

13. EVALUAREA PROGRAMULUI DE TRATAMENT AL ALCOOLICULUI

În mod paradoxal, evaluarea programului de tratament al alcoolicii a fost mult timp o problemă ignorată, prioritatea având diagnosticul și evaluarea caracteristicilor subiectului alcoolic. Mai recent, interesul pentru evaluarea programelor de tratament a crescut din mai multe motive:

- necesitatea de a demonstra efectivitatea comparativă a diferitelor programe;
- examinarea interrelațiilor dintre aceste programe și a indicilor de calitate a îngrijirii, calitate a vieții, etc.;
- recunoașterea că există o influență a caracteristicilor terapeutului, antrenament, superviziune, etc. asupra calității și modului de derulare a programului;
- modul de implementare a programului de tratament;
- integrarea lor în politici de sănătate comunitară.

Un impediment în această evaluare a fost numărul foarte mare al variabilelor implicate. Un autor a inventariat 39 de elemente care ar trebui evaluate în acest context (Lettieri, 1992)¹. O altă problemă o reprezintă căutarea unor instrumente confidențiale adecvate pentru această evaluare.

Datorită pericolului ca acest manual să devină prolix, în acest capitol se va inventaria mai multe variabile care pot reprezenta subiectul evaluării unui program de tratament și doar unele instrumente de evaluare. În tabelul Nr. 33 se prezintă unele din domeniile programului de tratament care sunt supuse evaluării.

13.1. PROCESUL TERAPEUTIC

Procesul terapeutic este definit ca o relație umană specializată prin care un terapeut dezvoltă, menține și dirijează intenții și mijloace terapeutice (Strupp, 1986)². Acest proces se desfășoară într-un context interpersonal. El nu are același înțeles ca și intervenția terapeutică și se bazează pe mijloace de ascultare și extragere a plângerilor și dizabilităților subiectului, oferind proceduri de alinare, asistență și combatere, inspirând subiectului speranță și reducând demoralizarea. Este de la sine înțeles că evaluarea acestui proces interactiv și dinamic, în continuă schimbare, este foarte dificilă pentru că ingredientele puse în joc sunt greu de conturat și cuantificate. Lucrurile au putut deveni mai comprehensive în momentul în care metodele psihoterapice și socioterapice au început să fie privite într-un “model tehnologic”, la fel ca și farmacoterapia (Waskow, 1984)³. Acest model furnizează unul din cele mai robuste moduri prin care tratamentele psihologice pot fi evaluate: măsurarea variabilelor externe de tratament și măsurarea lor în condițiile procesului de tratament la fel cum se petrece în trialurile farmacologice. Astfel, trebuie să se specifice în ce mod un anumit subiect răspunde la variabilele externe ale unui anumit tratament⁴, altfel terapiile psihologice riscă să rămână în afara contextului terapeutic general al pacientului. Ele trebuie să răspundă criteriilor de efectivitate determinate în studii dublu-orb, la fel ca și studiile farmacologice și o practică psihoterapeutică implementată trebuie să rămână constant sub trialul unui proces dublu-orb pentru ca să fie considerată efectivă într-un program terapeutic⁵. Astfel, în combinarea terapilor medicamentoase cu cele psihologice, practica absolut uzuală într-un program terapeutic al alcoolicii, se va putea discerne contribuția fiecărei metode și efectivitatea ei pentru un subiect dat. Această clarificare a

contributiei fiecarei metode de tratament montate intr-un program terapeutic este absolut necesara pentru evaluarea procesului terapeutic intr-o institutie care vrea sa respecte dedicatia ei. Managerul acestei institutii va avea obligatia ca din cand in cand sa evalueze procedurile terapeutice montate, sa constate dace ele nu s-au uzat, cat de efective au ramas, care este satisfactia clientului si care este atmosfera generala a procesului terapeutic.

Domeniul de tratament

Procesul terapeutic
 Scopul si filozofia terapiei
 Nevoile clientului
 Caracteristicile terapeutilor
 Functionarea personalului
 Locatia
 Regimul tratamentului si componentele lui
 Accesul la tratament
 Cost
 Formatul tratamentului
 Durata
 Frecventa
 Factorii generali ai programului
 Ambianta de activitate a personalului
 Performanta
 Potrivirea terapeut-client
 Agregarea caracteristicilor clientului
 Satisfactia clientului
 Potrivirea tratament-client

Tabelul Nr. 33: Domeniile evaluarii programului de tratament

Dintre instrumentele construite pentru aceste scopuri amintim aici doar cateva, fara a le putea reproduce.

Peterson si colab. (1993)⁶ a dezvoltat in inventar al structurii programului pentru alcool si drog (“*Drug and Alcohol Program Structure Inventory – DAPSI*”) prin care se obtine date despre structura programului

(de ex. marime, durata, personal, resurse), agregarea caracteristicilor pacientilor, politicile programului (de ex. admitere, externare, masuri disciplinare) si servicii (evaluare, tratament, activitati) si pe baza carora se stabileste o tipologie a programelor de tratament. Tot Peterson si colab. (1994)⁷ si Swindle si colab. (1995)⁸ dezvoltă inventarul pentru programul de tratament pentru alcool si droguri (“*Drug and Alcohol Program Treatment Inventory – DAPTI*”), un instrument de evaluare a scopurilor si activitatilor a opt interventii distincte: tratamentul in 12 pasi/Alcoolicii Anonimi, comunitate terapeutica, terapia cognitiv-comportamentala, terapia psihodinamica, programe de reabilitare, diagnosticul dual, tratamentul medical si tratamentul familial/marital sistemic.

13.2. FILOZOFIA SI SCOPURILE TRATAMENTULUI

Scopurile tratamentului se refera la scopurile generale si asteptarile implicite si explicite ale facilitatii respective, ale administratorilor, conducerii si directorilor, ale donatorilor sau creatorilor regimului specific si procedurilor de tratament. Interesul este de a vedea consonanta dintre scopurile clientilor, ale personalului si programului. Disonanta dintre aceste elemente va duce la modificarea in sens negativ a deznodamentului tratamentului aplicat¹.

Din punct de vedere a clientului, scopurile tratamentului sunt:

- incetarea consumului de bauturi alcoolice;
- imbunatatirea generala a sanatatii sau baunastarii globale;
- repararea daunelor produse de consumul de alcool;
- reducerea problemelor legate de alcool;
- reducerea comportamentului de consum la un nivel neproblematic;

- asistenta in indeplinirea obligatiilor ce decurg din hotararile luate de sistemul judiciar cu privire la tratamentul obligatoriu.

Aceste scopuri se realizeaza sau se pun in opera in functie de aderenta la o anume filozofie a tratamentului alcoolismului, respectiv la locul pe care clientul il are fata de atribuirea responsabilitatii problemelor cu care se prezinta spre tratament. S-au conturat patru modele ale filozofiei unui tratament: modelul moral, modelul compensator, cel medical si modelul rational (Brickman si colab. 1982)⁹. In modelul moral, clientul este vazut ca fiind responsabil pentru problemele si solutiile acestora. In modelul compensator, clientul este responsabil doar pentru solutiile luate dar nu si pentru problemele avute. Clientul nu este responsabil nici pentru solutii, nici pentru problemele lui in modelul medical, iar in modelul rational, clientul este responsabil pentru probleme dar nu si pentru solutii. In Fig. Nr. 8 se prezinta aceste modele.

		Responsabilitatea pentru probleme	
		Client	Altii
Responsabilitatea pentru solutie	Client	Moral	Compensator
	Altii	Rational	Medical

Fig. Nr. 8: Modelele filozofiei tratamentului alcoolismului¹.

In functie de aceste modele un regim specific de tratament va fi instaurat in anumite institutii sau locuri, lucru care va directiona alegerea metodelor de tratament, atmosfera si comportamentul personalului.

13.3. CARACTERISTICILE TERAPEUTULUI

S-a recunoscut de mult timp ca multe din caracteristicile terapeutului sunt variabile foarte importante care influenteaza relatia terapeut-client si

rezultatele terapiei care se desfasoara. Printre acestea se numara personalitatea , atitudinile emotionale, stilul relational (empatic, reflectiv, directiv, etc.), unele caracteristici demografice precum sexul sau varsta, senzitivitatea culturala, experienta personala cu consumul de alcool sau unele caracteristici ale postului precum salariul sau responsabilitatile percepute. Intr-o meta-analiza a 15 studii, Crits-Christoph si colab. (1991)¹⁰ au aratat ca eficacitatea unei psihoterapii depinde in mare masura de existenta unui manual de psihoterapie la care terapeutul sa fi aderat si de nivelul experientei terapeutului.

Scala de intelegere a alcoolismului (*“Understanding of Alcoholism Scale – UAS”*) este un instrument dezvoltat de Moyers si Miller (1993)¹¹ care evalueaza credintele terapeutului in factorii care determina alcoolismul. Astfel, terapeutii care cred in modelul bolii vor impune clientilor un tratament orientat consum si nu pe probleme, iar cei care cred in factorii psihosociali se vor focaliza asupra persoanelor care au tendinta sa paraseasca tratamentul.

13.4. LOCUL SI CLIMATUL TRATAMENTULUI

Prin termenul de “locul tratamentului” se intelege locul in care se desfasoara programul de tratament. In general aceste locuri pot fi: 1) spital; 2) policlinica; 3) spitalizare partiala sau centru de zi; 4) institutii speciale (inchisoare, armata, etc.); 5) centre educationale (scoli speciale, etc.); 6) la locul de munca prin programe de asistenta pentru salariati; 7) in cadrul unor grupuri de autoajutorare (grupuri Alcoolicii Anonimi, etc.); 8) in cadrul unor institutii bisericesti; 9) la domiciliu. Aceste locuri determina modalitatea tratamentului, respectiv clientul va sta intr-un loc supravegheat sau asa-zis protejat pe durata tratamentului sau va ramane la domiciliul sau pe timpul

tratamentului. Desigur ca sunt programe de tratament care prevad trecerea dintr-o forma in alta in functie de scopurile urmarite.

Locul tratamentului determina in mare masura atmosfera sau climatul in care se desfasoara, iar acesta este un factor important in retentia clientului in programul de tratament. Evaluarea atmosferei programului de tratament este un domeniu esential si conduce la armonizarea acestuia cu filozofia si scopurile tratamentului sau la dirijarea lui catre conditiile ipotetic adecvate pentru implementarea ingredientelor terapiei.

Acest domeniu este destul de greu de evaluat dar exista si aici diferite instrumente standardizate de evaluare. Astfel, exista scala atmosferei sectiei (“*Ward Atmosphere Scale – WAS*”) ¹² si scala ambiantei programului orientat pe comunitate (“*Community-Oriented Programs Environment Scale – COPES*”) ¹³, instrumente care evalueaza atmosfera in locurile de tratament, atmosfera generata de programul de tratament implementat si de personalul ce-l deruleaza. Aceste instrumente prezinta mai multe subscale printre care: subscala relatiei cu clientul (implicare, suport, spontaneitate, etc.), subscala scopului tratamentului (autonomie, orientare practica, orientare pe problemele personale, agresivitate, etc.), subscala mentinerii programului (ordinea, ogranizarea, claritatea programului, controlul personalului, etc.).

13.5. REGIMUL TRATAMENTULUI

Acest termen desemneaza protocolul particular al tratamentului, procedurile tratamentului si ingredientele terapeutice (agenti farmacologici, fizici, psihologici, microsociologici, etc.). Regimul de tratament este diferit in functie de tipul terapiei si in tabelul nr. 34 sunt prezentate sumar regimul global al unora din cele mai utilizate tipuri de tratament. Evaluarea lor este sarcina curenta a managerului programului de tratament si conduce la

supravegherea derularii corecte a protocolului si la mentinerea intacta a procedurilor in ciuda tendintei de uzare si subdimensionare in timp.

Tipul tratamentului	Continutul tratamentului
Comportamental	Ajuta sa controleze sau sa schimbe comportamentele dizadaptative si sa creasca sau sa invete comportamente adecvate
Cognitiv	Cauta sa corecteze cognitiile ditorsionate, schemele deficitare, atitudinile disfunctionale si sa imbunatateasca capacitatea de coping a subiectului
Developmental	Cauta sa remedieze deficitale structurale aparute in dezvoltarea persoanei (copilarie frustranta, lipsa legaturilor de atasament, influenta negativa a egalilor, parenting abuziv si reactiv, familie non-protective, etc.)
Psihofarmacologic	Considera medicatia ca un tratament primar sau ca tratament adjuvant
Sistemic	focalizat pe restructurarea modelelor interactive si de comunicare precum si a rolului familiei sau a subsistemelor sociale
Motivational	Ajuta la miximalizarea motivatiei persoanei si la angajarea ei in schimbarea modelului de consum prin controlarea deciziilor

Tabelul Nr. 34: Regimul global al unor tratamente uzuale ale alcoolismului

13.6. FORMATUL, DURATA SI FRECVENTA TRATAMENTULUI

Formatul tratamentului se refera la stilul si forma in care procedurile tratamentului si regimul tratamentului sunt livrate clientului. Astfel, tratamentul poate fi individual sau de grup, poate implica familia, poate fi etalat in mai multe sedinte sau este vorba doar de o interventie de scurta

durata (o sedinta). El poate fi efectuat fata in fata cu terapeutul sau poate folosi mijloace audio-vizuale sau internet.

Durata tratamentului variaza dupa programul de tratament. El se poate intinde de la 1-2 saptamani la un an sau mai mult. In aceasta perioada, clientul poate avea sedinte de tratament zilnice, saptamanale sau cu o alta periodicitate, in functie de modul de administrare a ingredientelor terapiei.

13.7. FACTORII GENERALI AI TRATAMENTULUI

Dintre factorii generali ai tratamentului se numera cel mai adesea aranjamentele arhitecturale si fizice in care se desfasoara tratamentul, precum accesul, amplasarea spatiilor, lumina, zgomotul, mobilierul, confortul general, conditiile hoteliere in cazul spitalizarii clientului, conditiile de igiena, zonele recreationale, etc. Exista lucrari care au demonstrat legatura dintre factorii arhitecturali si rezultatul tratamentului.

Alti factori generali includ conditiile economice si organizationale ale tratamentului, precum tratament privat versus public, accesibilitatea la forma de tratament, modul de finantare, raportul dintre personal si pacienti, modul de plata, etc. Toti acesti factori trebuie sa fie luati in considerare atunci cand se proiecteaza un program de tratament sau atunci cand se evalueaza pentru a se judeca efectivitatea sau balanta cost/beneficiu.

13.8. SATISFACTIA CLIENTULUI

Este vorba de satisfactia clientului experimentand tratamentul prescris si modul lui de derulare intr-un loc specific si cu personalul aferent. Exista preferinte ale clientilor pentru un anumit tratament si se descrie preferinta barbatilor pentru tratamentele de grup si a femeilor pentru tratamentele individuale¹⁴. Clientul poate considera tratamentul ca unul activ, angajant si

suportiv in functie de o serie de factori mergand de la expectantele individuale pana la modelul mental al actiunii factorilor de tratament aplicati individului sau factorii culturali.

Pentru acest domeniu exista o serie de instrumente de evaluare si aici mentionam chestionarul satisfactiei clientului (“*Client Satisfaction Questionnaire –CSQ*”)¹⁵.

Aceasta enumerare succinta a domeniilor de evaluare a programului de tratament reprezinta in final o schema sau algoritm de evaluare necesar managerilor pentru conceperea, implementarea si rulara acestuia in diferite locatii.

Bibliografie:

¹ Lettieri DJ: A primer of research strategies in alcoholism treatment assessment, National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism, Rockville, 1992

² Strupp HH: Psychotherapy: Research, practice and public policy (How to avoid dead ends), American Psychologist, 1986,41:120-130

³ Waskow IE: Specification of the technique variable in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program, in JBW Williams & RL Spitzer (Eds.) Psychotherapy Research: Where are we and where should we go, New York; Guilford, 1984

⁴ Carroll KM, Kadden RM, Donovan DM et al: Implementing treatment and protecting the validity of the independent variable in treatment matching studies, unpublished manuscript 1993

⁵ Carroll KM, Rounsaville RJ, Nich C: Blind man’s bluff: Effectiveness and significance of psychotherapy and pharmacotherapy blinding procedures in a clinical trial, J.Consult.Clin.Psychology, 1994,62:276-280

⁶ Peterson KA, Swindle RM, Paradise MA, Moos RH: Substance Abuse Treatment Programming in the VA: Staffing, Patients, Policies and Services. Palo Alto, CA; Program Evaluation and Resource Center, 1993

⁷ Peterson KA, Swindel RW, Paradise MA, Moos RH: Substance Abuse Treatment Programming in the VA: Program Structure and Treatment Processes. Palo Alto, CA; Program Evaluation and Resource Center, 1994

-
- ⁸ Swindle RW, Peterson KA, Paradise MJ, Moos RH. Measuring substance abuse program treatment orientations: The Drug and Alcohol Program Treatment Inventory, *J.Subst.Abuse*.1995,7:61-78
- ⁹ Brickman P, Rabinowitz VC, Karuza J et al: Models of helping and coping, *American Psychologist*, 1982,37:368-384
- ¹⁰ Crits-Christoph P, Baranackie K, Kurcias JS et al: Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies, *Psychotherapy Research*, 1991, 1:81-91
- ¹¹ Moyers TB & Miller WR: Therapists' conceptualizations of alcoholism: Measurement and implications for treatment decisions, *Psychol.Addict.Behav.* 1993,7:238-245
- ¹² Moos RH: Ward Atmosphere Scale Manual, 2nd ed. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1989
- ¹³ Moos RH: Community-Oriented Programs Environment Scale Manual, 2nd ed. Palo Alto, CA; Consulting Psychologists Press, 1988
- ¹⁴ Cronkite RC & Moos RH: Sex and marital status in relation to the treatment and outcome of alcoholic patients, *Sex Roles*, 1984,11:93-112
- ¹⁵ Larsen DL, Attkisson CC, Hargreaves WA, Nguyen TD: Assessment of client/patient satisfaction in human service program. Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning*, 1979,2:197-207