

Radu Vrasti: "Tratamentul Alcoolismului" (carte in curs de publicare)

3. POTRIVIREA LA FORMA DE TRATAMENT

Existenta diversitatii formelor de alcoolism si a formelor de tratament impune ca intr-un context clinic real practicianul sa fie constient ca particularitatile pacientului si a mediului in care traieste pot influenta decizia terapeutica si deznodamantul acestuia. Rezultatul tratamentului poate fi imbunatatit simtitor daca se ia in considerare acele caracteristici ale pacientului care permit alegerea formei de tratament si care duc la cresterea compliantei pacientului la terapia aleasa. Acest process de potrivire a terapiei la pacient sau de personalizare a terapiei este o etapa esentiala in derularea oricarui program terapeutic. Acest proces trebuie vazut ca o evaluare continua care monitorizeaza progresele terapeutice si reorienteaza scopurile tratamentului de-a lungul desfasurarii tratamentului astfel incat potrivirea terapiei sa fie flexibila la cerintele dinamice ale pacientului.

In general, potrivirea dintre pacient si forma de tratament este bazata pe judecata clinica. Nu exista criterii clinice robuste pe baza carora aceasta evaluare sa fie facuta, intuitia terapeutului sau disponibilitatea metodelor terapeutice stand de cele mai multe ori la baza acestei decizii.

Procesul de potrivire/individualizare a tratamentului se bazeaza pe interpretarea variabilelor pacientului si ale tratamentului disponibil. Dintre multitudinea de variabile care ar putea fi luate in calcul, trei sunt recomandate pentru ca ele pot indica un prognostic nefavorabil si pot influenta procesul de tratament¹:

- existenta trasaturilor de personalitate antisociala: s-a constatat ca existenta acestor trasaturi la alcoolici coreleaza cu necompliancea la tratament, nerespectarea regulilor impuse de programul de tratament iar prognosticul este nefavorabil si rata recaderilor mare;
- psihopatologia asociata cazului de alcoolism (comorbiditatea): coexistenta starilor anxioase sau depressive, a trasaturilor obsesiv-compulsive sau a altor manifestari psihopatologice impun o focalizare terapeutica specifica fara de care orice alt program terapeutic este sortit sa esueze;
- deteriorarea neuropsihologica: existenta unor deficite/afectari neuropsihologice generate de variate suferinte sau injurii neuronale (traumatisme cranio-cerebrale, epilepsie, sechele postoperatorii, deteriorare cognitive, etc.) pot conduce la rezistenta la variate forme de tratament sau la abandonarea programului de catre subiect.

Inafara de aceste caracteristici, importante sunt si varsta si sexul pacientului, incarcatura genetica de alcoolism si nivelul de functionare sociala. Astfel, se stie ca femeile sunt mai reticente in a intra intr-un program de terapie antialcoolica, doresc confidentialitate si prezinta comorbiditate mai frecvent. Incarcatura genetica poate reprezenta un factor negativ de prognostic, iar functionarea sociala defectuasa, destitutarea profesionala sau discordia familiala influenteaza si ele in mod negativ aderenta la tratament si impun strategii speciale.

Variabilele tratamentului care trebuie luate in considerare in procesul de individualizare a tratamentului alcoolismului ar putea fi:

- tehnica utilizata si “filozofia terapiei”,
- formatul tratamentului (orarul, durata si numarul sedintelor, etc.)

- locul in care se desfasoara programul si accesibilitatea,
- cerintele programului (cost, participarea altora, cerinte cognitive, etc.),
- confidentialitatea,
- caracteristicile terapeutilor.

Pe baza acestor consideratii Institutul National al Alcoolismului si Abuzului de Alcool din SUA a intrepris un studiu urias numit Potrivirea tratamentului alcoolismului la heterogenitatea clietilor (Proiectul MATCH – Matching Alcohol Treatment to Client Heterogeneity) proiect care a durat 8 ani si care a pornit de la ipoteza ca potrivirea dintre forma de tratament si caracteristicile pacientului ar duce la un deznodamant mult mai bun fata de administrarea terapiei fara nici un criteriu de selectie². In acest studiu au fost inrolati 1726 pacienti carora le-au fost evaluate caracteristicile si au primit una din cele trei forme de terapie standardizata care au fost testate in acest proiect: terapia cognitiv-comportamentala, cresterea motivationala si programul de facilitare in 12 pasi si care vor fi prezentate pe larg in acest volum. S-a constatat ca doar unele caracteristici ale pacientilor au condus la o individualizare corecta a tratamentului. Astfel, pacientii cu sindrom de dependenta au raspuns mai bine la terapia de facilitare in 12 pasi decat la terapia cognitive-comportamentala, la fel ca si pacientii care au prezentat comorbiditate. Alcoolicii care au probleme de stapanire a maniei au raspuns mai bine la tehnica cresterii motivationale decat la celelalte doua forme, iar pacientii cu nu au suport social care sa fie in favoarea abstinentei au raspuns mai bine la metoda facilitarii in 12 pasi decat la cresterea motivationala³. Alte studii paralele au demonstrat raspunsul bun al alcoolicilor cu trasaturi de personalitate antisociala la terapia cognitive-comportamentala⁴.

Studiile privind potrivirea la forma de tratament a caracteristicilor clientului sunt inca in curs si nu au furnizat o evidenta ferma ca deznodamantul favorabil dintr-un caz prediceaza acelasi rezultat intr-un caz similar. Este nevoie de studii longitudinale de lunga durata pentru a exista certitudinea modalitatii de alegere a unei forme de terapie in functie de variabilele clientului.

Dincolo de aceste rezultate pe care cercetarea le-a furnizat se pune intrebarea cum s-ar putea realiza practic procesul de potrivire a tratamentului. Recomandam o strategie in trei pasi:

1. Evaluarea atenta a caracteristicilor clientului. Aceasta presupune:
 - un diagnostic corect al formei clinice,
 - evaluarea modelului de consum (recomandam metoda Sobell timeline follow-back),
 - evaluarea consecintelor consumului (recomandam scala "Indexul Severitatii Adictiei" (*Addiction Severity Index*, prezentat in anexa Nr. 3) a lui Mc Lelland;
 - evaluarea comorbiditatii,
2. evaluarea nevoilor/scopurilor pacientului,
3. evaluarea determinarii pentru schimbare (recomandam scala *Readiness to Change Questionnaire* prezentata la anexa Nr. 4),
4. imbunatatirea compliantei clientului pentru forma de tratament.

Diagnosticul corect la formei clinice de alcoolism conform Clasificatii Internationale a Bolilor versiunea 10-a se recomanda sa fi facut prin aplicarea sectiunii "I: Alcool" din interviul standardizat CIDI (Composite International Diagnostic Interview) promovat de OMS. In anexa 1 este prezentata aceasta sectiune. Sectiunea I prezinta 23 intrebari care acopera screeningul consumului de alcool (intrebarea I2), frecventa consumului (intrebarea I3), cantitatea

consumului (intrebarea I4) si criteriile de diagnostic pentru categoriile de consum daunator/nociv si dependenta/sevraj (intrebarile 5-23). Fiecare intrebare prezinta o alegere de raspuns intre DA (cotat cu 5) si NU (cotat cu 1). Unele intrebari prezinta raspunsul Debut (“onset”) sau RECENT (“recency”) cu urmatoarele variante: 1 = s-a intamplat in ultimele 2 saptamani, 2 = 2 saptamai pana la 1 luna, 3 = 1-6 luni, 6 = 6 luni – 1 an; 5 = in ultimele 12 luni; 6 = mai mult decat 1 an.

Evaluarea modelului de consum, respectiv cantitatea si frecventa consumului etalata in timp, se poate face cel mai usor prin metoda Sobell⁵ “timeline follow-back” care furnizeaza aceste date retrospective, incepand cu ziua de ieri si terminand cu 7, 17 sau 30 zile in urma dupa dorinta intervievatorului. Detaliile metodei sunt prezentate in anexa 2.

Rasunetul pe care consumul de alcool l-a avut asupra vietii subiectului in ariile de functionare familiala, vocationala, sociala si nu numai poate fi evaluat in multe feluri. Traditional, subiectul este intrebat despre aceste consecinte si traspunsurile lui sunt validate de informatiile culese de la membrii de families au de la alti informanti. Mult mai confident este sa se foloseasca un instrument structurat. Cel mai raspandit este Indexul Severitatii Adictiei (Addiction Severity Index – ASI)) dezvoltat de McLellan si colab (1980)⁶. Proiectul MATCH a utilizat Inventarul consecintelor bauturului (The Drinker Inventory of Consequences)⁷. Mai multe amanunte si alte instrumente de evaluare si utilizarea lor se gasesc prezentate in volumul “Alcoolismul: detectie, diagnostic si evaluare. Un compendiu de scale, chestionare si interviuri standardizate” autor Radu Vrasti, Ed. Timpolis, Timisoara, 2001.

ASI este un interviu clinic structurat ce contine 161 itemi care evalueaza severitatea unei largi liste de probleme din viata subiectului, precum probleme psihologice, medicale, legale, sociale si familiale.

Scopul principal al interviului este de a evalua problemele subiectului pentru a construi o schema de tratament adecvat subiectului. ASI este un instrument concis care permite obtinerea unui profil al acestor probleme si urmarirea lor in timp. Fiind un instrument orientat spre tratament, administrarea lui se poate face in mai multe puncte ale procesului de tratament si permite evaluarea rezultatului tratamentului.

Structura ASI este modulara evaluand 7 arii sau domenii: statutul medical, statutul profesional si suportul social, folosirea alcoolului/drogurilor, statutul legal, istoria familiala, relatiile sociale si statutul psihiatric. Fiecare din aceste arii pot fi folosite independent pentru a culege date numai dintr-o arie.

Pentru fiecare domeniu subiectul este intrebat despre problemele care le-a avut atat in ultimele 30 zile cat si de-a lungul intregii vieti. Astfel, se identifica ata problemele care necesita atentie imediata cat si problemele cronice. Clientul este rugat sa evalueze severitatea fiecărei probleme pe care a avut-o in ultimele 30 zile si daca este, dupa parerea lui, necesar un tratament. Evaluarea se face pe o scala care incepe de la "0" ce semnifica ca nu exista nicio problema la "4" care inseamna o problema care-l deranjeaza extrem de mult.. Paralel, intervievatorul face o evaluare independenta a severitatii fiecărei probleme folosind o scala cu 10 puncte, de la "0" care inseamna ca nu exista nici o problema si nu este necesar nici un tratament, la "9" care semnifica existenta unei probleme extreme si necesitatea imperioasa a unui tratament.. Scorul clientului va ajuta intervievatorul in evaluarea proprie a problemei. Un scor peste 6 indica fara echivoc ca

tratamentul este absolut indicat. Intervievatorul da un grad de incredere informatiilor obtinute, daca acestea au fost distorsionate de subiect in mod voit sau pentru ca nu are capacitatea de a intelege intrebarile. Intervievatorul poate si trebuie sa stranga cat mai multe informatii despre problema aflata in evaluare, sa faca un evaluare diagnostica cat mai elaborata si sa dezvolte un plan de tratament pentru fiecare problema identificata.

Intervievatorul judeca severitatea problemelor din fiecare domeniu pe o scala cu 10 ancore, de la 0 la 9. Autorii recomanda o procedura in trei pasi: mai intai intervievatorul selecteaza o plaja de 3 puncte de pe scala severitatii, de exemplu 0-2, 5-7, etc. apoi, in pasul urmator, intreba subiectul cat de important crede el ca este sa primeasca un tratament sau consiliere pentru acea problema folosind o scala: 0-deloc, 1-putin; 2-moderat; 3-considerabil; 4-extrem. In final, intervievatorul, in functie de alegerea facuta de subiect, definitiveaza scorul final de pe scala lui. De exemplu, daca intervievatorul a ales plaja notelor 3,4 si 5 iar subiectul a ales scorul 0, scorul final va fi 3. Daca subiectul ar fi ales 1, scorul final ar fi tot 3, iar daca ar fi ales 2 scorul final va fi 4. Daca subiectul alege scorul de 3, scorul final al intervievatorului va fi 5. Manualul intervievatorului furnizeaza un tabel complet al acestor "negocieri". Rezultatele unui subiect evaluat cu ASI si descoperit cu o serie de probleme de severitate diferita vor fi coroborate cu diagnosticul facut in prealabil si cu datele oferite de modelul de consum de alcool. In felul acesta se va avea un tabloul complet al situatiei particulare a subiectului si se va putea formula un plan terapeutic care sa cuprinda formele de terapie, locurile unde se desfasoare, succesiunea lor, urmarirea progreselor, rezultatele asteptate sau evaluarea secventiala.

Evaluarea comorbiditatii, respectiv a psihopatologiei concomitente, se face prin metodele traditionale ale interviului clinic conform formatiei si abilitatii fiecarui clinician. Astfel se poate decela o patologie psihiatrica care a fost preexistenta aparitiei alcoolismului, caz in care alcoolismul ar putea fi numit “secundar” sau una care a aparut ulterior alcoolismului, caz in care alcoolismul poate fi considerat ca “primar”. Si in acest domeniu se poate utilize un instrument recomandat de Organizatia Mondiala a Sanatatii, respectiv Programul de evaluare clinica neurpsihiatrica (Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry – SCAN)⁸ care este un interviu clinic semi-structurat si care permite diagnosticarea afectiunilor psihiatrice conform ICD-10 sau DSM-IV.

Evaluarea scopurilor sau nevoilor pacientului se face atunci cand pacientul aplica pentru un program de tratament sau cand este trimis spre acest program. Aceasta etapa sa nu fie confundata cu evaluarea expectantelor alcoolicului care inventariaza credintele sau asteptarile batorului atunci cand acesta foloseste alcool. Cel mai simplu mod este de a cere subiectului sa furnizeze trei motive pentru care doreste sa intre intr-un program de tratament. Alta metoda este de a i se cere sa aleaga trei motive dintr-o lista larga de motive posibile. Printre motivele ce pot fi trecute pe aceasta lista pot fi:

- vreau sa-mi schimb felul de viata,
- vreau sa-mi salvez casnicia,
- vreau sa-mi pastrez locul de munca,
- doresc sa fiu un tata mai bun pentru copiii mei,
- doresc sa fiu din nou potent,
- nu mai vreau sa am probleme financiare,
- vreau sa am alti prieteni,

- vreau sa invat sa-mi controlez comportamentul,
- vreau sa fiu mai bun,
- doresc ca lumea sa ma stimeze ca mai inainte,
- vreau sa recapat dragostea parintilor mei,
- vreau sa-mi salvez sanatatea,
- vreau sa scap de singuratate,
- doresc sa scap de tristete si frica,
- vreau sa invat sa ma abtin,
- vreau sa nu mai fiu nervos si manios,
- doresc sa nu mai am probleme medicale,
- etc.

Indiferent de cat de credibile ar fi scopurile si angajamentele subiectului care este referit terapiei sau care aplica pentru o anumita terapie, profesionistul, inainte de a personaliza tehnica terapiei, trebuie sa fie convins ca subiectul in cauza este gata de a-si schimba comportamentul de consum.

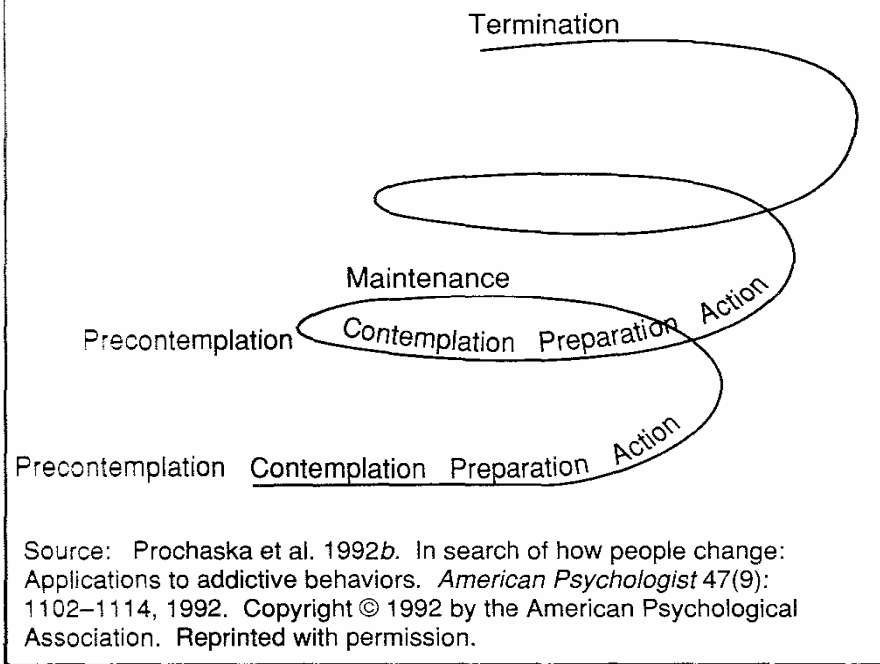
Urmatoarea etapa fireasca este de a sti daca subiectul este gata sa se schimbe, respectiv daca motivatia lui pentru a-si schimba comportamentul este suficient de profunda si rationala incat sa intalneasca eforturile terapeutului de a-l ajuta. Decizia de a-si schimba comportamentul de baut este o decizie dificila si ea fluctueaza in timp. Scopul terapeutului in aceasta faza este de a determina nivelul deciziei si de a incerca sa ajute la cresterea motivatiei si de atingere a pragului de "gata de schimbare". In acest moment subiectul este de fapt gata pentru a primi tratamentul.

Prochaska si DiClemente (1992)⁹ au conceput un model al schimbarii comportamentului adictiv care serveste ca si cadru conceptual in evaluarea

motivatiei sau disponibilitatii la schimbare. Ei au sugerat ca un individ trece prin mai multe stadii in procesul de luarea deciziei de schimbare. Stadiile reflecta cresterea nivelului de recunoastere a problemelor si a angajamentului la schimbare (fig. 1). Conform acestui model progresul schimbarii nu este liniar ci ciclic, individual facand progrese dar si recazand ca apoi sa mearga mai departe din nou bazat pe greselile facute anterior. Aceste stadii ar fi urmatoarele:

1. precontemplatia, cand individul inca nu percepe problemele care le are, consecintele negative ale consumului dasi altii le observa; acest comportament este descris adesea ca o faza de negare;
2. contemplatia, cand individul intelege problemela sale date de baut dar nu are suficient angajament pentru a trece la actiune;
3. prepararea, cand el poate recunoaste nevoia de schimbare dar este inca influentat de perceptia pozitiva a bautului si este incapabil de a lua un angajament ferm;
4. actiunea, cand subiectul recunoaste problemele si necesitatea unei schimbari si capacitatea lui de a atinge acest scop;
5. faza de mentinere, cand subiectul este capabil sa-si mentina angajamentul la schimbare in ciuda tentatiilor sau sugestiilor de consum.

Figure 1. A spiral model of the stages of change.



Pe baza acestei concepii, Rollnick si colab. (1992)¹⁰ dezvoltă un chestionar specific pentru măsurarea disponibilității la schimbare numit Chestionarul disponibilității la schimbare (“*Readiness to Change Questionnaire*”). Este un chestionar creion-hartie, de auto-administrare, care conține 12 itemi și trei subscale, pentru determinarea fazei de precontemplatie, contemplatie și actiune. Fiecare subscala are 4 itemi care sunt cotați pe o scala Likert cu 5 puncte, de de acord puternic la dezacord puternic. Scala prezintă o foarte bună confidență și consistență internă. Acest instrument este prezentat în anexa 3.

Se știe că dintre toți subiecții cu tulburări psihice, alcoolici prezintă cea mai înaltă rată de absenteism sau abandon a formele de tratament dedicate lor. Rata de abandon al tratamentului se ridică de la 25 al 90% din persoanele care au intrat într-o formă de tratament¹¹. Desigur că o disponibilitate mare la schimbare poate presupune și o implicare serioasă într-o formă de tratament dar motivația

aceasta este fluctuanta in timp si foarte senzitiva la evenimente exterioare. De aceea, una din grijire profesionistilor este de a retine subiectul in forma de tratament destinata si aceasta se poate face prin cresterea compliantei la tratamentul propus. Se poate spune ca cu cat o metoda de tratament este capabila sa retina pacientul in procesul therapeutic, cu atat metoda este mai eficienta.

In general prin complianta la tratament se intelege faptul ca comportamentul subiectului este in concordanta cu scopurile, prescriptiile sau cerintele unei forme de tratament la care este supus. Avand in vedere ca majoritatea formelor de tratament ale alcoolismului sunt bazate pe forme psihosociale, complianta alcoolismului inseamna pana la urma nu cat de ”cuminte” inghite anumite medicamente ci cat de tare adera la recomandarile, sarcinile si cerintele specifice acestor terapii. Mai jos se preinta unii indicatorii dupa care se poate judeca gradul de aderenta a subiectului la tratamentele psihosociale¹²:

Indicatorii compliantei la tratamentele psihosociale:

- numarul de participari la sedintele tratamentului,
- numarul de absente de la sedinte,
- intarzieri la sedintele de terapie,
- repetate reprogramari ale sedintelor de terapie,
- participari la sedinte sub influenta alcoolului,
- nu-si face temele pentru acasa care sunt prescrise de metoda terapeutica,
- refuzul de a participa a sotului/sotiei sau a altor membrii de familie,
- ostilitate, rezistenta deschisa, opozitionism,
- refuzul de a se supune testelor biologice.

Se crede ca cea mai mare parte din noncomplianta la tratament vine din trasaturile de personalitate ale subiectului (mai ales cele antisociale), din insuficienta motivatie a lui (de ex. pacient aflat in stadiul de precontemplatie) sau de severitatea formei de alcoolism. Mai pot fi si motive ce tin de forma de tratament, de modul de aplicare a lui, de abilitatea terapeutilor, etc.

Proiectul MATCH a produs si o strategie standardizata de crestere a compliantei la tratament care a fost dezvoltata de Elise Kabela si Ronald Kadden de la Universitatea de Medicina din Farmington, SUA¹³. Aceasta metoda va fi prezentata pe scurt urmand ca cei interesati sa o aprofundeze din manualul citat la nota de subsol.

Strategia propusa de autori se imparte in doua etape, inainte de inceperea tratamentului si in timpul lui.

1. Inainte de inceperea tratamentului sau contactul initial reprezinta prima intalnire a subiectului cu terapeutul si institutia care furnizeaza tratamentul. Se urmaresc mai multi pasi: (i) Modul de abordare a acestei intalniri este dictat de felul in care acesta a ajuns la aceasta forma de tratament: din propria initiative, conform reclamei, a celor auzite de la altii, sugestiilor facute de familie sau prieteni sau a fost trimis de medic, asistent social, psiholog, agentii de asistenta sociala, subiect aflat in probatiune, politie, etc. (ii) Acum este momentul propice de a se evalua expectantele subiectului, ce urmareste el prin acest tratament, cat este de decis sa-l urmeze si cum a luat aceasta decizie si in urma caror evenimente. (iii) Dupa aceasta prima parte a discutiei subiectului i se face o descriere a programului/programelor de tratament, suportul teoretic, modalitatile de realizare, durata si numarul sedintelor, cerintele pe care trebuie sa le implineasca subiectul, rolul personalului, modalitatile de evaluare pretratament si

modalitatea de alegere a metodei adevrate caracteristicilor subiectului, rezultatele obtinute de metodele descrise, posibilitatea sau necesitatea implicarii altora, in special a membrilor de familie. Este bine sa se ofere subiectului diferite materiale care prezinta aceste metode in limbaj laic. (iv) Se invita subiectul la o discutie deschisa despre metoda pentru a se clarifica toate posibilele nelamuriri, obiectii, reticente, contrarietati sau bariere. (v) Daca aceste etape au fost parcurse fluent se discuta apoi despre confidentialitate si consimtamant informat, despre obligatiile clientului si ale personalului in termeni contractuali, respectiv modalitatile de indeplinire, managementul esecurilor sau a nerespectarii angajamentelor sau procedurilor, reesalonarea sedintelor, evaluarea si tratarea conflictelor, modul de abandon/terminare a metodei, obligatiile ulterioare ale ambelor parti.

2. In timpul tratamentului apar mai multe probleme legate de complianta decat inaintea inceperii lui. Toate actiunile ce trebuie intreprinse au ca scop prevenirea retragerii premature a subiectului din forma de tratament. Daca totusi aceasta se intampla, scopul trebuie reorientat catre reintoarcerea subiectului in aceeași forma de tratament sau renegocierea unei alte metode. Conform metodei autorilor citati mai inainte, o strategie efectiva de crestere a compliantei ar trebui sa urmareasca trei abordari: a) dezvoltarea increderii reciproce intre client si personal, b) cresterea motivatiei pentru schimbare si c) atribuirea de sarcini/lectii/teme de facut acasa.

a) Pentru cresterea increderii subiectului in terapeut si personalul auxiliar este necesar ca sa existe o relatie activa intre cei doi bazata pe parteneriat, pe incredere si pe implinirea asteptarilor reciproce. Pacientul trebuie incurajat sa discute toate problemele precum ambivalenta sentimentelor care il incearca in aceasta faza, sa-si impartaseasca temerile legate de succesul sau

esecul tratamentului sau despre cum se va reflecta acestea asupra existentei lui. De-a lungul acestor discutii, terapeutul trebuie sa de-a dovada de intelegere, suport, parteneriat si sa solicite subiectului opiniile sau sugestiile asupra bunului mers a programului de tratament. Relatia trebuie sa fie flexibila si echitabila. Ea poate fi imbunatatita prin implicarea altor persoane semnificative pentru subiect precum partenerul de viata, parinti, alti membrii de familie sau prieteni in vederea cresterii sentimentului de siguranta si confort de care pacientul are atata nevoie, mai ales in primele faze ale tratamentului.

b) Desi subiectii se pot prezenta din proprie initiativ pentru a primi tratament pentru consumul lor maladaptativ de alcool sau pot manifesta un angajament pentru o forma sau alta de tratament, se stie ca ei raman mult timp ambivalenti fata de continuarea aceluia tratament. Pentru a creste motivatia ramanerii in tratament, autorii propun:

- personalizati obiectivele programului in acord cu consecintele pe care subiectul le-a avut datorita consumului;
- aratati ca responsabilitatea pentru schimbare apartine subiectului insusi in cea mai mare parte si nu formei de terapie la care participa;
- furnizati un meniu de strategii alternative pentru atingerea scopurilor: reducerea consumului sau abstinenta, imbunatatirea relatiilor emotionale, imbunatatirea functionarii globale, etc.
- folositi un stil empatic in loc de confruntarea cu subiectul, evita argumentatia care sa contrazica subiectul sau sa infranga rezistenta sa;
- premiati succesele subiectului cu scopul de a reintarii pozitiv schimbarile comportamentale, focalizeaza-te pe calitatile si puterile pe care le dovedeste subiectul;

- explorați discrepanțele dintre scopurile clientului și problemele curente comportamentale și ajuta să-și reformuleze unele adecvate.

c) În contextual relației contractuale dintre subiect și terapeut, subiectului i se da de-a lungul terapiei mai multe teme de făcut acasă. Efectuarea acestor teme oferă relației terapeutice un feedback continuu iar subiectului un rol activ. Aceste teme încurajează clientul să aibă o atitudine pozitivă față de terapie și să-și întarească motivația față de schimbare. Tematica lecțiilor pentru acasă trebuie să fie simplă, clară și legată de conținutul sesiunilor anterioare și de modalitatea anticipativă a derulării lor. Modul de efectuare a temelor se evaluează la proxima sesiune într-un mod colaborativ între terapeut și client.

Nu trebuie neglijat și faptul că problema complianței la tratament nu este numai problema clientului dar și a terapeutului. În măsura în care terapiile de astăzi sunt standardizate este de la sine înțeles că terapeutul trebuie să adere la modalitatea de terapie întru totul. Măsura acestei aderențe care se exprimă prin modul în care urmează specificatiile și tehnica descrisă se definește ca și complianța terapeutului. Ea trebuie să fie în permanență obiectivul supervizării de către formatorul terapeutului. Acest subiect însă nu intră în portofoliu de probleme ale acestei cărți.

Problema potrivirii clientului la terapie și invers rămâne una din cele mai critice etape ale procesului de tratament. După cum se vede nu există o metodă infailibilă de personalizare a tratamentului, cel mai important este să se țină ca:

- studiile longitudinale au demonstrat că toate terapiile sunt la fel de eficiente și la fel de ineficiente;
- alcoolicii cu diferite caracteristici răspund diferit la diferite forme de tratament;

- diferite tipologii de alcoolici solicita terapii specifice;
- optimismul terapeutilor este legat de faptul ca exista suficient de multe forme de terapie fata de care exista speranta ca un client specific se va intalni cu o forma terapeutica la care va raspunde pozitiv.

-oo 0 oo -

ANEXA 1

***INTERVIUL INTERNATIONAL COMPOZIT DE
DIAGNOSTIC***

COMPOSITE INTERNATIONAL DIAGNOSTIC INTERVIEW

SECTIUNEA "I": ALCOOL

(VERSIUNE ROMANEASCA REALIZATA IN CADRUL STUDIULUI
COLABORATIV WHO/ADAMHA PRIVIND DIAGNOSTICUL SI CLASIFICAREA
TULBURARILOR MENTALE SI PROBLEMELE DATE DE ALCOOL SI
DROGURI - 1993)

ORGANIZATIA MONDIALA A SANATATII
GENEVA

SECTIUNEA I

- I1 Acum o sa va întreb despre folosirea bauturilor alcoolice (precum **bere**, **vin** sau **spirtoase**). In întreaga Dvs viata ati baut cel putin 12 “drinkuri” de orice fel de bauturi alcoolice? (*arata plansa A pentru echivalentul în drinkuri*)
- NU..... (sari la A)1
 DA.....(sari la I2) 2
- A. Chiar daca luati în considerare vinul folosit la masa sau berea de la un eveniment sportiv sau cu prietenii sau sampania de la vreo nunta?
- CORECT, nu a baut mai mult de 12 drinkuri (sari la K1).... 1
 A BAUT PESTE 125
-
- I2 In ultimele 12 luni ati baut cel putin 12 drinkuri de vreun fel de bauturi alcoolice?
- NU.....(întreaba A) 1
 DA(sari la I3) 5
- A. Intr-un an întreg din viata Dvs. ati baut cel putin 12 drinkuri de vreun fel de bauturi alcoolice?
- NU(sari la K1)1
 DA(sari la I5A)5
-
- I3 In ultimul an, cât de des ati baut în mod obisnuit (CODIFICA PRIMUL DA)
- aproape în fiecare zi 1
 3-4 zile pe saptamana2
 1-2 zile pe saptamana3
 1-3 zile pe luna4
 cel mult o data pe luna5
-
- I4 In ultimul an, în zilele când ati baut o bautura alcoolice, cam cât de multe drinkuri consumati în medie într-o singura zi? Numarati drinkurile conform PLASEI A.
- ___/___ Nr.DRINKURI/24 ORE
 (IN MEDIE)
-
- I5 A existat vreo perioada în viata Dvs. când ati baut mai mult decât în ultimul a
- NU (sari la C) 1
 DA 5
- A. Gânditi-va la perioada când ati baut cel mai mult, cât de frecvent ati baut (CODIFICA PRIMUL DA)
- aproape în fiecare zi1
 3-4 zile pe saptamâna2
 1-2 zile pe saptamâna3
 1-3 zile pe luna4
 cel mult o data pe luna5
- B. In timpul perioadei când ati baut cel mai mult, în medie câte drinkuri ati baut într-o singura zi? (ARATA PLANSA A)
- ___/___ Nr.DRINKURI/24 ORE
 (IN MEDIE)
- C. Câti ani aveati când ati început st beti (*acea cantitate/cantitatea care ati baut-o în ultimul an*)?
- DEBUT: 1 2 3 4 5 6
 VARSTA DEBUT ___/___

D. Câți ani aveți când ați oprit bautul acelei
cantități?

DEBUT: 1 2 3 4 5 6
VARSTA DEBUT: __/__

- | | NU | DA |
|---|----|----|
| I6 Au existat vreodată obiectii la faptul că beți din partea: | | |
| 1. familiei Dvs. (vreo rudă, incluzând soțul/sotia, copilul)? | 1 | 5 |
| 2. prietenilor, doctorului sau preotului Dvs.? | 1 | 5 |
| 3. ați avut neazuri la serviciu sau școala din cauza bautului? | 1 | 5 |
| 4. v-ați batut în timp ce erati baut? | 1 | 5 |
| 5. v-a oprit sau arestat poliția sau v-a dus la un centru de
tratament din cauza bautului? | 1 | 5 |
| 6. din cauza bautului v-ați despartit de un membru al
familiei sau de un prieten? | 1 | 5 |

DACA RĂSPUNDE DA LA UNA DIN ÎNTREBĂRI
SĂRI LA I7

RECENT: Când a fost ultima oară? (CITEȘTE LA CE A
RĂSPUNS DA LA ÎNTREBĂRILE 1-6)

RECENT: 1 2 3 4 5 6
VARSTA: __/__

A. Ați continuat să beți după ce v-ați dat seama că va
cauza una din aceste probleme?

NU1
DA5

I7 Ați avut probleme de circulație rutieră din cauza bautului
de ex. să aveți un accident, să fiți amendat sau arestat
pentru că ați condus sub influența alcoolului?

NU1
DA5

A. Vi s-a întâmplat de mai multe ori?

NU1
DA5
RECENT: 1 2 3 4 5 6
VARSTA: __/__

I8 V-ați rănit vreodată în mod accidental când erati sub
influența alcoolului, de ex. să cadeti rău, să vă taiati rău,
să vă răniți într-un accident de circulație sau altceva de
genul acesta?

NU...(SĂRI LA I9) ...1
DA5

A. Ați baut din nou după ce v-ați dat seama că bautul va
cauza un accident?

NU1
DA5
RECENT: 1 2 3 4 5 6
VARSTA: __/__

- I9 Ati vost vreodata ametit din cauza bauturii într-o situatie care va marea sansele sa va raniti, de ex. Când conduceti masina, când folositi cutite, utilaje, arme de foc, când traversati strada prin locuri nepermise, când înotati sau va catarati? NU1
DA5
RECENT: 1 2 3 4 5 6
VARSTA: ___/___
- I10 Bautul sau mahmureala v-a facut sa neglijati munca, scoala sau grija fata de copii? NU1
DA5
RECENT: 1 2 3 4 5 6
VARSTA: ___/___
- I11 Ati constatat vreodata ca ati început sa aveti nevoie sa beti mai mult decât înainte pentru a avea acelasi efect? NU...(INTREABA A)...1
DA5
- A. Ati constatat ca aceeasi cantitate de bauturi are efect mai mic decât înainte? NU...(SARI LA I12)...1
DA5
RECENT: 1 2 3 4 5 6
VARSTA: ___/___
DACA NU: Când ati încetat sa aveti nevoie de mai mult?
- I12 Ati simtit vreodata o dorinta sau un imbold atât de puternic de a bea încât nu i-ati putut rezista? NU...(INTREABA A)...1
DA5
- A. Ati dorit vreodata o bautura atât de tare încât sa nu va puteti gandii la altceva? NU...(SARI LA I13).....1
DA5
RECENT: 1 2 3 4 5 6
VARSTA: ___/___
- I13 Adesea ati baut mai mult decât v-ati asteptat când ati început sau pentru o perioada de timp mai lunga decât intentionati? NU...(INTREABA A)...1
DA5
- A. Cât de des ati început sa beti si sa constatati ca este dificil de a va opri înainte de a va îmbata? NU...(SARI LA I14).....1
DA5
RECENT: 1 2 3 4 5 6
VARSTA: ___/___

- I14 Ati dorit vreodata sa încetati sau sa reduceti din bautura dar nu ati putut? NU ...(SARI LA I15).....1
DA5
- A. Ati încercat mai mult decât odata fara succes sa opriti sau sa reduceti consumul de alcool? NU, NUMAI O DATA...1
DA5
RECENT: 1 2 3 4 5 6
VARSTA: ___/___
- I15 A fost vreodata o perioada când ati consumat mult timp bând bauturi alcoolice sau sa va treaca efectele alcoolului? NU ...(SARI LA I16).....1
DA5
- A. Aceasta perioada a durat o luna sau mai mult? NU1
DA5
RECENT: 1 2 3 4 5 6
VARSTA: ___/___
- I16 Ati redus sau renuntat vreodata la activitati importante pentru a bea, precum activitati sportive activitati cu prietenii sau rude, etc.? NU ...(SARI LA I17).....1
DA5
- A. Ati renuntat la ele cel putin pentru o luna sau de mai multe ori pentru o perioada mai lunga de timp? NU1
DA5
RECENT: 1 2 3 4 5 6
VARSTA: ___/___
- I17 Consumul dvs de bauturi alcoolice a devenit vreodata asa de regulat încât sa nu renuntati la felul cum beti si cât de mult beti, indiferent ce faceati sau unde va aflati? NU1
DA5
- A. Când a fost ultima oara când consumul dvs de alcool a fost atât de regulat? RECENT: 1 2 3 4 5 6
VARSTA: ___/___
- I18 Faptul ca ati oprit sau redus bautul v-a cauzat vreodata probleme precum:
- | | NU | DA |
|---|----|----|
| 1. tremuraturi (tremurul mâinilor) | 1 | 5 |
| 2. sa nu puteti dormi | 1 | 5 |
| 3. sa va simtiti anxios sau depresiv | 1 | 5 |
| 4. sa transpirati | 1 | 5 |
| 5. sa va bata inima repede | 1 | 5 |
| 6. dureri de stomac | 1 | 5 |
| 7. dureri de cap | 1 | 5 |
| 8. slabiciune | 1 | 5 |
| 9. a vedea sau auvi lucruri inexistente | 1 | 5 |
| 10. crize sau convulsii dupa ce ati oprit bautul? | 1 | 5 |

DACA NU ESTE NICI UN 5 CODIFICAT IN 1-10, SARI LA I19

RECENT: Cand a fost ultima data cand ati avut (CITESTE TOATE SIMPTOMELE COTATE CU 5) dupa ca ati incetat sau redus bautul?	RECENT: 1 2 3 4 5 6 VARSTA: ___/___
B. Ati avut probleme de acest fel de mai multe ori cand ati incetat sau ati redus bautul?	NU1 DA5
C. Ati baut vreodata ca sa va feriti de astfel de probleme sa ca sa faceti ca ele sa dispara?	NU ...(SARI LA I19).....1 DA5 RECENT: 1 2 3 4 5 6 VARSTA: ___/___
I19 Exista mai multe probleme de sanatate date de baut din cauza bautului Dvs ati avut vreodata:	
	NU DA
1. boli de ficat sau icter?	1 5
2. boli de stomac sau sa vomitati sange?	1 5
3. slabiciune sau furnicaturi in picioare?	1 5
4. slabire a memoriei?	1 5
5. pancreatita?	1 5
DACA 1-5 SUNT CODIFICATE TOATE 1 SARI LA I20	
RECENT: Cand a fost ultima data cand ati avut (CITESTE TOATE CARE SUNT COTATE CU 5) din cauza bautului?	RECENT: 1 2 3 4 5 6 VARSTA: ___/___
A. Ati continuat sa beti desi v-ati dat seama ca va cauza oricare din aceste probleme?	NU ...(SARI LA I20).....1 DA...(INTREABA RECENT)...5
B. Ati bauta mai mult de o data dupa ca v-ati dat seama ca va cauza oricare din aceste probleme de sanatate?	NU1 DA5
I20 Ati continuat vreodata sa beti desi ati stiut ca aveati vreo boala organica care se poate agrava din cauza bautului?	
	NU ...(INTREABA A).....1 DA ...(SARI LA RECENT)....5
A. Ati continuat sa beti desi luati medicamente stiind ca este periculos sa le amestecati cu alcool?	NU ...(SARI LA I21).....1 DA5 RECENT: 1 2 3 4 5 6 VARSTA: ___/___
I21 V-a provocat vreodata alcoolul probleme emotionale sau psihologice precum:	
	NU DA
1. dezinteres fata de lucruri?	1 5
2. tristete?	1 5
3. suspiciozitate?	1 5
4. idei ciudate?	1 5
DACA TOATE (1-4) SUNT CODIFICATE 1 SARI LA I22	
RECENT: Cand a fost ultima data cand ati avut (CITESTE	RECENT: 1 2 3 4 5 6

TOATE CARE SUNT COTATE CU 5) din cauza bautului?

VARSTA: ___/___

A. Ati continuat sa beti dupa ce v-ati dat seama ca va cauza oricare din aceste probleme emotionale?

NU ...(SARI LA I22)....1
DA...(INTREABA RECENT)...5
RECENT: 1 2 3 4 5 6
VARSTA: ___/___

I22 A FOST CODIFICATA CU 5 CEL PUTIN O PROBA DE LA I6 LA I21

NU ...(SARI LA K1).....1
DA5

I23 Dvs ati spus ca (TRECE IN REVISTA PROBELE CU 5 DE LA I6 LA I21). Cand s-a intamplat prima oara oricare din aceste probleme din cauza bautului?

DEBUT: 1 2 3 4 5 6
VARSTA: ___/___

Plansa A:

Echivalentele bauturilor in unitati internationale DRINK

1 paharel de spirtoase (40 ml)	1 drink
1 sticla de 500 ml spirtoase	12 drink
1 litru de spirtoase	24 drink
1 pahar de vin de masa (150 ml)	1 drink
1 sticla de vin de 750 ml	6 drink
1 litru de vin de masa (12% alcool)	8 drink
1 sticla bere (330 ml)	1 drink
1 sticla de bere (500 ml)	1,5 drink

ANEXA Nr. 2

TESTUL SOBELL – *Alcohol Timeline Followback Method*

INSTRUCTIUNI PE CARE INTERVIEWATORUL CARE ADMINISTREAZA METODA LE OFERA SUBIECTULUI

Versiunea creion-hartie

- Ceea ce se doreste este sa va amintiti modul Dvs de baut din ultimele ___ zile.
- Dorim sa ne facem o idee despre cat de mult alcool ati consumat in fiecare zi din acest rastimp.
- Aceasta nu e greu daca folosim un calendar ca acesta (*se arata subiectului un exemplu de calendar*)
- Acest calendar da un tablou visual al datelor si cantitatilor de bauturi alcoolice ce oamenii l-au consumat.
- Noi am descoperit ca acest calendar este foarte util pentru a ajuta oameni sa-si aminteasca de bautul lor.
- Dupa cum se vede, in fiecare zi este inregistrat un numar.
- Numarul reprezinta cantitatea de bauturi alcoolice consumata in acea zi exprimata in unitati internationale numite “drink-uri”.
- In ziua cand nu ati consumat nimic treceti “0”.
- In ziua in care ati baut ceva treceti numarul drinkurilor pe care le-ati consumat Dvs.
- FOARTE IMPORTANT ESTE SA FITI SIGUR CA CEVA ESTE TRECUT IN FIECARE ZI PE ACEST CALENTAR.
- Este important sa inregistrati in calendar cantitatile in unitati standard, pentru ca diferite bauturi contin diferite concentratii de alcool.
- Va dau pe acest carton o modalitate de a transforma bauturile in unitati standard (*se inmaneaza subiectului cartonul cu echivalente in “drink”*)

Un drink este egal cu aproximativ 12 g alcool pur sau cu:

- 330 ml bere
- 140 ml vin obisnuit
- 40 ml votka sau whiskey (spirtoase)

- Acum putem sa facem cateva exercitii cand beti un singur fel de bautura si cand beti mai multe feluri intr-o zi (*se trece la efectuarea unor calcule impreuna cu interviuatorul*)

SUGESTII AJUTATOARE

Exista si alte sugestii care pot ajuta subiectul in evaluarea si raportarea bautului sau cu ajutorul calendarului.

- Daca aveti un jurnal zilnic sau o agenda in care v-ati trecut insemnari, intalniri, probleme de rezolvat, le puteti folosi pentru a va aduce mai usor aminte.
- Va mai pot ajuta sarbatorile fixe precum Craciunul, Pastele, Sf. Ion, etc. ziua de nastere a Dvs si a celor dragi, zilele onomastice ale lor, zile speciale ale familiei Dvs sau de la locul de munca, vacantele, evenimente sportive majore, calatorii, etc.
- La fel, poate aveti unul obiceiuri fixe, precum un joc saptamanal de carti cu prietenii sau un mers la pescuit sau vanatoare in unele sezoane, partiede de fotbal sau alte jocuri cu colegii, etc.

FOLOSITI CEA MAI BUNA EVALUARE

- Va rog sa completati calendarul cu date cat se poate mai precise.
- Este de inteles ca nimeni nu poate pretinde ca isi aminteste 100% tot ce s-a petrecut indiferent daca este vorba de baut sau altceva.
- Daca aveti un dubiu, daca stati in cumpana asupra unor date, furnizat cu curaj cea mai probabila varianta.
- Daca nu sunteti sigur cat ati baut, de ex. 15, 16 sau 17 drinkuri, ei bine, atunci alegeti o medie, in cazul nostru, 16 drinkuri pe care o inregistrati in calendar.
- Este important sa sesizati ca 15 sau 17 drinkuri este foarte diferit de 1 sau 2 drinkuri sau de 30 sau 35 drinkuri. Sesizati diferenta?
- Amintiti-va: sarcina Dvs cea mai mare este sa estimati cat mai bine fiecare zi utilizand calendarul din fata Dvs.

STARTUL RESPONDENTULUI IN A COMPLETA CALENDARUL

- Sa incepem! Cum am spus mai inainte, ce dores de la Dvs. este sa folositi calendarul pentru a inregistra bautul in ultimele ____ zile.
- Sa incepem cu ziua de ieri (spune data) si sa mergem in urma la ziua de ____ (cu cate zile am stabilit ca este perioada de timp supusa evaluarii, de ex. 30 zile, 90 zile, 365 zile). Astfel aceste

date sunt de la ___ pana la ___ (*interviewatorul marcheaza aceste date pe calendar si ii arata respondentului acestea*).

- Ai avut sarbatori speciala sau zile speciale pe care vreti sa le mentionati in calendar astfel incat sa va fie mai usor sa va amintiti consumul de bauturi in ultimile ___ zile?

(*respondentul spune aceste date si ele se trec in calendar: ziua onomastica, o masa festiva la serviciu, invitat de prieteni la restaurant, etc.*)

- Cand ati baut ultima data? (*completati ce respondentul spune*).

- Cat de mult ati consumat in acea zi? (*respondentul spune cantitatea si tipul bauturii si se pune numarul de drinkuri in data corespunzatoare din calendar*).

- Care a fost cea mai mare cantitate de bautura pe care ati consumat-o intr-o zi din aceasta perioada? Va amintiti cand s-a intamplat? (*respondentul isi aminteste data si cantitatea si se trece in calendar*).

- Care este cea mai mica cantitate care ati baut-o in aceasta perioada? (*respondentul spune aceasta cantitate*).

- Unii oameni au un model de consum, anumite zile, anumite cantitati, anumite circumstante si prin aceasta ei pot sa-si aduca aminte mai usor consumul propriu. Dvs. aveti vre-un model special de consum? (*respondentul raspunde*).

- In aceasta perioada la care ne referim, ati avut mai multe zile la rand, peste 7 zile, cand nu ati consumat (perioada de abstinenta)? (*respondentul raspunde si se trece perioada*). Care a fost cea mai lunga perioada in care nu ati baut? (*se tece*).

- Ati avut si o perioada, de peste 7 zile, in care ati baut foarte mult? (*se trece perioada pe care o mentioneaza subiectul*). Care a fost cea mai lunga perioada in care ati baut asa de mult? (*se trece perioada*).

- Acum sunteti gata sa completati restul calendarului. Aveti vre-o intrebare?

- Daca nu, haideti sa incepem. (*se incepe de la zilele recente la cele mai indepartate, dar subiectul poate allege si modul invers de completare*).

Anexa 3

CHESTIONARUL DISPONIBILITATII LA SCHIMBARE
READINESS TO CHANGE QUESTIONNAIRE - RTCQ

Acest chestionar este desemnat sa identifice cum va simtiti in legatura cu bautul Dumneavoastra. Va rog sa cititi fiecare intrebare cu atentie si sa decideti daca sunteti de acord sau nu cu intrebarile. Marcati casuta care se potriveste cu raspunsul Dumneavoastra.

	Puternic dezacord	Puternic de acord	PENTRU INTERVIEWATOR
1. Nu ma gandesc ca beau prea mult	▪	▪	P
2. Incerc sa beau mai putin decat obisnuesc	▪	▪	A
3. Imi place sa beau dar uneori beau prea mult	▪	▪	C
4. Uneori ma gandesc ca ar trebui sa reduc bautul	▪	▪	C
5. Este o pierdere de timp sa ma gandesc la bautul meu	▪	▪	P
6. Recent mi-am schimbat felul meu de a bea	▪	▪	A
7. Oricine poate vorbi despre dorinta de a face ceva cu bautul dar eu chiar fac ceva in acest sens	▪	▪	A
8. Sunt in faza in care ar trebui sa ma gandesc sa beau mai putin	▪	▪	C
9. Bautul meu este uneori o problema	▪	▪	C
10. Nu este nevoie sa ma gandesc la schimbarea felului meu de a bea	▪	▪	P
11. Tocmai mi-am schimbat obiceiul meu de a bea	▪	▪	A
12. Sa beau mai putin nu ar avea sens pentru mine	▪	▪	P

Modul de scorare a scalei RTCQ

Itemii 1, 5, 10 si 12 apartin subscalei de precontemplatie, itemii contemplatiei sunt 3, 4, 8 si 9, iar itemii actiunii sunt 2, 6, 7 si 11. Toti itemii sunt scorati pe o scala Likert cu 5 puncte dupa cum urmeaza:

- | | |
|-----------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> -2 | Puternic dezacord |
| <input type="checkbox"/> -1 | Dezacord |
| <input type="checkbox"/> 0 | Nesigur |
| <input type="checkbox"/> 1 | De acord |
| <input type="checkbox"/> 2 | Puternic de acord |

Pentru a calcula scorul fiecărei subscale se aduna scorul itemilor din fiecare subscale si se poate obtine scoruri mergand de la -8 la +8. Un scor negativ reflecta un dezacord cu itemii masurand stadiul schimbarii, in timp ce un scor pozitiv reprezinta un acord general. Cel mai mare scor reprezinta Indicatorul Stadiului Schimbarii (ISS).

Nota: Daca scorul este egal la doua subscale, atunci scala cea mai departe de pe continuumul schimbarii (Precontemplatie – Contemplatie – Actiune) reprezinta Indicatorul stadiului schimbarii pentru subiectul in cauza. De exemplu, daca subiectul are scorul 6 la precontemplatie si tot 6 la contemplatie si -2 la actiune, atunci subiectul are ISS de 6 si este in faza de contemplatie.

Noteaza ca scorurile pozitive la scala precontemplatie semnifica lipsa disponibilitatii la schimbare.

Daca unul din itemii unei scale lipseste, atunci scorul de la ceilalti trei itemi poate fi inmultit cu 1,33 pentru a avea scorul total al scalei. Daca lipsesc mai multi itemi, scala este invalida. Daca se schimba semnul scorului obtinut la precontemplatie, atunci acest scor poate fi comparat cu cel obtinut la celelalte doua subscale, pentru a sti tendinta generala a disponibilitatii la schimbare a subiectului.

Scorurile scalei

Disponibilitatea la schimbare

Scorul la precontemplatie ____ precontemplatie ____ (scor rasturnat)

Scorul la contemplatie ____ contemplatie ____ (acelasi scor)

Scorul la actiune ____ actiune ____ (acelasi scor)

Indicatorul stadiului schimbarii (ISS) ▪ (cel mai mare scor P, C sau A)

Bibliografie:

¹ Kadden RM, Litt MD, Cooney NL (1994): Matching alcoholics to coping skills or interactional therapies. Role of Intervening variables, 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.

² Project MATCH Research Group (1997): Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *J Stud Alcohol* 58(1):7–29.

³ Project MATCH Research Group. (1998): Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Treatment main effects and matching effects on drinking during treatment. *Journal of Study on Alcoholism*, 59(6):631–639.

⁴ Longabaugh R, Rubin A, Malloy P et al (1994): Drinking outcome of alcohol abusers diagnoses as antisocial personality disorder, *Alcohol Cli.Exp.Res.*,18(4):778-785.

⁵ Sobell LC, Sobell MB (1995): Alcohol consumption measures, in JP Allen & M Columbus (Eds.): *Assessing Alcohol Problems*, NIAAA, Treatment Handbook Series, No. 4, Bethesda,

⁶ McLellan AT, Kushner H, Metzger D et al (1992): The fifth edition of the Addiction Severity Index, *J.Subst.Abuse Treat.*,9:199-213.

⁷ Miller WR, Tonigan JS, Longabaugh R (1995): *The Drinker Inventory of Consequences (DrInC): An instrument for assessing adverse consequences of alcohol abuse.* Test manual, NIAAA, Bethesda.

⁸ Wing JK: SCAN (1994): Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry, *European Psychiatry*, vol. 9 , suppl.1.

⁹ Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC (1992): In search of how people change: Application to addictive behaviors, *Am.Psychol.*,47:1102-1114.

¹⁰ Rollnick S, Heather N, Gold R, Hall W (1992) : Development of a short “Readiness to Change” Questionnaire for use in brief opportunistic interventions, *Br.J.Addiction*, ,87:743-754.

¹¹ Wickizer T, Maynard C, Atherly A, Frederick M (1994): Completion rates of clients discharged from drug and alcohol treatment program in Washington State, *American Journal of Public Health*, 84:215-221.

¹² Carroll KM (1997): *Improving Compliance with Alcoholism Treatment*, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Project MATCH series, vol.6, Bethesda,

¹³ Kabela E & Kadden R (1997): Practical strategies for improving client compliance with treatment, in *Improving Compliance with Alcoholism Treatment*, KM Carroll (Ed.), National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Project MATCH series, vol.6, Bethesda.