

## **CAPITOLUL 2: VALOAREA METODELOR DE TRATAMENT A ALCOOLISMULUI**

Daca alcoolismul este o categorie nosologia atat de heterogena acelasi lucru se poate spune si despre metodele lui de tratament. De-a lungul anilor o multitudine de metode a tratament au aparut dar nici una nu s-a impus ca metoda de tratament de electie a alcoolismului. Aceasta situatie vine sa sublinieze inca odata lipsa de omogenitate etiopatogenica a subiectilor alcoolici.

Fiecare din metodele de tratament ale alcoolismului a aparut ca expresie a ideologiei etiopatogenice a parintilor sai. Astfel cognitivistii au dezvoltat psihoterapiile cognitive, comportamentalistii pe cele comportamentale sau aversive, spiritualistii au generat terapiile spirituale si modelele de support pentru grupurile AA, cei ce sunt ancorati in modelul comunitar al alcoolismului au generat abordarea reintaririi comunitare, biologizantii au dezvoltate terapiile farmacologice iar terapeutii familiali pe cele maritale si asa mai departe.

Daca tipologiile actuale sunt valide si durabile atunci este demn de sustinut si ca alcoolici cu caracteristici diferite vor raspunde diferit la diferite modele trapeutice<sup>1</sup>. Astfel s-ar putea explica de ce nici una din terapiile actuale nu s-a dovedit superioara alteia intr-un numar suficient de mare de cazuri tratate. Corolarul acestei afirmatii ar fi ca trebuie sa existe forme terapeutice specifice pentru categorii etiopatogenice specifice.

Miller și Hester<sup>2</sup> afirmau că există trei feluri de mituri în tratamentul alcoolismului care trebuie daramate în favoarea unui eclecticism informat:

- Există o formă de tratament superioară celei;
- Tratamentul se poate face printr-o singură metodă eficientă;
- Dacă metoda este bună toți indivizii vor răspunde la fel de bine la terapie.

Studiile comparative, studiile longitudinale, studiile asupra ratei recăderilor au arătat însă că nu există o terapie care să se impună ca fiind eficientă într-un eșantion larg de alcoolici. Într-un mod mai puțin elegant s-ar putea spune că toate terapiile sunt la fel de neeficiente. În schimb, s-a constatat că răspunsul la terapie este mai bun dacă se aplică un set de metode terapeutice care nu sunt în conflict teoretic sau metodologic, de exemplu, terapia farmacologică împreună cu antrenamentul social și de coping.

Una din primele încercări de a trece în revistă terapiile folosite de diverși autori și rezultatele obținute în vederea ierarhizării lor pe criterii de eficiență a fost făcută de Holder și colab.<sup>3</sup> care au comparat 141 studii și care au făcut următorul clasament al eficacității: antrenamentul de deprinderi sociale, antrenamentul de autocontrol, terapia motivațională, terapia maritală, întărirea comunitară, terapia aversivă, terapia cognitivă, hipnoza, litium, terapia educațională și așa mai departe. Această clasificare s-a făcut doar înregistrând opinia autorilor fără să se ia în calcul dacă metodologiile sau loturile pot fi comparate între ele.

În 1995, Miller și colab.<sup>4</sup> evaluează 219 studii care raportează diferite metode terapeutice și rezultatele lor. Autorii încearcă să ierarhizeze aceste metode pe baza unei metodologii standardizate și unitare care furnizează un scor compozit (numit de autori "*outcome logical score*") care integrează mai

multe variabile precum “outcome-ului” studiului (rezultat pozitiv, negativ sau niciun rezultat) si calitatea datelor (esantionul, obiective, modalitatea de tratament, contactul, urmarirea, numarul de cazuri ramase in tratament, modul de analiza). Aceasta analiza a furnizat mai multe scoruri precum: scorul studiilor positive, scorul studiilor negative, scorul calitatii metodologice, scorul severitatii, scorul costului si scorul evidentei cumulative pentru fiecare metoda. In final aceasta analiza a furnizat un clasament care a dat rezultate surprinzatoare. Astfel, pe primul loc se situeaza interventia scurta care a prezentat 17 studii care arata rezultate pozitive fata de numai 6 negative, scorul metodologic a fost cel mai inalt si scorul evidentei cumulate (SEC) a fost cel mai mare, respectiv +239. Pe locul doi se claseaza antrenamentul de deprinderi sociale cu studii pozitive vs negative de 11:5 si scorul evidentei cumulate de +128. Pe locul trei se claseaza metoda interviului motivational cu SEC = +87 si pe urmatoarele locuri in ordine, intarirea (ranforsarea) comunitara, terapia aversive, terapia comportamentala, terapia centrata pe client, terapia in 12 pasi inspirata de grupurile AA, terapia cognitive si terapia familiala. Toata aceste metode au intrunit scoruri cumulative pozitive. Celalalte terapii studiate, printre care terapia cu disulfiram, terapia cu litiu, electroterapia, terapia cu metronidazol, terapia cu medicatia antianxioasa, acupunctura, hipnoza, milieu terapia, relaxarea sau psihoterapia au avut diferite scoruri negative. Surprinzator, cel mai jos scor l-a obtinut “counselingul” general pentru alcoholism!

Aceasta analiza a ridicat pragul discutiilor referitor la cat de eficiente sunt metodele actuale de tratament. Doar peste un an, Finney si Monahan<sup>5</sup> trec in revista 339 studii raportate intre 1980 si 1992 ce inventariaza rezultatele a 39 de modalitati terapeutice. Ei constata ca principala bariera in conturarea unei competitii credibile intre modalitatile de terapie este absenta

din aceste studii a caracteristicilor pacientilor introdusi in esantionul studiat precum date despre severitatea alcoolismului, modelul de consum, variabilele sociale, etc. Clasamentul furnizat de acesti autori are pe primele locuri reintarirea comunitara, antrenamentul de deprinderi sociale, terapia maritala, terapia aversive, litiul, terapia motivationala si asa mai departe.

Foarte recent, Miller si Wilbourne<sup>6</sup> revin cu o noua versiune a vechiului studiu si la numarul anterior mai adauga 59 de studii controlate ajungand la un total de 361. In plus ei largesc aria de analiza luand in calcul si modul in care rezultatul si metodologia s-a schimbat de-a lungul timpului si daca concluziile lor au fost influentate de faptul ca subiectii din toate studiile apartin populatiei de alcoolici care a dorit tratament si ignora ceilalti alcoolici care nu au fost inrolati intr-o forma oarecare de tratament. Terapiile si eficacitatea lor a fost judecata tot dupa "outcome logic score", un scor compozit care inglobeaza mai multe dimensiuni. Clasamentul se prezinta astfel (in ordinea autorilor): interventia scurta, terapia motivationala (interviul motivational), terapia cu agonisti GABA (acamprosatul), terapia cu naltrexona si nalmefena, antrenamentul deprinderilor sociale, reintarirea comunitara, terapia maritala comportamentala, managementul de caz, terapia cognitiva, disulfiramul si asa mai departe. Ce este nou este ca terapiile medicamentoase anticraving apar pentru prima oara in prima jumatate a clasamentului, terapia cu litiu a fost impinsa in jos, acolo unde se gaseste si terapia cu benzodiazepine sau antidepresive. In schimb terapiile psihosociale precum interventia scurta, antrenamentul deprinderilor sociale, reintarirea comunitara sau managementul de caz sunt in "top 10".

Trecerea in revista a studiilor ce raporteaza metode presupuse effective in terapia alcoolismului a aratat ca in majoritatea lor covarsitoare ele prezinta dificultati metodologice. Finney<sup>7</sup> analizeaza aceste "limitari

metodologice” care fac ca in cazul tratamentului alcoolismului sa nu putem inca vorbi de ghiduri de buna practica. Printre defectele metodologice autorul inventariaza lipsa metanalizelor si probleme de esantionare, tocmai ca o reflectare a heterogenitatii conceptului de alcoolism.

Situatia de mai sus este influentata si disponibilitatea terapiilor in diferite institutii sau de distributia lor pe esaloanele ingrijirilor medicale si nonmedicale. Astfel, in cele mai frecvente cazuri intr-o institutie medicala exista montata doar o singura tehnica de terapie, cel mai frecvent cea farmacologica. Terapiile nemedicamentoase sunt cel mai adesea apanajul cabinetelor private de psihiatrie sau psihoterapie, iar terapiile psihosociale precum interventia scurta, din fericire, ar putea fi mult mai raspandite la nivelul ingrijirilor primare si la nivelul asistentului social.

Se stie ca o proportie mica de alcoolici reusesc sa-si restranga consumul fara ajutorul altcuiva (asa zisele remisii spontane) si un numar semnificativ de alcoolici prezinta un comportament de cautare a ajutorului si se adreseaza specialistilor si in functie de metoda pe care acestia o practica si fata de care alcoolicul prezinta anumite “expectante” pozitive. Practicarea tehnicilor terapeutice in mod nestandardizat, fiecare practician avand o alta informatie, mai aproape sau mai departe de etalonul recomandat de parintii metodei, prezentarea de rezultate pozitive fara o analiza temeinica si onesta, abandonarea unei tehnici in favoarea alteia doar pentru ca este mai noua sau la moda, implicarea intr-o competitie fara argumente, duce la deceptia si demotivarea clientului si a familiei lui si in final la amanarea unei deznodamant favorabil.

---

**Bibliografie:**

<sup>1</sup> Jaffe JH: Implications of typologies for treatment. A planner's perspective, in Types of Alcoholics. Evidence from Clinical Experimental, and Genetic Research, TF Babor et al (Eds.), Annals of the New York Academy of Sciences, Vol.708, New York, 1994.

<sup>2</sup> Miller WR, Hester RK: Treatment for alcohol problems: Toward an informed eclecticism, in RK Hester & WR Miller (Eds.): Handbook of Alcoholism Treatment Approaches, 2<sup>nd</sup> ed. Allyn & Bacon, Needham Heights, 1995.

<sup>3</sup> Holder H, Longabaigh R, Miller WR & Rubonis AV (1991): The cost effectiveness of treatment for alcoholism: a first approximation, Journal of Studies on Alcohol, Vol. 52, 517-540.

<sup>4</sup> Miller WR, Brown JM, Simpson TL et al (1995): What works? A methodological analysis of the alcohol treatment outcome literature, in RK Hester & WR Miller (Eds.): Handbook of Alcoholism Treatment Approaches, 2<sup>nd</sup> ed. Allyn & Bacon, Needham Heights,

<sup>5</sup> Finney JW & Monahan SC (1996): The cost effectiveness of treatment for alcoholism: a second approximation, Journal of Studies on Alcohol, Vol.57, 229-243.

<sup>6</sup> Miller WR & Wilbourne PL (2002): Mesa Grande: a methodological analysis of clinical trials of treatment for alcohol use disorders, Addiction, Vo. 97:265-277.

<sup>7</sup> Finney JW (2000): Limitation in using existing alcohol treatment trials to develop practice guidelines, Vol.95, 1491-1500.