona, MM si ICC; 8) 157 subiecti au primit acamprosate, naltrexona, MM si ICC; 9) un grup de 157 subiecti au primit doar ICC.

Tratamentul a durat 16 saptamani iar urmarirea lotului a fost de un an. Deznodamantul a fost apreciat pe baza numarului de zile de abstinenta si a timpului scurs pana la prima zi de consum mare de alcool (mai mult de 4 drink-uri pentru femei si peste 5 drinkuri pentru barbati). Abstinenta sau consumul moderat a fost indicatorii deznodamantului favorabil.

Grupul de studiu COMBINE publica in 2006 rezultatele finale ale studiului (Anton si coalb. 2006) separat pentru primele 16 saptamani de tratament si pentru follow-up-ul de 1 an. Astfel, dupa primele 16 saptamani a fost evident ca toate grupele si-au redus substantial consumul. Numarul zilelor de abstinenta in toate cele 9 grupe luate in studiu a crescut de la 25% la 75% iar media consumului de alcool pe saptamana a scazut de la 66 drink-uri la 13 drinkuri. Subiectii care au primit naltrexona si MM sau cei care au primit naltrexona plus MM si ICC au avut un procentaj mai mare de zile de abstinenta decat subiectii care au primit numai placebo si MM. Naltrexona s-a aratat eficace in a reduce riscul pentru consumul mare de alcool si de reducere a intensitatii cravingului. Acamprosatul a aratat un efect benefic putin diferit comparativ cu placebo. Nici ICC administrat singur nu arata vreun efect pozitiv.

Calcularea scorului compozit al deznodamentului a aratat ca dupa 16 saptamani adaugarea naltrexonei sau a Interventiei comportamentale combinate (ICC) la Managementul medical (MM) dubleaza sansele unui deznodament pozitiv.

Dupa un an de la intrarea in tratament, grupul care a primit naltrexona continua sa prezinte o rata mai mica de recadere pentru un consum mare de alcool. In toate grupele a existat aceiasi rata de reintoarcere la consumul sever de alcool, dar numarul de zile de abstinenta este mai mare comparativ cu perioada de dinaintea intrarii in tratament. Cel mai bun deznodament la un an l-au prezentat subiectii din grupul care a primit naltrexona impreuna cu MM si ICC si cel mai rau deznodament pacientii care au primit placebo plus MM.

Marele inteles al studiului COMBINE este ca terapia combinata a alcoolismului este mai potenta de cat oricare alta terapie individuala dintre cele care au fost validate in studiul MATCH.

In cele ce urmeaza se va prezenta modul de conducere a Managementului Medical (MM) si a Interventiei Comportamentale Combinate (ICC) ca modalitati dintre cele mai moderne de tratare a alcoolismului in combinatie sau singure dar cu adaugarea la fiecare din ele a naltrexonei sau acaprosatului (tratamentului cu naltrexona si cu acaprosat a fost prezentat in capitulul de terapie farmacologica a alcoolismului din prezentul volum).

Tratamentul COMBINE este o modalitate structurata, manualizata si ea va fi prezentata asa cum se gaseste in manualul COMBINE (NIAAA, 2004)

1. Managementul Medical

Managementul medical (MM) este o terapie suportiva simpla livrata de un medic de medicina generala si se recomanda in mod explicit sa fi livrata impreuna cu terapia medicamentoasa prescrisa subiectului in cauza. Se cunoaste ca exista o mare probabilitate ca subiectul pe drumul sobrietatii sa fie tentat ca sa intrerupa terapia sub diferite motive si astfel sa creieze contextul pentru abandonarea ei ulterioara. Principalul scop al acestei terapii este de a furniza pacientului informatiile, suportul si strategiile care sa-l faca compliant la tratamentul medicamentos prescris. Aceasta se realizeaza prin: i) informarea pacientului asupra medicatiei si a avantajelor mentinerii ei; ii) furnizarea de informatii si materiale educative privind dependenta de alcool si terapia acesteia; iii) furnizarea de suport pentru eforturile pacientului de a produce o schimbare in atitudinea lui fata de consumul de alcool; iv) furnizarea de recomandari directe privitor la schimbarea deprinderilor de consum; v) furnizarea unei monitorizarii continuu atat a tratamentului medicamentos cat si a procesului de schimbare a pacientului.

De-a lungul MM subiectul trebuie incurajat sa fie abstinent. Nu se va accepta ca subiectul sa vina la vizitele medicale sub influenta alcoolului. Totusi daca subiectul prezinta unele momente de slabiciune si consuma alcool intr-un

anume moment, medicul trebuie sa-l asigure ca aceasta nu inseamna ca el nu va atinge scopul propus al recuperarii. Scopul terapiei nu se negociaza sau renegociaza in timpul MM.

Managementul Medical cuprinde o sedinta initiala de evaluare si analiza a situatiei subiectului si de pornire a medicatiei prescrise (naltrexona sau acamprostat) urmata de mai mult vizite medicale scurte a caror numar depinde de progresele subiectului, efectele secundare ale medicatiei si de complianta cu medicatia prescrisa.

Managementul Medical incepe dupa sedinta de intrare in terapie care debuteaza cu introducerea reciproca a medicului si pacientului, discutarea modelului terapeutic si a contractului de terapie, obtinerea angajamentului formal al pacientului de a urma terapia propusa, efectuarea unui bilant clinic, biologic si al modelului de consum si includerea acestor date intr-un raport clinic prezentat subiectului ulterior. Acest raport cuprinde rezultatele examenilor clinice si biologice efectuate si modelul de consum de alcool (cantitate, frecventa, consecinte). In mod specific Raportul clinic se bazeaza pe examinarea clinica a subiectului, pe rezultatele testelor de laborator (in special bilirubina, acidul uric, gama-glutamil transferaza si transaminazele hepatice), pe evaluarea cantitatii si frecventei consumului de alcool cu metoda Timeline Followback¹, pe lista simptomelor de dependenta culese in interviul clinic si pe lista consecintelor consumului raportate de client evaluata cu Inventarul Consecintelor Bautorului².

1.1. Vizita medicala initiala

Vizita medicala initiala este o sedinta de 50-60 minute care are ca scop:

¹ Metoda Timeline Followback a lui Sobell se gaseste prezentata in cartea: Radu Vrasti: Alcoolismul: Detectie, Diagnostic si Evaluare, Timpolis, Timisoara, 2001

² Inventarul Consecintelor Bautorului (Drinker Inventory of Consequences a lui Miller si colab.) se gaseste prezentata in cartea: Radu Vrasti: Alcoolismul: Detectie, Diagnostic si Evaluare, Timpolis, Timisoara, 2001

- Prezentarea rezultatelor de la evaluarea clinica, biologica si psihologica din sedinta de intrare in program. Acum se discuta cu pacientul datele clinice precum tensiunea arteriala, rezultatele de laborator si problemele medicale decelate la prima consultatie. Tot acum se discuta numarul drink-urilor consumate zilnic si saptamanal (evaluare pe baza cantitate/frecventa) si plasarea subiectului intr-una din grupele de risc asa cum sunt conturate de rapoartele Organizatiei Mondiale a Sanatatii.
- Urmeaza discutarea simptomelor de dependenta si a consecintelor bautului pe care subiectul le-a mentionat. Medicul va discuta aceste rezultate in functie de valorile normale, in functie de diagnosticul clinic si a prognosticului.
- Se cauta apoi sa se obtina un feed-back al pacientului la prezentarea acestor date, ceea ce va evidentia felul cum subiectul priveste starea sanatatii proprii si motivatia spre schimbare, respectiv motivatia pentru abstinenta.
- Medicul va prezenta apoi succint terapiile medicamentoase ale alcoolismului si va propune subiectului sa accepte una din medicamentele moderne disponibile: naltrexona sau acamprosatul. I sa va prezenta modul de actiune, modul de administrare si efectele secundare. Daca subiectul accepta el va trebuie sa semneze un formular de consimtamant informat dinainte pregatit despre medicamentul ales. In acest formular pacientul va regasi toate informatiile necesare despre medicament si instructiuni privitoare la evitarea efectelor secundare.
- Se va discuta apoi felul cum medicul va monitoriza medicatia administrata si cum se va lucra ca subiectul sa prezinte o complianta crescuta fata de medicatie si cum sa evite intreruperile acesteia. Se va intocmi un plan al cresterii compliantei la medicatie care va cuprinde orarul zilnic al administrarii medicatiei, felul cum sa nu se uite luarea medicatiei,

felul de raportare a efectelor secundare, interactiunile cu alte medicamente si delimitarea de conceptiile neadecvante privind medicatia alcoolismului.

Pacientul semneaza acest plan si un formular pleaca cu pacientul si unul ramana la medic in dosarul medical la pacientului³.

- La finalul sedintei medicul inmaneaza subiectului diferite pamflete, brosure, pliante cu informatii despre consecintele alcoolismului si terapia lui si discuta despre oportunitatea ca subiectul sa frecventeze unul din grupurile locale AA sau alte grupuri de auto-ajutor focalizate pe consumul de alcool.
- Sedinta se incheie oferind subiectului timpul necesar si confortul de a intreba si discuta tot ce i se pare neclar sau irelevant.

1.2. Sedintele de monitorizare.

Se recomanda un numar de opt sedinte de monitorizare, tinute saptamanal. In functie de progresele pacientului, efectele secundare ale tratamentului medical si aderenta subiectului la terapie pot fi efectuate si sedinte suplimentare. Fiecare sedinta tine intre 15 si 25 minute. Scopul sedintelor de monitorizare este:

- efectuarea unui scurt bilant clinic al pacientului (functiile vitale, greutatea, medicatia concomitenta, datele de laborator cand este cazul);
- evaluarea compliantei la medicamentul recomandat (acamprosate sau naltrexona) si a efectelor secundare;
- evaluarea consumului actual de alcool;
- furnizarea de recomandari pentru urmatoarea saptamana.

Pentru fiecare din aceste activitati este prevazut un formular care contine un check-list cu actiunile pe care medicul trebuie sa le intreprinda in asa fel incat sa nu poata fi ignorate sau trecute cu vederea.

³ Programul COMBINE furnizeaza toate aceste formularistica, dar medicul este liber sa-si foloseasca creativitatea in construirea propriilor documente.

Manualul prevede patru scenarii posibile de combinatii intre consumul de alcool si complianta la tratament: i) pacientul nu bea si este compliant la tratament; ii) pacientul bea dar este compliant la tratament; iii) pacientul bea si nu este compliant la tratament si iv) pacientul nu bea dar nu este compliant la tratament. Pentru fiecare din aceste scenarii sunt prevazute sugestii care sa conduca la incurajarea pacientului pentru a obtine sobrietatea si a creste aderenta lui la medicatia recomandata precum trecerea in revista a beneficiilor abstinentei, trecerea in revista a beneficiilor medicatiei, reintarirea motivatiei pacientului, efectuarea unei balante cost-beneficiu, discutarea efectelor secundare si modul de combatere a lor, utilizarea familiei sau a grupurilor de autoajutor pentru suport auxiliar, etc.

Metoda promovata de manualul Managementului Medical prevede ca se poate invita un membru de familie sa participe la vreuna sau mai multe din sedintele de monitorizare si sa se discute impreuna problemele tratamentului in general si a tratamentului medicamentos in special. Participarea unui membru semnificativ al familiei conduce la cresterea motivatiei pacientului si la reintarirea aderenței la terapie precum reamintirea luarii zilnice a medicatiei, respectarea orarului vizitelor medicale, evitarea situatiilor de risc pentru consum, petrecerea adecvata a timpului liber. Nu trebuie neglijate problemele socio-economice ale subiectului precum locuinta, suportul financiar, mentinerea locului de munca, problemele vietii de zi cu zi.

Pot exista si situatii de criza cand subiectul poate fi suicidar sau care solicita interventii medicale imediate. In fata acestor situatii medicul foloseste simtul sau clinic si poate apela la consultatii de specialitate sau la alte interventii adecvate. Oricum, intelesul monitorizarii este tocmai supravegherea evolutiei pacientului de-a lungul terapiei atat din punct de vedere strict medical cat si psiho-social.

O alta situatie luata in considerare de Managementul Medical este aceea cand subiectul solicita mai multe sedinte cu scopul de a rezolva probleme precum cele maritale, vocationale sau de oricare alt fel si care apar contingente situatiei lui actuale. Medicul va reitera ca toate situatiile de viata ale pacientului vor cadea in alta lumina daca el va obtine si mentine sobrietatea iar daca are nevoie de mai mult suport, medicul va referi pacientul la o forma adecvata de suport sau terapie.

Atunci cand se constata ca pacientul este pe deplin implicat in tratamentul medicamentos si urmareste cu fidelitate obtinerea unei abstinente de lunga durata, medicul trebuie sa pregateasca incheierea sedintelor de monitorizare chiar mai devreme de cat s-a anticipat si sa stabileasca un program de lung parcurs de continuare a tratamentului medicamentos.

2. Interventia comportamentala combinata

Interventia comportamentala combinata (ICC) integreaza elemente din terapiile manualizate ale alcoolismului generate de proiectul MATCH si prezentate pe larg in capitolele 7, 8 si 9: terapia de crestere motivationala, terapia de facilitare a integrarii in grupurile AA si terapia cognitiv-comportamentala de abilitati de coping. Aceasta interventie se intinde pe 12 pana la 20 sedinte ce trebuie cuprinse intr-o perioada de 16 saptamani de la prima intalnire terapeutica. Aceste sedinte sunt impartite in 4 faze: i) faza intai cuprinde primele doua sedinte si se bazeaza pe metoda interviului motivational dezvoltat de Miller si colab. (1995) si are ca scop evaluarea stadiului de determinare motivationala a subiectului; ii) faza doua cuprinde urmatoarele 2-3 sedinte care furnizeaza subiectului suportul necesar pentru a trece dintr-o faza contemplativa a motivatiei spre determinarea de a continua tratamentul si se identifica nevoile specifice subiectului; iii) in faza treia se aplica acele module de tratament care sunt adecvate nevoilor subiectului, modul extrase din cele trei

modele terapeutice mentionate mai sus si faza patra care cuprinde vizitele de control sau urmarire.

Terminarea tratamentului se petrece cand de comun acord terapeutul si subiectul au ajuns la concluzia ca s-au obtinut rezultatele asteptate si postulate la inceputul terapiei sau cand s-a ajuns la sedinta 20-a sau la a 16-a saptamana sau cand subiectul abandoneaza in mod unilateral.

2.1. Faza I-a: Cresterea motivatiei pentru schimbare

Scopul principal al acestei faze este de a determina in ce stadiu al motivatie spre schimbare este subiectul si de a determina imbunatatirea acesteia. Aceasta faza cuprinde 1-2 sedinte dupa cum subiectul este deja pregatit pentru schimbare sau mai are nevoie de parcurs unele etape. Aceasta faza cuprinde patru etape obligatorii de parcurs: i) initierea interviului motivational, ii) implicarea unei alte persoane semnificative si suportive, iii) furnizarea feedback-ului structurat al evaluarii si iv) tranzitia spre faza II-a.

Cei mai multi practicieni cred ca motivatia este putera volitiva de a face ceva si de aceea ei se bazeaza pe aceasta caracteristica atunci cand incep terapia. Aceasta conceptie e gresita pentru ca pune de la inceput clientul in situatia de a putea sau nu putea face ceva in functie de un dat. Cel mai corect este sa se priveasca motivatia ca o probabilitate pe care subiectul o are in anume moment sau etapa a vietii de a realiza un anume scop. Aceasta probabilitate este dinamica si este dependenta de multe variabile pe care subiectul le are la indemana dar poate ca nu stie inca sa le foloseasca. Intrebarea daca subiectul este motivat sa faca anume lucru trebuie inlocuita de intrebarea cat de probabil este ca clientul sa faca aceasta?

Interviul motivational reprezinta un stil de consiliere centrat pe subiect destinat sa rezolve ambivalenta comportamentala si sa initieze procesul de schimbare (Rollnick si Miller, 1995).

In faza I-a a ICC metoda interviului motivational furnizeaza un feed-back permanent clientului asupra rezultatelor evaluarilor succesive si clientul gaseste astfel suficiente argumente pentru a intreprinde schimbarea.

Interviul motivational incepe cu presupunerea ca responsabilitatea si capacitatea de schimbare sunt in puterea subiectului. Sarcina terapeutului este de a crea conditiile care vor duce la mobilizarea resurselor interne ale clientului. Acum se discuta ce doreste subiectul prin terapie, ce l-a facut sa doreasca terapia, ce experiente a avut, ce consecinte a experimentat. Aceasta discutie care duce la cresterea motivatiei pentru schimbare se bazeaza pe cinci principii pe care terapeutul le va respecta:

- exprimarea empatiei: terapeutul trebuie sa exprime respect fata de subiect si sa respecte libera lui alegere; terapeutul cauta mai mult sa complimenteze eforturile si alegerile subiectului decat sa critice; ascultarea reflexiva este cheia interviului motivational;
- reliefaarea discrepantelor: motivatia pentru schimbare apare atunci cand individul percepe discrepanta dintre ceea ce este si ceea ce vrea sa fie; evidentierea consecintelor consumului de alcool intr-o modalitate adecvata; clarificarea si discutarea ambivalentei subiectului care de fapt ar vrea sa mentina status quo-ul;
- evitarea confruntarii: o prezentare neadecvata a situatiei subiectului, un stil argumentativ poate face ca subiectul sa dezvolte un stil defensiv si chiar opozitional si astfel subiectul se fixeaza si nu mai progresa motivational; clientul si nu terapeutul are voie sa vorbeasca de schimbare;
- minimalizarea defenselor: cum terapeutul manipuleaza defensele subiectului este crucial in terapie astfel incat ambivalenta si rezistenta subiectului sa nu fie vazuta ca patologica; de cele mai multe ori defensele clientului sunt determinate de stilul terapeutului; ele trebuie intampinate

si reflectate cu intelegere; defensele sunt un semnal pentru schimbarea strategiei terapeutului; in final, clientul trebuie sa furnizeze solutiile si nu terapeutul;

- promovarea eficacitatii proprii: subiectul nu trebuie impins de la spate; subiectul trebuie convins ca poate singur realiza ceea ce e necesar; terapeutul trebuie sa incurajeze speranta si optimismul clientului; credintele subiectului despre alcoolism si capacitatea lui de a stapani situatia sunt elementele de baza care se discuta in acesta faza.

Implicarea unei alte persoane suportive este urmatorul pas dupa initierea interviului motivational. Mai multe cercetari au demonstrat ca implicarea in terapie a unei alte persoane apropiate subiectului imbunatateste deznodamantul terapiei. Persoana este identificata de subiect si este invitata sa participe la sedintele de terapie pentru a invata mai mult despre problemele subiectului. Aceasta persoana va oferi un feed-back constructiv eforturilor pacientului, va furniza un suport continuu pentru sobrietate si va fi un agent al schimbarii. Aceasta persoana nu este invitata in terapie pana nu se termina faza I-a dar identificarea si acordul subiectului fata de participarea ei trebuie facut acum. Daca subiectul este refractar la participarea unei alte persoane apropiate lui in terapie, terapeutul nu-l va forta dar il va intreba din nou la inceputul fazei a II-a.

Urmatorul pas este discutarea rezultatelor evaluarii efectate inainte de inceperea tratamentului. Aceste rezultate sunt prezentate subiectului sub forma unui raport care contine atat rezultatele examenilor clinice si de laborator cat si rezultatele evaluarilor privind consumul de alcool si consecintele lui.

Terapistul prezinta rezultatele obtinute de subiect si subliniaza discrepantele dintre datele "normale" si cele ale subiectului, mai ales in ceea ce priveste datele de laborator, enzimologie hepatica, consumul saptamanal de alcool si raportarea la normele internationale de risc, consecintele consumului asa cum

ele se citesc de Inventarul Consecintelor Bautorului dezvoltat de Miller si colab⁴. In finalul fazei I-a se pregateste tranzitia catre faza urmatoare.

Tot ce s-a facut in aceasta faza a avut ca scop modificarea balantei decizionale a subiectului in directia schimbarii. Apoi s-a dorit ca subiectul sa-si consolideze angajamentul sau fata de schimbare. In aceasta ultima parte se discuta in ce faza a schimbarii este subiectul. Terapistul trebuie sa stie ca desi subiectul pare determinat spre schimbare el este inca ambivalent si vulnerabil, mai ales subiectii care par foarte determinati sau emfatici de a fi gata de schimbare. De aceea este recomandabil sa se evalueze standardizat motivatia pentru schimbare utilizandu-se un instrument standardizat. In felul acesta subiectul are mereu in fata unde este si ce mai are de facut.

Manualul COMBINE furnizeaza toate instrumentele si formularele pe care terapeutul cat si subiectul le completeaza in fiecare stadiu al terapiei. Acestea au rolul de a spori confidenta si fidelitatea fata de modelul terapeutic propus.

2.2. Faza a II-a: Construirea planului de tratament si schimbare

Faza doua incepe cu completarea de catre subiect a trei chestionare care evalueaza nevoile pacientului asa cum le vede el. Aceste trei chestionare evalueaza efectele dezirabile ale consumului de alcool, ce doreste subiectul de la tratament si in ce domenii ale vietii lui familiale, profesionale si sociale doreste asistenta. Scopul acestei faze este de a ajuta subiectul sa faca trecerea de la motivele care le are de a sa lasa de baut la construirea unui plan prin care se va lasa de baut. Acest plan se alcatuieste de subiect (si de persoana semnificativa de suport dcaca a ales-o in faza I-a) cu ajutorul terapeutului.

⁴ Inventarul Consecintelor Bautorului (Drinker Inventory of Consequences a lui Miller si colab.) se gaseste prezentata in cartea: Radu Vrasti: Alcoolismul: Detectie, Diagnostic si Evaluare, Timpolis, Timisoara, 2001

Faza II-a cuprinde urmatoarele activitati desfasurate pe parcursul a 2-3 sedinte: i) analiza functionala a consumului de alcool; ii) trecerea in revista a functionarii psihosociale a subiectului; iii) identificarea capacitatilor si resurselor subiectului; iv) construirea unui plan de tratament si de schimbare; v) consilierea abstinentei; vi) implicarea in grupul de autoajutor AA; vii) consolidarea angajamentului subiectului.

Analiza functionala examineaza modelul de consum de alcool al clientului, istoria consumului, consecintele consumului, antecedentele privind consumul, incercari de terapie, esecuri, modificarile modelului de consum si in final consecintele pozitive ale renuntarii la consumul de alcool. Toate aceste date se trec intr-un formular special care va permite discutii ulterioare si feedback pozitiv.

Trecerea in revista a functionarii psihosociale are ca scop legarea consumului de alcool de viata de zi cu zi a subiectului si evidentierea atat a modului cum alcoolul interfera cu viata subiectului cat si capacitatile lui de coping cu aceste consecinte. In finalul acestei etape se identifica si se face o lista a prioritatilor subiectului referitor la capacitatile de rezolvare a problemelor, a obstacolelor pe care le-a intalnit si pentru care are nevoie de suport; la fel, care sunt nevoile personale in diferite arii ale vietii. Pentru aceste activitati metoda COMBINE prevede formulare speciale care "itemizeaza" si inregistreaza problemele si nevoile subiectului.

Identificarea calitatilor si resurselor pacientului este urmare fireasca a culegerii datelor care conduce la construirea unui plan realist al schimbarii si tratamentului. Terapistul trebuie sa incurajeze subiectul sa vorbeasca de calitatile lui mai degraba decat de deficientele lui. La fel el trebuie sa inventarieze resursele adecvate si disponibile care-l vor ajuta sa atinga scopul propus. Acest inventar este si de natura sa sporeasca optimismul si increderea

subiectului in capacitatea proprie de a realiza schimbarea si in reintarirea angajamentului fata de schimbare. Pe de alta parte acest inventar al calitatilor si resurselor subiectului este necesar pentru orientarea focusului tratamentului din faza III-a a ICC.

Dezvoltarea unui plan de terapie si schimbare este pasul crucial al fazei a II-a. Aceasta etapa incepe cu trecerea in revista a optiunilor pacientului, optiuni care in mare au fost identificate in cadrul analizei functionale si a evaluarii functionarii subiectului. De exemplu, aceste optiuni ar putea fi: scaderea stresului, cresterea sentimentului de bunastare, copingul cu senzatia de craving, sa invete sa spuna nu, sa-si imbunatateasca relatiile in familie si sa-si dezvolte abilitatile conversationale. Aceste optiuni se pun pe o lista in ordinea prioritatii lor de catre subiect iar apoi se trece la formularea planului de tratament. Acest plan se dezvolta pe baza negocierilor desfasurate pana acum intre subiect si terapeut. Planul se concepe sub forma unui document in care sunt trecute obiectivele/problemele de abordat (de ex. combaterea cravingului, imbunatatirea starii de nutritie, comunicarea in familie, reabilitarea vocationala, integrarea in grupul AA, etc.) iar in dreptul fiecarui obiectiv se trec actiunile si tintele care trebuie atinse si pe a treia coloana sunt trecute planul specific de actiune si data limita a realizarii. Acest plan se formuleaza in termeni specifici, realisti care sa identifice modalitatile autentice de atingere a tintelor si nu recomandari vagi, generale sau propositii la optativ. Trebuie sa se sublinieze diferenta dintre scopul subiectului si scopul terapiei, terapia avand ca scop explicit abstinenta iar subiectul putand avea ca scop imbunatatirea calitatii vietii, recuperarea familiei sau a serviciului, etc. Scopul nu se impune de catre terapeut, el trebuie formulat de subiect in continuarea demersului propriu de schimbare. Oricum, terapeutul trebuie sa sublinieze ca oricare ar fi scopurile subiectului, scopul

terapiei este abstinenta pentru ca ea sta la baza atingerii tuturor celorlalte scopuri ale subiectului.

In tot acest parcurs se discuta activ de implicarea persoanei de suport in terapie si de participarea activa a subiectului la grupul AA.

In finalul fazei a II-a se recapituleaza ceea ce s-a stabilit in aceasta perioada si se solicita subiectului sa reintareasca angajamentul lui pentru schimbare si terapie. Intrebari precum daca esti gata, ce ai de gand sa faci pentru a atinge scopul formulat sunt de natura sa provoace o reformulare sau o reintarire pozitiva a scopului clientului in terapie. Reintarirea angajamentului trebuie facuta in deplina libertate a subiectului.

Oricand in timpul ICC, in orice faza, se pot petrece “accidente”, situatii de criza, situatii urgente, situatii care necesita atitudini speciale. Pentru acest fel de situatii manualul COMBINE prevede protocoale specifice precum: analiza periodica a nivelului sanguin de alcool (ce se prevede a se face la inceputul sedintei de tratament), procedura de urmat in caz ca subiectul a consumat alcool, suportul pentru cresterea aderenței la medicament, tratamentul absentelor de la sedinta de terapie, consultatia la telefon, interventia in situatie de criza, “cartonasul galben” atunci cand subiectul se indeparteaza de la scopul sau planul care a fost deja negociat si inregistrat in planul de tratament.

2.3. Faza a III-a: Sprijinirea procesului de schimbare

Spre deosebire de precedentele doua faze, faza III-a este complet individualizata particularitatilor subiectului. Aceasta faza cuprinde proceduri extrase din meniul celor trei terapii manualizate generate de proiectul MATCH: terapia cognitiv-comportamentala de abilitati de coping, terapia de crestere motivationala si terapia de facilitare a integrării in programului AA. Aceste terapii au fost prezentate pe larg in capitolele precedente din cartea de fata.

Terapistul are libertatea de a alege acele module din cele trei terapii in acord cu situatia si nevoile clientului sau.

Aceasta faza cuprinde 9 sedinte de terapie fiecare destinata unui modul de terapie ales in functie de nevoile subiectului.

Principalul scop al acestei faze este de a invata subiectul acele metode, acele deprinderi si acele protocoale care sa-l ajute in construirea unui stil de viata pozitiv, de succes si lipsit de alcool.

Manualul furnizeaza o lista de module din care terapeutul alege ceea ce ii se pare cel mai potrivit pentru subiectul pe care-l are. Aceasta lista cuprinde urmatoarele module: abilitatile de comunicare asertiva, abilitatile de comunicare, abilitatile de coping cu dorinta si pofta de a bea, abilitatile de a refuza o bautura, abilitatile de a gasi o slujba, abilitatile de management a dispozitiei psihice, abilitatea de a se implica in grupul AA, consilierea privind petrecerea timpului liber si a activitatilor sociale, abilitatea de a gasi si implica persoane semnificative pentru sprijinirea eforturilor de sobrietate a subiectului. Toate aceste module sunt descrise pe larg in cele trei terapii mentionate anterior. Ele trebuie transportate in aceasta terapie ca atare, fara modificari. Nu trebuie uitat ca fiecare modul se prezinta de terapeut si se invata de client dupa secventa: VORBESTE – ARATA – INCEARCA, respectiv terapeutul descrie scopul si ratiunea modulului respectiv, apoi ii arata subiectului cum se procedeaza si apoi subiectul incearca sa puna in aplicare ceea ce a aflat prin tehnica de role-play. De mare importanta este ca subiectul sa aibe teme de facut acasa intre sedinte ceea ce are ca scop mentinerea treaza a motivatiei si angajamentului subiectului si automatizarea abilitatilor exersate in timpul sedintelor. Aceasta lista nu este exhaustiva, se pot alege si alte module din meniul celor trei terapii in functie de nevoile pacientului.

2.4. Faza IV-a: Programul vizitelor de control

Faza IV-a cuprinde opt vizite scurte pentru trecerea in revista a progreselor subiectului, mentinerea motivatiei pentru schimbare, implementarea managementului de caz, mentinerea aderenței la medicatie, consultatia la telefon, interventia in criza, managementul reluării consumului, trecerea in revista a progreselor, reîntărirea angajamentului pentru schimbare. Daca subiectul a necesitat mai multe vizite in celelalte faze, numarul sedintelor de control poate fi mai mic.

2.5. Incheierea

Cu aceasta ocazie terapeutul exprima aprecierile fata de activitatea pacientului, cat de importanta este schimbarea produsa, progresele inregistrate si cat de pozitiv s-au reflectate ele asupra vietii pacientului si a familiei lui. Se incheie reamintindu-i subiectului disponibilitatea terapeutului pentru contacte de follow-up care sa permita urmarirea deznodământului pe termen lung.

Exprimarea autentica a aprecierii si admiratiei fata de eforturile subiectului reprezinta cea mai buna incheiere a terapiei.

BIBLIOGRAFIE:

Anton RF, O'Malley SS, Ciraulo DA et al (2006): Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence, *JAMA*, 295(17):2003-2017.

Finney JW (2000): Limitations in using existing alcohol treatment trials to develop practice guidelines, *Addiction*, 95(10), 1491–1500.

Luborsky L., Rosenthal R., Diguier, L. et al. (2002): The Dodo bird verdict is alive and well – mostly, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9:2-12.

Messer SB (2002): let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients, *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9: 21-25.

Miller WR & Hester RK (1986): The effectiveness of alcoholism treatment methods: What research reveals, in WR Miller & N Heather (Eds.), *Treating Addictive Behaviors: Process of Change*, New York: Plenum Press.

Miller WR (1995): Increasing motivation for change, in RK Hester & WR Miller (Eds.): *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives*, 2nd ed. Boston MA: Allyn and Bacon,

Miller WR & Wilbourne PL (2002): Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders, *Addiction*, 97, 265–277.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (2004): DHHS Publication No. NIH 04-5288 & 5289: *Combined Monograph*, Vol. 1 & 2, Bethesda, MD.

Rollnick S & Miller WR (1995): What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23:325-334.

Rosenzweig S. (1936): Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy, *American Journal of Orthopsychiatry*, 6:412-415.

The COMBINE Study Research Group (2003a): Testing combined pharmacotherapies and behavioural interventions in alcohol dependence: Rationale and methods, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27(7):1107-1122.

The COMBINE Study Research Group (2003b): Testing combined pharmacotherapies and behavioural interventions for alcohol dependence (The COMBINE Study): A pilot feasibility study, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 27(7):1123-1131.