



UNIUNEA EUROPEANĂ



Instrumente Structurale
2014-2020

GHID DE INTERVENȚIE CLINICĂ

PENTRU PSIHOLOGI

ÎN DOMENIUL ADICȚIEI



GHID DE INTERVENȚIE CLINICĂ

PENTRU PSIHOLOGI

ÎN DOMENIUL ADICȚIEI

COLECTIV DE AUTORI

Coordonator elaborare ghiduri, Doctor Ileana Mihaela Botezat Antonescu

Coordonator grup de lucru, Doctor Florin Ene

Expert elaborare ghiduri, Doctor Gabriel Cicu

Expert elaborare ghiduri, Psiholog Ana Maria Moldovan

CUVÂNT ÎNAINTE

Prezentul Ghid a fost realizat prin proiectul „*Creșterea competențelor profesionale ale personalului medical implicat în depistarea tulburărilor afective și preventia comportamentului suicidar*”, proiect cu finanțare europeană obținută prin competiție de Centrul Național de Sănătate Mintală și Luptă Antidrog, în cadrul Programului Operațional Capital Uman.

Cu o valoare totală de 8.942.691,34 lei (aprox. 2 mil. euro) proiectul a avut ca obiectiv general îmbunătățirea nivelului de sănătate a populației și creșterea calității serviciilor medicale oferite către populație, în special în cele 7 regiuni mai puțin dezvoltate ale României, prin creșterea nivelului competențelor profesionale ale personalului angajat în sistemul public de sănătate mintală, în conformitate cu prevederile Programului Național de Sănătate Mintală, prin participarea la cursuri de formare profesională și schimburi de experiență și bune practici.

Proiectul a avut ca obiective specifice:

- competențe profesionale îmbunătățite prin cursuri de formare profesională acreditate, cu durata de 36 de ore, pentru 930 de cadre din sistemul medical public de sănătate mintală care lucrează cu adulți, din care 910 certificate (credite EMC);
- competențe profesionale îmbunătățite prin participări la schimburi de experiență și bune practici internaționale pentru 120 de cadre din sistemul medical public de sănătate mintală;
- 6 ghiduri și proceduri/ protocoale de lucru în domeniul sănătății mentale elaborate la nivel național pentru o practică unitară în domeniu, la standarde europene.

Prin nevoile identificate și soluțiile propuse, proiectul a dus la implementarea unui program complex de măsuri de natură să îmbunătățească nivelul de competențe al profesioniștilor din sistemul medical implicat în activități de sănătate mentală. De asemenea a stabilit direcții de acțiune care au contribuit la atingerea obiectivelor din domeniul sănătății mentale, ca domeniu prioritar, aşa cum sunt prezentate în Strategia Națională de Sănătate 2014 –2020 care stipulează că “asigurarea sănătății mentale a populației presupune accesul la servicii adecvate și eficace”.

Nu în ultimul rând a contribuit la soluționarea nevoii identificate prin Strategia Națională de Sănătate 2014 – 2020, respectiv aceea de a crește numărul de specialiști disponibili, de a spori calitatea serviciilor din spitalele de specialitate, de a schimba modelul prevalent de îngrijire în servicii spitalicești „învechit, necentrat pe client” într-unul modern, la standarde europene, centrat pe nevoile pacientului cu probleme de sănătate mintală.

**Coordonator elaborare ghiduri,
Dr. Ileana Botezat-Antonescu**

CUPRINS

I.	Aspecte generale	3
II.	Evaluare	5
1.	Evaluarea psiho-socială	10
2.	Instrumente de evaluare	16
3.	Managementul de caz	20
III.	Tratamentul psihosocial în tulburările legate de consumul de substanțe	22
1.	Aspecte generale	22
2.	Obiective ale tratamentelor psihosociale în tulburările legate de substanțe	23
3.	Relația dintre tratamentele psihosociale și cele farmacologice în tulburările legate de consumul de substanțe	23
4.	Abordări terapeutice	25
1.	Terapiile cognitiv-comportamentale	26
2.	Interviul Motivațional (IM) și Terapia pentru creșterea motivației (MET)	27
3.	Terapii comportamentale	27
4.	Terapiile psihodinamice și interpersonale	29
5.	Terapia de grup	30
6.	Terapiile de familie	31
7.	Grupurile de autoajutor și abordările de orientare "12 Pași"	32
8.	Terapii scurte	33
9.	Terapiile auto-ghidate	33
10.	Hipnoza	34
11.	Reducerea riscurilor asociate (Harm reduction)	34

I. ASPECTE GENERALE

Dependență (adicția) este o tulburare cronică, caracterizată prin lipsa controlului asupra unui anumit comportament – fie că este consumul de substanțe, jocul de noroc, utilizarea computerului etc. Această lipsă a controlului duce în timp la consecințe în toate aspectele vieții persoanei dependente. În forma sa cea mai severă, această tulburare produce suferință pe durate foarte lungi de timp, cu ameliorări și recăderi. Modificările la nivelului creierului persistă pe perioade foarte lungi, chiar și după ce individul a întrerupt consumul (Stock et al, 2019, Volkow et al, 2001). Aceste modificări sunt responsabile pentru procente mari de recădere. Nu este cunoscut în totalitate mecanismul prin care se produc aceste modificări și nici cum pot deveni reversibile.

Termenul „tulburare legată de consumul de substanțe” se referă la o serie de substanțe și tulburări diferite (adică abuz/uz nociv, dependență, intoxicație, sevraj și sindroame și tulburări psihiatricice rezultate din consumul de substanțe). Abuzul/Uzul nociv de substanță și dependență de substanțe sunt două tulburări întâlnite frecvent în practica clinică.

ICD 10 denumește aceste tulburări *Tulburări mentale și de comportament cauzate de utilizarea de substanțe psihoactive*. Recunoaște această categorie diagnostică pentru: alcool, opiate, canabinoizi, sedative și hipnotice, cocaină, alte stimulente, halucinogene, tutun, solventi volatili și o categorie separată pentru utilizarea mai multor droguri sau substanțe psihoactive.

În cadrul acestei categorii sunt recunoscute mai multe situații clinice cu criterii specifice de diagnostic: Intoxicația acută; Utilizare nocivă; Sindrom de dependență; Stare de sevraj (cu/fără delirium); Tulburare psihotică; Sindrom mnestic; Tulburare psihotică reziduală și cu debut tardiv; Alte tulburări mentale și de comportament.

Intoxicația acută este o stare tranzitorie ce urmează administrării alcoolului sau altor substanțe psihoactive și care are ca rezultat perturbări în nivelul câmpului de conștiință, ale cogniției, percepției, afectului și ale altor funcții și răspunsuri fiziologice. (ICD 10)

ICD 10 definește utilizarea nocivă ca un model de consum de substanță ce afectează sănătatea, fie la nivel somatic, fie la nivel mental.

Sindromul de dependență reprezintă un grup de fenomene fiziologice, comportamentale și cognitive în care utilizarea unei substanțe capătă o prioritate crescută pentru un anume individ, față de alte comportamente care înainte erau valorizate de acesta.

Pentru acest diagnostic ICD 10 stabilește necesitatea îndeplinirii a minim trei criterii, observate pe perioada ultimului an, dintre următoarele:

- a. O dorință puternică sau compulsivă de a folosi substanță;

- b. Dificultăți ale capacității de a controla comportamentul legat de consumul de substanță în ceea ce privește: debutul, încetarea consumului și cantitatea consumată;
- c. Starea psihologică de sevraj, când se reduce sau se încetează consumul de substanță, fapt evidențiat printr-un sindrom caracteristic pentru fiecare substanță;
- d. Existența toleranței, astfel încât doze crescute de substanță sunt necesare pentru a obține efectele produse inițial de doze mai mici;
- e. Neglijarea progresivă a plăcerilor sau intereselor din cauza consumului de substanță, creșterea timpului necesar pentru obținerea sau administrarea substanței sau pentru revenirea de pe urma efectelor acesteia;
- f. Persistența în utilizarea substanței în ciuda dovezii clare a unor consecințe nocive.

Acest diagnostic poate avea diferenții specificanți: în prezent abstinent; în prezent abstinent, dar în mediu protejat; în prezent sub supraveghere continuă sau tratament de înlocuire/substituție; în prezent abstinent, dar în tratament cu substanțe aversive sau blocante; în dependență activă; utilizare continuă; utilizare episodică.

Sindromul de sevraj constă în ansamblul de simptome care apare la întreruperea absolută sau relativă a consumului unei substanțe psihoactive după un consum repetat și prelungit și/ sau doze mari de substanță. Debutul și evoluția sunt limitate în timp și sunt legate de tipul de substanță și de dozele consumate imediat înainte de începutul perioadei de sevraj. Starea de sevraj poate fi complicată cu convulsii. (ICD 10)

Recuperarea din dependență este un proces ce implică schimbare și creștere progresivă către o viață echilibrată, confortabilă, împlinită, în absența nevoii de "drog".

II. EVALUARE

Conform Ghidului APA (Kleber et al, 2006), persoanele cu tulburări de consum de substanțe sunt eterogene în ceea ce privește o serie de caracteristici importante din punct de vedere clinic:

- Numărul și tipul de substanțe consumate
- Vulnerabilitatea genetică a individului de a dezvolta o tulburare legată de consumul de substanțe
- Severitatea tulburării, rapiditatea cu care se dezvoltă și gradul de afectare a funcționării
- Conștientizarea ca problemă, de către individ a tulburării legate de consum
- Pregătirea individului pentru schimbare și motivația de a intra în tratament în scopul schimbării
- Condițiile generale medicale și psihiatriche asociate (fie care apar separat sau sunt induse de consumul de substanță)
- Punctele forte ale individului și vulnerabilități (factori de risc și de protecție)
- Contextul social, de mediu și cultural în care individul trăiește și va fi tratat.

În consecință, în sursele revizuite, este recomandată evaluarea multidimensională astfel încât să poată fi surprinse relațiile dintre comportamentul de consum și diferențele arii și aspecte ale vieții persoanei dependente. Acestea sunt ulterior clasificate în factori de risc, limite și obstacole în recuperare și/sau factori de protecție, resurse, puncte tari și oportunități.

În funcție de obiectivele de schimbare ale beneficiarului și rezultatele evaluării sunt conturate și prioritizate intervențiile terapeutice. De asemenea, în funcție de tipul serviciului și nivelul de asistență, evaluarea poate fi realizată pe parcursul uneia sau mai multor ședințe, iar ca instrument principal se recomandă interviul clinic.

Standardele Sistemului Național de Asistență Medicală Psihologică și Socială a Consumatorilor de Droguri (Agenția Națională Antidrog, 2005) apreciază evaluarea multidimensională ca fiind esențială în tratamentul dependentelor atât în ceea ce privește stabilirea diagnosticului, cât și în aprecierea gradului de disfuncționalitate în ariile biologic, psihologic, social și juridic. Evaluarea este privită ca formă de analiză funcțională în care se urmărește evidențierea fiecărei relații funktionale făcând posibilă:

- Depistarea comportamentelor problemă.
- Cunoașterea elementelor sau variabilelor funktionale care adaptează interacțiunea: funcție de stimul – funcție de răspuns.

- Determinarea celorlalte variabile, care nu fac parte din interacțiune și nu sunt specifice acesteia, fiind variabilele dispoziționale în care se află atât pacientul, cât și mediul său și care afectează probabilitatea ca intervenția să se producă.
- Crearea intervenției specifice pentru fiecare individ:
 - Stabilirea obiectivelor
 - Determinarea planului individualizat de asistență
 - Stabilirea tehniciilor specifice de intervenție
 - Alegerea celei mai adecvate structuri de asistență
 - Determinarea necesității de utilizare a resurselor de sprijin
 - Selecționarea modalităților de asistență.
- Monitorizarea și evaluarea rezultatelor intervenției realizate.

Eficacitatea programelor și intervențiilor este dată de adaptarea acestora la nevoile identificate prin evaluarea următoarelor arii:

Ariile de evaluare		Descrierea aspectelor ce trebuie evaluate
Aria 1	Istoric personal și de consum, semne de intoxicație și/sau sindrom de abstinенță (sevraj)	<p>Se evaluatează riscurile actuale ale pacientului de intoxicație acută/cronică sau de sindrom de abstinență sau convulsii, bazate pe:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Istoricul pacientului - Cantitatea, frecvența, natura cronică sau natura recentă a reducerii sau întreruperii consumului de alcool sau alte droguri - Semne curente ale sindromului de abstinență - Surse de suport extern pentru program de dezintoxicare în ambulator - Pericol imediat de probleme severe ca rezultat al consumului de droguri

Aria 2	Condiții bio-medicale și complicații	<p>Existența unor condiții bio-medicale, fără legătură cu sindromul de abstinенță sau intoxicație.</p> <p>Condițiile existente, acute sau cronice necesită tratament deoarece pot prezenta riscuri sau complicații pentru procesul de recuperare.</p> <p>Existența unor tulburări cronice care afectează evoluția dependenței sau tratamentului acesteia.</p>
Aria 3	Condiții psihologice sau psihiatrice și complicații Acceptare/rezistență la tratament Potențial de recădere, de continuare a consumului sau alte probleme	<p>Existența în prezent a unor condiții psihologice sau psihiatrice cu risc pentru tratament, probleme cronice care pot afecta progresul în tratament.</p> <p>Se verifică dacă problemele psihologice sau psihiatrice reprezintă consecințe ale consumului de droguri, fac parte din problema consumului de droguri sau nu sunt în legătură cu consumul de droguri și dacă aceste condiții sunt suficient de severe pentru a necesita tratament specific.</p> <p>Gradul de risc asupra propriei persoane sau asupra celorlalți.</p> <p>Capacitatea curentă a pacientului de a gestiona activitățile zilnice și de a face față problemelor psihico-emoționale.</p> <p>Dorința pacientului de a se angaja în tratament - reprezintă un instrument pentru schimbare și îmbunătățire a funcționării.</p> <p>Capacitatea pacientului de a recunoaște și de a se confrunta cu problema dependenței sau tulburarea mintală, realizând schimbările necesare pentru prevenirea recăderilor, întreruperea consumului sau prevenirea continuării problemelor asociate acestuia.</p> <p>Evaluarea impactului severității problemelor actuale și a stresului suplimentar generat de tratament. Aceasta poate conduce la eșecul pacientului de a se angaja cu succes în tratament la acest moment.</p> <p>Nivelul de conștientizare a mecanismelor care declanșează recăderile, alternativele de coping față de nevoie imperioasă de a consuma droguri și gradul de control asupra impulsurilor de a consuma droguri.</p>

Aria 4	Condiții sociale și familiale	<p>Stil sau condiții de viață care reprezintă un potențial pericol pentru siguranța pacientului său angajamentul în tratament (situații din viața cotidiană), relațiile cu familia sau cu persoanele semnificative, situația profesională sau educativă.</p> <p>Surse de suport – persoane, resurse economice, posibilități de angajare – care ar putea sprijini întărirea motivației pentru tratament și creșterea posibilității de succes terapeutic.</p> <p>Disponibilitatea suportului în comunitatea de care aparține pentru procesul de recuperare.</p>
---------------	--------------------------------------	---

Aria 5	Situația juridică	<p>a) situația anterioară</p> <ul style="list-style-type: none"> - antecedente penale fără legătură cu infracțiunile la regimul drogurilor - antecedente penale în legătură cu infracțiunile la regimul drogurilor - trafic - consum - violență - altele - pedepse aplicate privative de libertate - pedepse aplicate neprivative de libertate - măsuri de supraveghere și obligații impuse - măsuri de siguranță <p>b) situația prezentă:</p> <ul style="list-style-type: none"> - proces penal fără legătură cu infracțiunile la regimul drogurilor - proces penal în legătură cu infracțiunile la regimul drogurilor - în urmărire penală - în judecată - termen încercare - executare pedeapsă privativă de libertate - executare pedeapsă neprivativă de libertate măsuri supraveghere și obligații
---------------	--------------------------	--

De asemenea, având în vedere complexitatea problemei și varietatea sarcinilor profesionale ce necesită a fi desfășurate, Standardele Sistemului Național de Asistență Medicală Psihologică și Socială a Consumatorilor de Droguri (Agenția Națională Antidrog, 2005) recomandă echipa multidisciplinară, coordonată de un manager de caz care să contribuie la asigurarea coerentei, continuității și consecvenței procesului de recuperare (G.Cicu et al., 2015). Rezultatele evaluării sunt listate și ierarhizate de către managerul de caz într-un raport de evaluare.

Ghidul APA (Kleber et al, 2006) subliniază la rândul său necesitatea unei evaluări complete ca fiind esențială în tratamentul persoanelor cu tulburări legate de consumul de substanțe, recomandând pe cât posibil și implicarea persoanelor relevante din viața persoanei (membrui ai familiei, colegi, angajatori, cadre medicale etc.). Obiectivele principale ale evaluării sunt

stabilirea diagnosticului și dezvoltarea unui plan de tratament adecvat contextului și nevoilor beneficiarului, explorând următoarele aspecte:

1. Un istoric detaliat al consumului de substanțe al persoanei, de la debut și până în prezent și efectele consumului de substanțe asupra funcționării cognitive, psihologice, comportamentale și fiziologice a pacientului;
2. Istoricul oricărui tratament pentru o tulburare în legătură cu consumul de substanțe;
3. Un istoric cuprinzător medical și psihiatric;
4. Depistarea calitativă și cantitativă a substanțelor în sânge, în urină, respirație și teste de laborator pentru afecțiuni acute sau cronice care pot însoții consumul de substanțe;
5. Screening pentru boli infecțioase și alte boli frecvent întâlnite la persoane dependente de substanțe (de exemplu, virusul imunodeficienței umane [HIV], tuberculoză, hepatită);
6. Un istoric familial și social complet;
7. Preferințe individuale, motivații și bariere pentru tratament.

Conform Ghidului britanic (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017), o evaluare bună este esențială pentru inițierea și continuarea asistenței pacientului. și aici este subliniată importanța unei evaluări complexe și complete vizută ca un proces ce se întinde pe mai multe ședințe sau consultații, în funcție de motivele prezentării sau riscurile imediate, astfel încât pe măsură ce este completată evaluarea să poată fi adresate nevoile și preocupările imediate. Ariaile de interes în evaluarea persoanelor consumatoare de droguri sunt:

1. *Consum de alcool și droguri*
 - a. Consum de droguri (istoric consum, tipul de drog, cantitate și frecvență, pattern de consum, căi de administrare, simptome de dependență, sursa drogului (inclusiv preparare), medicație prescrisă și consum de tutun);
 - b. Consum de alcool (cantitate și frecvență, pattern de consum, dacă în cantități excesive sau moderate și simptome de dependență);
2. *Sănătate fizică și psihică*
 - a. Probleme fizice, inclusiv complicații ca urmare a consumului de droguri și/sau alcool, infecții și comportamente la risc, afecțiuni ale ficatului, abcese, supradoze, dacă suferă de dizabilități fizice severe, sănătate sexuală, sarcină;
 - b. Probleme psihologice, inclusiv probleme sau tulburări de personalitate, comportamente de auto-vătămare, istoric de abuz sau traumă, depresie și anxietate și comorbidități psihiatrice severe.
3. *Infracționalitate* – probleme juridice inclusiv arestări, amenzi, acuzații și mandate, probațiune, închisoare, acte de violență și activități infracționale etc.
4. *Funcționare socială*
 - a. Probleme sociale, inclusiv parteneri, violență domestică, familie, locuință, educație, angajare în muncă, beneficii și probleme financiare.

b. Probleme legate de copii, inclusiv parenting, sarcină, protecția copilului.

Ghidul britanic (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017) recomandă lucrul în echipă multidisciplinară coordonată de un profesionist cheie. Rezultatele evaluării sunt consemnate într-un raport care stă la baza discuțiilor și negocierilor cu pacientul vizavi de obiectivele de recuperare și planul de tratament.

II.1 EVALUAREA PSIHO-SOCIALĂ

Conform Ghidului britanic (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017) evaluarea pentru intervențiile psihosociale poate fi necesar să se desfășoare în mai multe întâlniri cu beneficiarul serviciului. Evaluatorul ar trebui să echilibreze obținerea de informații complete, cu creșterea angajamentului individului. Un mod de a realiza acest lucru este identificarea rapidă a obiectivelor de tratament care reflectă aspirațiile individuale pe termen scurt și lung.

Clinicianul trebuie să gestioneze cu atenție această etapă timpurie pentru a se asigura că oferă beneficiarului informații importante despre toate opțiunile principale, fără să pară că ignoră prioritățile actuale ale pacientului. Clinicienii ar trebui să lucreze în colaborare cu pacienții pentru a identifica opțiunile preferate dintr-un meniu pozitiv și flexibil, cu oportunități de a revizui deciziile ca parte a procesului în curs (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017).

Conform aceluiași ghid, profesioniștii cheie care evaluatează pacienții ar trebui să poată:

- Evalua aspirațiile, obiectivele și punctele forte (chiar dacă nu au nicio legătură cu drogurile)
- Identifică problemele (fizice, psihologice sau sociale) care pot prezenta riscuri pentru implicarea în tratament
- Evalua „pregătirea pentru schimbare” sau motivația și acționa într-un mod care are ca scop creșterea acestora
- Lua în considerare funcția (funcțiile) pe care consumul de droguri și/sau alcoolul le poate avea (de exemplu, heroina pentru a amortiza durerea emoțională sau stimulenții care permit implicarea în petrecerile sexuale).

Evaluarea punctelor forte

Recomandarea Ghidului britanic (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017) este de a identifica resursele care susțin recuperarea unei persoane. Resursele necesare vor fi diferite pentru fiecare persoană și de asemenea, vor fi diferite pentru inițierea tramentului pentru menținere sau pentru construirea schimbării. Acestea ar putea include:

- Resursele personale proprii (de ex. Abilități, niveluri de responsabilitate personală, sănătate mentală și fizică, statutul profesional și ocupații semnificative)
- Resursele personale legate de rețeaua socială (de exemplu, sprijinul și obligațiile față de familie, parteneri, copii, prieteni, colegi, comunitate locală)

- Factorii cheie în mediul lor social (de ex. Finanțe, cazare sigură și stabilă, stabilitatea ocupării forței de muncă)
- Resursele culturale (o extensie a resurselor individuale, cum ar fi valorile, credințele și atitudinile)
- Identificarea membrilor rețelei sociale a pacientului care ar putea fi implicați în procesul de tratament
- Evaluarea măsurii în care pacientul are contact regulat cu indivizii în recuperare
- Identificarea membrilor familiei care pot necesita la rândul lor, sprijin.

Evaluarea riscurilor

Evaluarea riscurilor este, conform Ghidului britanic (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017) o parte importantă a evaluării care poate ajuta la determinarea calendarului și a focalizării intervențiilor psihosociale. Riscurile specifice legate de consumul de droguri includ:

- supradozaj
- consum de droguri și alcool
- practici de injectare nesigure și practici sexuale la risc
- risc pentru sine și/sau pentru alții

Riscurile pentru copiii dependenți trebuie evaluate cât mai curând posibil după contactul cu serviciile. Scopul identificării riscurilor este de a dezvolta un plan de acțiune care să le acorde prioritate, să le reducă sau să le eliminate.

Pot exista riscuri care reprezintă o provocare serioasă pentru recuperarea persoanei. Este posibil ca accentul intervențiilor psihosociale să fie apoi pus pe abordarea unora dintre aceste riscuri ca prioritate, convenite cu utilizatorul serviciului. Cu toate acestea, clinicianul poate fi nevoie să țină cont de unele reticențe ale pacientului de a se implica pe deplin în tratament în anumite cazuri (de exemplu, în cazul în care există îngrijorări cu privire la copiii dependenți sau când oprirea injectării la risc nu este un obiectiv convenit). Gestionarea acestui lucru de către clinician necesită o anumită abilitate și sensibilitate care pot fi susținute de supravegherea clinică. (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017)

Recomandările Ghidului APA (Keleber et al, 2006) privind evaluarea subliniază că abordarea unui clinician în evaluarea unei tulburări de consum de substanțe va fi diferită în funcție de contextul în care o persoană se prezintă pentru tratament.

Astfel, o persoană care recunoaște prezența unei tulburări de consum de substanțe se poate prezenta de bună voie pentru tratament și poate fi supusă unei evaluări amănunțite. Cu toate acestea, mulți indivizi nu vor fi la fel de motivați, iar menținerea lor în tratament poate necesita adaptarea procesului de evaluare la nivelul lor de insight și motivație. De exemplu, persoanele cu dependență de benzodiazepine se vor prezenta adesea pentru tratamentul unei tulburări

de anxietate, dar nu au nici o motivație de a reduce consumul. În mod similar, persoanele cu tulburare bipolară se vor prezenta adesea cu o tulburare de consum de substanțe care apare simultan, dar pot să nu identifice sau să nu recunoască consumul substanței ca fiind problematic (de exemplu, consumul de alcool noaptea pentru a facilita debutul somnului). În astfel de cazuri, pot fi de ajutor eforturile psihoeducaționale pentru a ajuta individul să recunoască tulburarea de consum de substanțe ca o problemă. Aceasta poate implica extinderea fazei de evaluare în timp astfel încât clinicianul să poată adapta intervenția la stadiul particular de schimbare al pacientului.

Într-un scenariu alternativ, o persoană poate fi constrânsă să fie supusă unei evaluări de către membrii familiei frustrați sau de sistemul de justiție. Aceste persoane pot fi reticente în procesul de evaluare și nu au nici o motivație pentru a-și schimba comportamentul, în afară de prevederile familiei sau ale sistemului judiciar. În aceste condiții, clinicianul trebuie să încerce să stabilească o alianță cu individul pentru a fi privit mai degrabă ca o sursă valoroasă de informații și ajutor, decât ca o extensie punitivă a surselor de referință. Menținerea individului în tratament va avea, de asemenea, prioritate în tratarea tulburării, dar acest lucru nu este întotdeauna posibil. Poate fi necesară o evaluare completă a tulburărilor legate de consumul de substanțe în timp, cu detalii adăugate la imaginea inițială atunci când individul se simte mai confortabil să împărtășească informații pertinente cu privire la consum și mai motivați să contemplă schimbarea. Ghidul APA (Keleber et al, 2006)

Protocolul de evaluare psihologică a consumatorilor de droguri (Cicu G., Georgescu D., Moldovan A.M., Țintea G., 2008) recomandă un demers de evaluare psihologică ce cuprinde următoarele:

Evaluarea abilităților de autocontrol (resursele psihologice)

A) Încercări anterioare de tratament.

- Câte încercări a avut și când.
- Modalitatea (cu sprijin farmacologic, tipul de centru etc.).
- Rezultatul acestora: reușită sau eșec.
- Dificultăți apărute și strategii utilizate de a face față.
- Respectarea, adecvată sau nu a indicațiilor oferite de profesioniști.

B) Informații cu privire la sindromul de abstinență și la implicațiile includerii într-un program de tratament.

C) Temeri față de sindromul de abstinență și față de situațiile asociate urmării unui program de tratament. Abilități de a face față.

D) Motivația solicitării tratamentului.

E) Așteptări cu privire la rezultatele programului de tratament, serviciile oferite.

Evaluarea aparținătorilor (resurse sociale)

A) Informațiile pe care le are cu privire la: problema dependenței de droguri, procesul de

dezintoxicare și sindromul de abstență.

B) Abilități pentru exercitarea controlului în timpul dezintoxicării:

- a) Încercări anterioare în care a mai avut acest rol.
 - Rezultatul acestora: reușită sau eșec.
 - Depistarea consumului.
 - Evitarea situațiilor de risc.
 - Acțiuni față de comportamentele inadecvate ale beneficiarului (manipulare, agresivitate, minciună).
 - Alte comportamente care pot favoriza sau împiedica procesul (încurajare, observații exagerate, reproșuri).
 - Respectarea indicațiilor specialiștilor.
 - b) Date cu privire la îndeplinirea indicațiilor în încercarea prezentă.
 - c) Dificultăți anticipate și strategiile pentru rezolvarea acestora. Autoevaluarea propriei eficacități.
 - d) Motivația: hotărârea a fost din inițiativă proprie sau prin presiunea altor factori.
- C) Colaborare și implicare în programul de tratament.*
- D) Așteptări cu privire la rezultatul programului de tratament.*

Analiza topografică

A) Variabile de mediu:

1. Fizice (condiții de trai, cartier, disponibilitate bani/droguri)
2. Sociale (aspecte privind nivelul socio-economic, familia de origine, propria familie, destindere și timp liber, prieteni, resurse sociale comunitare)

B) Variabile subiective:

1. Socio-profesionale (formare academică, istoric professional, incidente legale)
2. Biologice (aspecte medicale – hepatită, HIV etc., aspect fizic – obiceiuri de igienă, îmbrăcăminte etc.)
3. Psihologice (istoricul consumului de droguri, încercări și perioade anterioare de abstență, motivație, autocontrol, rezolvarea de probleme, întăriri, abilități sociale, alte arii)

Cu referire la analiza topografică, Protocolul de evaluare psihologică a consumatorilor de droguri (Cicu G., Georgescu D., Moldovan A.M., Țintea G., 2008) menționează că prima evaluare se va axa pe analiza detaliată a variabilelor subiective. În situația în care în momentul realizării primei evaluări psihologice informațiile privind variabilele de mediu nu sunt disponibile (nu au fost evaluate de ceilalți specialiști din echipa multidisciplinară), se va avea în vedere și necesitatea culegerii acestor informații specifice.

Evaluarea motivației

Modelul Transteoretic al Schimbării dezvoltat de Prochaska și DiClemente face posibilă identificarea diferitelor niveluri de predispoziție pe care o persoană le poate arăta - etape ale schimbării - atunci când are în vedere modificarea comportamentului adictiv (DiClemente, Prochaska, Fairhurst, Velicer, Velásquez și Rossi, 1991; McConnaughy, Prochaska și Velicer, 1983; McConnaughy, DiClemente, Prochaska și Velicer, 1989; Miller și colab., 2003; Prochaska și DiClemente, 1982; 1992; Prochaska și Norcross, 2007).

Nivelul motivațional inferior corespunde etapei de precontemplare, în care nu există conștientizarea problemei și, prin urmare, nu există intenția de a modifica comportamentul de dependență. În mod progresiv, motivația pentru schimbare poate fi sporită prin dobândirea conștientizării problemei și dezvoltarea strategiilor necesare pentru a o depăși, inclusiv abilitățile de a depăși situații neprevăzute și recăderi.

Descrierea stadiilor motivaționale:

Precontemplare	<ul style="list-style-type: none">• Persoana aflată în acest stadiu poate fi conștientă de repercursiunile pe care le are respectivul comportament, însă minimalizează sau își justifică alegerea menținerii comportamentului problematic având în prim plan avantajele acestuia.• Nu există o dorință de modificare a comportamentului și nici angajament deoarece nu consideră că are probleme sau consideră că le poate controla.• De obicei sunt persoane neinformate despre problema lor sau persoane care se opun activ informării.• Apeleză la ajutor sub presiunea unor factori externi (familie, probleme legale etc.), având ca obiectiv diminuarea sau dispariția presiunii, chiar temporar, însă o dată ce presiunea externă este diminuată, reia imediat comportamentul anterior.• Consideră că problemele sale se datorează unor factori ca: familia, societatea, destinul etc.
-----------------------	---

Contemplare	<ul style="list-style-type: none"> În acest stadiu persoana devine mai conștientă de impactul comportamentului adictiv, însă este încă nehotărâtă dacă merită efortul pentru a face schimbarea. Manifestă ambivalență crescută față de schimbare (deși este conștientă și vorbește despre consecințele negative, în egală măsură este conștientă și de beneficiile comportamentului problematic). Discursul este centrat mai mult spre trecut. Persoană poate lua în considerare schimbarea „cândva”, „la un moment dat”. Nu este deocamdată pregătită să facă un angajament ferm în schimbare. Face eforturi pentru a înțelege problema pe care o are, cauzele acesteia, consecințele și eventual posibilitățile de schimbare și manifestă nevoie de a vorbi despre asta.
Pregătire	<ul style="list-style-type: none"> Începe să vadă că este responsabilă pentru alegerile sale și că are puterea de a lua decizii care să îi schimbe viața. Apare decizia de a se angaja în schimbare, realizând chiar mici pași în acest sens. Se informează asupra mijloacelor care îl pot ajuta în procesul de schimbare. Apare „angajamentul în schimbare”. Asta va conduce intenția și eforturile pacientului într-o formă coerentă. Reevaluarea personală este centrată mai mult pe viitor și mai puțin pe trecut.
Acțiune	<ul style="list-style-type: none"> Apar schimbări majore de comportament (nu doar abstinență) și de mediu în sensul schimbării dorite. Acest stadiu presupune un angajament important și o cantitate considerabilă de timp și energie. Stări de craving frecvente. Implică schimbările de comportament cele mai evidente.

Menținere	<ul style="list-style-type: none"> • Încearcă să conserve și să consolideze reușitele semnificative realizate în stadiile anterioare. • Încearcă prevenirea potențialelor recăderi. • Acest stadiu este marcat de frica de recădere și de frica de schimbare, poate crea un stil de viață excesiv rigid și structurat, persoanele comportându-se ca și când orice schimbare a noilor reguli de comportament poate implica o recădere. • Nu poate fi stabilit dacă acest stadiu este urmat de etapa următoare de finalizare sau dacă putem vorbi doar despre un stadiu de menținere a schimbării "pe viață".
------------------	---

Recăderea

Majoritatea persoanelor nu pot susține imediat schimbările pe care încearcă să le facă și se întorc la consum după o perioadă de abstinență. Aceste experiențe de recădere pot ajuta în procesul de schimbare fiind considerate experiențe de învățare: poate unele obiective au fost nerealiste, sau unele strategii s-au dovedit a fi ineficiente sau au existat anumiți factori de mediu care nu au fost luați în considerare. Recăderea atrage după sine reluarea ciclului în unul din stadiile anterioare (nu neapărat menținere sau acțiune, adeseori contemplare. Uneori pot ajunge chiar în precontemplare (temporar descurajați sau fără dorință de a încerca din nou schimbarea)).

II.2. INSTRUMENTE DE EVALUARE

Instrumentele de evaluare în dependență de droguri sunt numeroase. În ultimii zece ani a avut loc o dezvoltare puternică în acest domeniu și în prezent ne aflăm într-un moment în care utilizarea acestora începe să se generalizeze.

Institutul Național privind Alcoolul și Alcoolismul din SUA (National Institute for Alcohol and Alcoholism – NIAAA) pe pagina să web (<http://www.niaaa.nih.gov/>) prezintă o listă de 89 de instrumente, majoritatea dedicate ariei consumului de alcool, clasificate în funcție de tipul de populație spre care sunt orientate (adulți vs adolescenți) și ținând cont de obiectivul evaluării (*screening*, diagnostic, evaluarea comportamentului de consum, planificarea tratamentului, evaluarea tratamentului și procesului acestuia și evaluarea rezultatelor). La rândul său, Observatorul European pentru Droguri și Toxicomanii (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction – EMCDDA) a realizat un proiect de colectare a instrumentelor utilizate

în evaluarea programelor de prevenire și de tratament, plecând de la revizuirea bibliografiei internaționale în domeniu (Burkhart, 2000). Dintr-un total de 250 de instrumente identificate, după revizuirea caracteristicilor și calității științifice și psihometrice au fost selecționate în jur de 150 care au fost incluse într-o bază de date (Evaluation Instrument Bank – EIB) accesibilă pe pagină web <http://www.emcdda.org>. Instrumentele adunate sunt grupate pe două mari domenii:

- 1) cele dedicate evaluării programelor de prevenire, în total 24 clasificate în cinci arii de acțiune
- 2) cele destinate tratamentului, unde sunt grupate 124 instrumente corespunzătoare unui număr de cinci arii de evaluare diferite: costuri (1), necesități (58), rezultate (18), proces (42) și satisfacție (5).

Fiecare dintre aceste instrumente este însotit de o fișă tehnică completă în care sunt descrise detaliat caracteristicile acestora. Unele dintre instrumente pot fi regăsite în mai multe limbi și instrumentul poate fi accesat gratuit.

Este dificil de identificat o formă optimă de clasificare sistematică a ansamblului de instrumente de evaluare existente. La o primă aproximare, după criteriul obiectului și ariei de evaluare, putem clasifica aceste instrumente în două mari grupe: cele care se utilizează fundamental în evaluarea clinică și cele care se utilizează în evaluarea programelor. În primul caz, este vorba despre instrumente orientate spre evaluarea pacienților cu tulburări legate de consumul de substanțe; abordează diverse arii și au diverse medii de aplicare. Deși multe dintre acestea se utilizează și în construirea indicatorilor pentru evaluarea programelor, există unele instrumente specifice în acest scop și pe acestea ne vom centra în continuare având în vedere obiectivele monografiei și conținuturile lucrărilor care o compun.

Prin *evaluare clinică* înțelegem un proces amplu și global care implică diverse aproximări valorative. Miller, Westerberg și Waldrog (1995) disting în cadrul procesului de evaluare șase funcții distincte, dar complementare între ele: *screening*, *diagnostic*, *evaluare*, *motivare*, *planificare* și *monitorizare*. Fiecare dintre aceste funcții poate fi acoperită prin utilizarea instrumentelor de evaluare specifice. În cadrul fiecărui grup, toate au același obiectiv sau aria de evaluare, deși pot差别 prin alte aspecte structurale (de ex.: complexitate, tipul de administrare etc.) (Il Castillo și FG Saiz, 2002).

a) Instrumente de screening

Screeningul are ca obiectiv depistarea „potențialelor cazuri” de consum sau dependență de substanțe. Consta într-o procedură scurtă și în general este efectuată de către serviciile de asistență primară sau ca parte a programelor epidemiologice (Cooney, Zweben și Fleming, 1995). Modelul tradițional, denumit „identificarea cazurilor” sau „screening pentru depistarea tulburării” constă în aprecierea indivizilor aparent sănătoși pentru identificarea celor care au simptome inițiale sau avansate de dependență de substanțe.

Există un număr mare de instrumente de screening, atât pentru populația adultă, cât și pentru adolescenți. Printre cele mai cunoscute sunt *CAGE* (Ewing, 1984), *Chestionarul Scurt pentru Alcoolici* (CBA sau KFA) al lui Feuerlein (1976) și *Michigan Alcoholism Screening Test*, MAST (Selzer, 1971). Dintre instrumentele mai recente de screening pentru alcoolism menționăm *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) al lui Babor și Grantz (1989), o scală cu 10 itemi care și-a dovedit consistența internă, fiabilitatea și validitatea predictivă față de criteriile DSM V de abuz și dependență (Martinez Delgado, 1996). *CAGE – AID* (Brown, 1992) este o adaptare a instrumentului *CAGE* pentru screeningul consumului de alte droguri.

b) Instrumente de diagnostic

Cea de-a doua funcție a evaluării clinice ar fi cea de *diagnosticare a cazului*, înțeleasă ca procedură prin care se determină prezența simptomelor și semnelor de abuz/uz nociv sau dependență după criteriile nosologice cele mai acceptate (DSM-V și ICD-10). Atribuirea categoriei de diagnostic „dependență de substanță” este un pas necesar în cadrul procesului de evaluare clinică, dar nu și suficient deoarece aduce puține date pentru organizarea tratamentului. Adeseori este omisă validitatea aspectului dimensional al acestui diagnostic (ca indice al severității dependenței) și necesitatea de a fi realizat ca pas anterior stabilirii diagnosticului de patologie duală.

Instrumentele de referință pentru diagnosticul de dependență sunt interviurile clinice standardizate, construite plecând de la criteriile sistemelor nosologice ale Asociației Americane de Psihiatrie (DSM V) și ale Organizației Mondiale a Sănătății (ICD). Acestea se diferențiază prin gradul de structurare.

Interviurile clinice structurate sunt caracterizate prin faptul că au întrebări și răspunsuri închise, ceea ce permite utilizarea acestora de către persoane care nu sunt specialiste, dar care sunt formate. Dintre aceste instrumente enumerăm: *Diagnostic Interview Schedule* (DIS) (Robins et al., 1981), *Composite Internațional Diagnostic Interview* (CIDI) (Robins et al., 1988) și modulul acestuia pentru droguri, *CIDI – SAM* (Cottler et al.).

Interviurile Clinice Semistructurate implică o apreciere/judecată clinică și este necesară formarea în psihopatologie precum și o formare clinică pentru gestionarea acestora. Dintre acestea menționăm: *Structured Clinical Interview* (SCID-R) (Spitzer et al., 1988) și *Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry* (SCAN) (Wing et al., 1990).

În cadrul acestui grup putem include o serie de instrumente care nu sunt strict de diagnosticare în sensul pe care l-am atribuit aici (deși uneori se confundă). Sunt scale de evaluare care în general măsoară „severitatea dependenței” mai mult sau mai puțin apropriate de criteriile nosologice cele mai acceptate. Urmează un model dimensional al evaluării (de la severitatea cea mai mică până la cea mai mare) față de modelul categorical care urmează criteriile de diagnostic („este cazul” sau „nu este cazul” dependenței). În orice caz, acestea sunt relative, deoarece unele dintre aceste scale au o funcție de examinare (în funcție de analiza validității realizate: concurrentă sau discriminatorie) și pe de altă parte secțiunile cu privire la droguri din SCAN oferă așa numitul Indice de Definiție (aprecierea severității dependenței). Există un număr mare de instrumente care fac parte din această grupă. Merită să cităm *Severity of Dependence Scale* (SDS) (Gossop et al., 1995) și *Leeds Dependence Questionnaire* (LDQ) (Raistrick et al., 1994).

c) Instrumente pentru evaluarea problemelor relaționate cu consumul de substanțe

Aceste instrumente urmăresc realizarea unei estimări a gradului în care consumul de substanțe a afectat un ansamblu de dimensiuni sau arii de funcționare ale subiectului, cum ar fi starea generală de sănătate, probleme laborale, familiale, legale, psihologice, calitatea vieții etc. Majoritatea instrumentelor de evaluare a dependenței de droguri fac parte din acest grup.

În cadrul acestora putem stabili diferența dintre instrumente *multidimensionale* sau generale și *unidimensionale* sau specifice. Primele au un anumit nivel de complexitate, fiind compuse din mai multe subscale, fiecare dintre acestea măsurând o dimensiune diferită. Instrumentele unidimensionale sunt scale de evaluare care apreciază severitatea problemelor specifice relaționate cu consumul (familiale, profesionale, psihologice etc.).

Interviurile multidimensionale, care pot fi pentru adulți sau pentru adolescenți, sunt clasificate la rândul lor în funcție de gradul de structurare. Dintre cele *semistructurate* sunt cunoscute *Addiction Severity Index* (ASI) (McLellan et al., 1985, 1992), *Opiate Treatment Index* (OTI) (Drake et al., 1992) și *Maudsley Addiction Profile* (MAP) (Marsden et al., 1998). La rândul său, *Individual Assessment Profile* (IAP) (Flynn et al., 1995) ar fi un alt exemplu de interviu clinic structurat și multidimensional. În cadrul acestui grup putem include *instrumentele multidimensionale de culegere de date*. Acestea sunt interviuri structurate care evaluează diferite aspecte și probleme relaționate cu consumul de droguri, grupate pe arii, dar care nu sunt compuse din scale de evaluare (adică nu există un „punctaj final” pentru fiecare dimensiune). Dintre acestea menționăm *Encuesta sobre Consumidores de Heroína en Tratamiento* (ECHT) (PNSD, 1996).

d) Instrumente pentru diagnosticarea comorbidității psihiatriche (diagnostic dual)

În general, scalele specifice și secțiunile corespunzătoare instrumentelor multidimensionale care măsoară aspectul sau starea psihologică relaționată cu consumul de substanțe (de ex.: GHQ-28, SCL-90 etc.) sunt scale dimensionale de afectare globală și scopul acestora nu este stabilirea de categorii diagnostice de comorbiditate (patologie duală). Deoarece determinarea acesteia nu intră nici în conceptul de „diagnostic de caz” pe care l-am utilizat aici (prezența criteriilor de dependență), înțelegem că diagnosticul de patologie duală și explorarea altor comportamente addictive (non chimice) trebuie incluse ca segment independent, dar în cadrul procesului de evaluare clinică a pacientului cu o tulburare addictive. Rounsville (1992; 1993) propune luarea în considerare a unei anumite perioade de abstinență înainte de confirmarea validității simptomelor psihopatologice observate, având în vedere că simptomatologia produsă prin deprivarea de substanțe poate conduce la importante confuzii de diagnostic.

În cadrul acestui grup vom include interviurile clinice structurate și semistructurate pe care le-am văzut deja în paragraful b) dar în versiunea lor completă (DIS, CIDI, SCID-R și SCAN). Avantajul acestor instrumente este *exhaustivitatea*, deoarece permit definirea prezenței diferențelor tulburări psihiatricice pe care le-ar putea avea subiectul, pe lângă cele relaționate cu consumul de droguri. Totuși, aplicarea acestora în cazul concret al evaluării comorbidității psihiatricice la pacienții cu dependență de substanțe, prezintă inconvenientul *excluderii mutuale*. Ceea ce înseamnă că evaluează fiecare diagnostic independent, astfel încât este dificil de precizat dacă o tulburare psihiatrică este anterioară (primară) sau este indusă de consum. Pentru a răspunde la această întrebare va trebui să ținem cont de profilul de consum al subiectului și de relația fiecărei tulburări cu acest profil deoarece pentru diagnosticul de patologie duală sunt la fel de importante și instrumentul, dar și procedura de evaluare (Weiss, Mirin și Griffin, 1992). În orice caz, unele dintre aceste instrumente au prezentat probleme. Astfel, *Diagnostic Interview Schedule* (DIS) (Robins et al., 1981) tindea spre supradiagnosticarea tulburărilor psihiatricice la pacienții cu abuz sau dependență de alcool (Goethe și Ahmadi, 1991) și SCID prezenta o gravă problemă; lipsa stabilității temporale și a fiabilității test – retest a tulburărilor psihiatricice comorbide (Williams et al., 1992; Ross, Swinson și Doumani, 1995).

Un instrument de generație nouă creat special pentru diagnosticul comorbidității și patologiei duale este *Psychiatric Research Interview for Substance and Mental Disorders* (PRISM și PRISM-IV) (Hasin et al., 1996). Este vorba despre un interviu semistructurat care evaluează tulburările de pe axele I și II ale DSM-V cu o prevalență mai mare la populația dependentă de droguri. Începe cu diagnosticul tulburărilor relaționate cu substanțele și cu stabilirea unei linii evolutive a patternurilor de consum, astfel încât simptomele și sindroamele psihiatricice pe care le-ar putea prezenta pacientul contrastează substanțial cu această linie, în scopul stabilirii dacă sunt tulburări primare sau induse de consum. Este foarte posibil ca PRISM să ajungă să se

transforme într-un instrument de referință pentru diagnosticul de patologie duală, cel puțin pentru investigații. În orice caz, pentru diagnosticul de patologie duală sunt la fel de importante și instrumentul, dar și procedura de evaluare (Weiss, Mirin și Griffin, 1992).

e) Instrumente pentru evaluarea aspectelor motivaționale și de dispoziție

În cadrul acestei grupe vom include un ansamblu de instrumente pentru evaluarea atributelor cognitive sau cognitiv-comportamentale relaționate cu dependența. O mare parte dintre instrumentele de măsură folosite în dependență de droguri fac parte din această grupă. Dintre aspectele ce trebuie evaluate sunt: stadiul schimbării, motivația pentru schimbare, balanța decizională, aşteptările cu privire la autoeficacitate, nivelul de competență situațională față de situații de risc, analiza episoadelor de recădere etc. Merită să menționăm printre altele *University of Rhode Island Change Assessment* (URICA) (McConaughy et al., 1989), *Situational Confidence Questionnaire* (SCQ) (Annis, 1987) și *Drug-Taking Confidence Questionnaire* (DTCQ) (Annis și Martin, 1985).

Evaluarea clinică în dependență de droguri este o necesitate resimțită de fiecare dată mai mult de clinicieni și cercetători. Interesul pe care îl suscătă instrumente multidimensionale cum ar fi ASI și OTI derivă din utilitatea lor practică, fiind unele dintre instrumentele care acoperă cele mai multe funcții în evaluarea clinică și evaluarea programelor. *Aplicațiile clinice* pot fi de cinci tipuri: *funcții de evaluare, de diagnostic, de prognosticare, de planificare a tratamentului și de monitorizare clinică*. Utilitatea diagnostică derivă din capacitatea acestora de a stabili un profil al *stării* pacientului pe dimensiunile cele mai frecvent relaționate cu consumul de droguri (înțeles ca nivel de severitate sau deteriorare).

De asemenea, au o *utilitate de evaluare „multidimensională”*, în sensul că fiecare dintre scalele lor poate detecta diferențiat o arie disfuncțională, susceptibilă unei evaluări extinse, cu instrumente mai extinse și specifice. Pe de altă parte și în virtutea evidențelor acumulate prin studii de urmărire, punctajele totale ale fiecărei scale în parte oferă o *estimare prognostică generală* a evoluției cazului. De asemenea, au capacitatea de a depista necesitățile de intervenție în fiecare dintre arii, pe care se bazează *planificarea tratamentului*. În sfârșit, una dintre aplicațiile cele mai interesante este în cîmpul *evaluării clinice (urmărirea cazului)* ce permite aprecierea rezultatelor pe care le-a avut tratamentul asupra pacienților în diferite dimensiuni.

Pe de altă parte, aceste instrumente au o importantă aplicabilitate în *evaluarea programelor*, deoarece informațiile clinice individuale, agregate și sintetizate prin intermediul *indicatorilor de rezultat*, constituie baza *sistemelor de monitorizare a rezultatelor* care, la rîndul lor, reprezintă instrumentul fundamental aflat în serviciul *programelor de îmbunătățire continuă a calității asistenței*.

În ceea ce privește selecția instrumentelor ce trebuie utilizate, situația ideală ar fi selecționarea unui grup de instrumente de bază pentru utilizarea clinică (de comun acord cu întreaga echipă) și care la rîndul lor ar putea obține informații suficiente pentru derivarea indicatorilor pentru evaluarea programului.

În consecință, rezultă indispensabilă formarea profesioniștilor în utilizarea clinică a acestor instrumente și, mai ales, aplicarea sistematică și de rutină în serviciile de asistență a consumatorilor de droguri.

G. Cicu et. Al, 2007, după I.I. Castillo și F.G. Saiz, 2002.

II.3. MANAGEMENTUL DE CAZ

Conform Standardelor Sistemului Național de Asistență Medicală, Psihologică și Socială a Consumatorilor de Droguri (Agenția Națională Antidrog, 2005), dat fiind faptul că dependența afectează atât de multe fațete ale vieții consumatorului este necesar un complex de servicii care să promoveze recuperarea și să permită pacientului să se integreze în societate ca individ sănătos, liber de drog. Acest complex trebuie să fie creat astfel încât să determine angajament și motivație prin intermediul unor servicii de asistență adecvate nevoilor (problematicii) depistate în urma evaluării. Asistența trebuie structurată astfel încât să asigure tranziția ușoară de la un serviciu la altul sau de la un nivel de intensitate la altul, în scopul evitării golorilor ocasionate de aceste schimbări și să răspundă rapid la potențialul de risc de recădere. Managementul de caz reprezintă resursa menită să ajute la îndeplinirea acestora.

Managementul de caz oferă pacientului un punct unic de contact cu sistemul de servicii medicale, psihologice și sociale, oferind pacientului continuitate. Funcțiile cuprinse de managementul de caz – evaluare, planificare, stabilirea legăturilor, monitorizare și advocacy – trebuie întotdeauna adaptate nevoilor individuale ale consumatorilor, dar și particularităților unei structuri organizatorice de asistență sau ale unui serviciu.

Managementul de caz poate fi implementat de către o persoană care își dedică activitatea exclusiv sprijinirii pacientului spre a accesa resursele necesare – un manager de caz - sau de către un profesionist care are această responsabilitate pe lângă funcțiile de terapie și consiliere psihologică.

O abordare asemănătoare recomandă și Ghidul britanic (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017) care menționează necesitatea unui profesionist-cheie în oferirea serviciilor pentru consumatorii de droguri. Lucrătorul cheie este cel care menține contactul cu pacientul, sprijină și coordonează procesul de evaluare, discută cu pacientul planul de tratament, asigură constant revizuirea acestuia și a obiectivelor împreună cu pacientul, oferă informații și sfaturi, intervenții pentru reducerea riscurilor asociate consumului de droguri (în special riscul de supradoză și infecții), intervenții psihosociale pentru creșterea motivației sau prevenirea recăderilor, oferă sprijin în întâmpinarea problemelor sociale (ex. Probleme familiale, locuință, angajare), asigură legătura cu alte servicii sau resurse relevante din mediul pacientului său din comunitate.

În serviciile de tratament specializate pentru dependențe, profesionistul-cheie face parte din echipa multidisciplinară și este responsabil pentru coordonarea asistenței atunci când există mai mulți clinicieni sau servicii implicați în tratament, de exemplu un pacient care primește intervenții psihosociale din partea unui psiholog pentru anumite probleme în timp ce se află în tratament în cadrul unui program de menținere cu metadonă și are ședințe periodice cu profesionistul-cheie.

Intervențiile psihosociale utilizate includ: oferirea de informații și suport pentru probleme sociale; reducerea riscurilor asociate consumului de substanțe; interviu motivational și alte tehnici pentru creșterea motivației; prevenirea recăderilor și altele.

III. TRATAMENTUL PSIHOSOCIAL ÎN TULBURĂRILE LEGATE DE CONSUMUL DE SUBSTANȚE

III.1. Aspecte Generale

Conform recomandării Ghidului britanic (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017) orice tratament pentru dependență de substanțe trebuie să conțină o componentă psihosocială. Adeseori persoanele consumatoare de droguri prezintă o varietate de probleme de sănătate și probleme sociale, astfel încât intervențiile psihosociale cuprind o gamă extinsă de acțiuni terapeutice, de la psihoterapie (ex. Terapie cognitiv comportamentală, terapie de familie) până la consiliere pentru susținerea altor tipuri de intervenții.

Ghidul britanic (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017) precizează că deciziile clinice pentru oferirea intervențiilor psihosociale depind de evaluarea nevoilor. De asemenea, dovezile bazate pe cercetări pot oferi indicații cu privire la populațiile care ar putea beneficia de intervenții psihosociale specifice. De exemplu, gestionarea contingentelor poate fi un instrument util pentru a încuraja pacienții să respecte programele de prevenire sau pentru a aborda problemele de sănătate fizică, cum ar fi vaccinarea împotriva hepatitei B. Decizia, dacă unei persoane i se va oferi o intervenție psihosocială formală, ar trebui făcută în discuții atente cu individul și cu întreaga echipă clinică, iar profesionistul-cheie ar trebui să solicite sfaturi de la specialiști în domeniu, atunci când este necesar. Este probabil ca marea majoritate a indivizilor să nu primească intervenții psihosociale formale la un moment dat. De exemplu, poate în jur de 30% dintre persoanele care participă la programe de menținere cu metadonă pot beneficia de o intervenție psihosocială formală pentru a aborda comportamentul de injectare sau pentru a opri abuzul de cocaină, în anumite momente din îngrijirea lor. În schimb, intervențiile psihosociale formale ar putea fi considerate ca o primă opțiune pentru toți indivizii care iau în considerare abstența de la cocaină. În mod similar, o minoritate a consumatorilor de droguri poate necesita intervenții psihosociale axate pe cupluri sau familii.

Grupurile de autoajutor și de ajutor reciproc (cum ar fi Narcoticii anonimi) ar trebui recomandate pentru toți consumatorii de droguri care doresc să obțină și să mențină abstinență. Este alegerea pacienților dacă participă la aceste grupuri în afara serviciilor formale de tratament. Intervențiile psihosociale pot fi vizate pentru a aborda diferite substanțe de abuz. În cazul consumului de anumite substanțe, intervențiile psihosociale sunt singurul tratament disponibil (ex. Cocaină). (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017).

Ghidul britanic (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017) subliniază importanța deosebită a alianței terapeutice în oferirea oricărei intervenții cu atât mai mult în cazul intervențiilor terapeutice. De asemenea, un alt aspect important este legat de competențele cheie ale clinicianului care contribuie la tratamentul pacientului: abilitatea de a angaja un pacient, abilitatea de a construi încredere și de a adopta un stil personal care este în concordanță cu cel al pacientului, capacitatea de a regla natura intervenției în funcție de capacitațile pacientului, capacitatea de a face față emoțiilor dificile, de a înțelege și lucra cu contextul emotional al pacientului, și cu motivația acestuia.

III.2. Obiectivele tratamentelor psihosociale

Conform Ghidului APA (Kleber et al, 2006), tratamentele psihosociale pentru tulburările legate de consum de substanțe au ca scop contracararea consumului compulsiv de substanțe, aducând modificări în comportamentele pacienților, procesele gândirii și influențând reglarea și funcționarea socială. Deși tehniciile și teoriile acțiunilor terapeutice variază mult în funcție de diferențele abordării, toate se raportează la una sau mai multe sarcini dintr-un set comun:

- 1) Creșterea motivației pentru a opri sau reduce consumul de substanțe,
- 2) Învățarea abilităților de coping,
- 3) Schimbarea contingențelor de întărire,
- 4) Încurajarea gestionării afectelor dureroase,
- 5) Îmbunătățirea sprijinului social și a funcționării interpersonale.

De asemenea, Ghidul APA (Kleber et al, 2006) subliniază importanța tratamentelor psihosociale pentru multe aspecte ale procesului de recuperare. Astfel, susținerea motivației este necesară pentru a renunța la recompensele consumului de substanțe, pentru a tolera disconfortul simptomelor de sevraj precoce și prelungite și să adune energia pentru a evita recădere, în ciuda episoadelor de craving care pot apărea de-a lungul vieții. Abilitățile de coping sunt necesare pentru a gestiona și evita situațiile care pun individul la risc crescut de recădere. Surse alternative de recompensă sau ameliorare a simptomelor trebuie căutate și utilizate pentru a înlătura consumul de substanțe. Afectele disforice, cum ar fi furia, tristețea sau anxietatea, trebuie gestionate în moduri care nu implică consumul continuu de substanțe. Trebuie dezvoltate sau reparate relațiile sociale care susțin recuperarea.

Pacienții cu tulburări de consum de substanțe variază foarte mult în funcție de nevoia pe care o au în fiecare din aceste aspecte ale recuperării, iar intervențiile scurte sau metodele de autoajutor pot fi suficiente pentru recuperarea pacienților extrem de motivați, cu o bună funcționare interpersonală și sprijin social. Cu toate acestea, niciunul dintre aceste procese nu se poate presupune că are loc pur și simplu ca urmare a dezintoxicării sau administrării de medicamente. Este esențial ca aceste aspecte psihosociale ale recuperării să fie evaluate în timpul planificării tratamentului, pentru a determina necesitatea tratamentelor comportamentale. (Ghidul APA, Kleber et al, 2006)

III.3. Relația dintre tratamentele psihosociale și cele farmacologice în tulburările legate de consumul de substanțe

Conform Ghidului APA (Kleber et al, 2006) utilitatea farmacoterapiei pentru tulburările de consum de substanțe poate fi limitată, cu excepția cazului în care sunt administrate cu psihoterapie adjuvantă. De exemplu, menținerea cu naltrexonă pentru dependența de opioace este afectată de rate mari de abandon precoce care pot fi diminuate prin terapie comportamentală sau de familie, concomitent. Fără psihoterapie complementară, utilitatea disulfiramului poate fi limitată, în parte datorită ratelor scăzute de aderență la medicație; cu toate acestea, eficiența sa poate fi sporită atunci când este oferită în contextul unui contract cu un membru al familiei sau a unei alte persoane semnificative.

Tratamentul de menținere cu metadonă pentru dependența de opioace este tratamentul

farmacologic cel mai de succes al unei disocieri de consum de substanțe, cu dovezi substanțiale ale impactului său asupra menținerii în tratament și a asocierii cu reducerea consumului de opiate și a activității ilegale. Cu toate acestea, eficacitatea programelor variază mult în raport cu calitatea și cantitatea serviciilor psihosociale auxiliare prestate. Mai mult, McLellan și colab. au arătat că menținerea cu metadonă are rezultate acceptabile doar pentru o mică parte din pacienți și că rezultatul este îmbunătățit proporțional cu intensitatea serviciilor psihosociale concomitente. Mai recent, o metaanaliză a confirmat că o combinație între tratamentul psihosocial și cel de menținere cu metadonă produceau reduceri mai mari ale consumului de heroină la persoanele dependente de opioide decât tratamentul de menținere cu metadonă. (Ghidul APA, Kleber et al, 2006)

Ghidul APA (Kleber et al, 2006) argumentează utilizarea intervențiilor psihoterapeutice în abordarea limitărilor farmacoterapiilor pentru tulburările de consum de substanțe astfel:

- 1) medicamentele afectează frecvent doar o parte din sindromul dependenței de substanțe, lăsând neatinse alte aspecte (de exemplu, impactul limitat al metadonei în combaterea deficiențelor sociale care rezultă din consumul de substanțe prelungite înainte de intrarea în tratament a unui pacient); de asemenea, majoritatea medicamentelor au efecte variabile sau parțiale asupra simptomului țintă;
- 2) efectele secundare sau efectele întârziate ale medicamentelor pot limita acceptabilitatea și aderența;
- 3) medicamentele vizează de obicei o singură clasă de substanțe, în timp ce abuzul de substanțe multiple este normă în populațiile din tratament;
- 4) reușitele obținute în timpul luării medicamentului tind să se diminueze atunci când tratamentul este întrerupt, în timp ce vulnerabilitatea la recădere este pe toată durata vieții.

Strategiile psihosociale pentru combaterea acestor limitări și îmbunătățirea eficacității farmacoterapiei includ:

- creșterea motivației unui pacient de a opri consumul de substanțe prin luarea medicamentelor prescrise,
- oferirea de îndrumări pentru pacient în utilizarea medicației și gestionarea efectelor secundare ale acesteia,
- menținerea motivației pacientului de a continua medicația după obținerea unei perioade inițiale de abstență,
- oferirea unei relații terapeutice susținute, care vizează prevenirea întreruperii premature a medicației,
- ajută pacientul să dezvolte abilități pentru a se adapta la o viață fără consumul de substanțe.

Importanța tratamentelor psihosociale este consolidată de recunoașterea faptului că există puține farmacoterapii eficiente pentru tulburările consumului de substanțe și că, în cea mai mare parte, aceste terapii sunt limitate la tratamentul dependenței de opioide, alcool și nicotină. Farmacoterapii eficiente pentru dependența de cocaină și de alți stimulanți, marijuana, halucinogene și sedative-hipnotice nu au fost încă dezvoltate. Pentru persoanele care abuzează de acestea din urmă, terapiile psihosociale rămân principalele tratamente. (Ghidul APA, Kleber

et al, 2006)

În egală măsură, Ghidul APA (Kleber et al, 2006) subliniază rolul farmacoterapiei în creșterea eficacității psihoterapiei. Aceste două tratamente au mecanisme diferite de acțiune și efecte ținute care pot contracara punctele slabe ale fiecărui tratament singular. Psihoterapiile schimbă efectul prin mijloace psihologice în aspectele psihosociale ale consumului de substanțe, cum ar fi motivația, abilitățile de a face față, gândurile disfuncționale sau relațiile sociale. Punctele slabe ale acestor tratamente includ un efect limitat asupra aspectelor fiziologice ale consumului sau sevrajului de substanțe. De asemenea, impactul tratamentelor comportamentale tinde să fie întârziat, necesitând practică, sesiuni repetitive și un proces „de lucru”. În schimb, puterea relativă a tratamentelor farmacologice este acțiunea lor rapidă în reducerea simptomelor de sevraj, a cravingului și a efectelor recompensatoare ale consumului continuu de substanțe. De fapt, farmacoterapiile pentru tulburările de consum de substanțe reduc accesul imediat al pacienților și preocuparea pentru substanță, eliberând pacientul astfel încât să se poată adresa altor preocupări, precum obiectivele pe termen lung sau relațiile interpersonale. Când medicamentele sunt utilizate în asociere cu psihoterapia, rata abandonului terapiei este redusă, deoarece pofta pacientului de a consuma și recăderea în consum este atenuată de efectele medicației. În plus, o durată mai lungă de abstinență poate spori și mai mult eficacitatea psihoterapiei prin prevenirea efectelor substanței asupra atenției și a acuității mintale, maximizând astfel capacitatea pacientului de a învăța noi comportamente în terapie.

Datorită acțiunilor complementare ale psihoterapiei și farmacoterapiei, tratamentul combinat are o serie de avantaje potențiale. Deși factori precum acceptarea pacientului pot limita utilizarea abordărilor combinate, este important de menționat că pentru tratamentul tulburărilor de consum de substanțe, niciun studiu nu a demonstrat că tratamentele combinate sunt mai puțin eficiente decât psihoterapia sau farmacoterapia. (Ghidul APA, Kleber et al, 2006).

III.4. ABORDĂRI TERAPEUTICE

Cele mai importante tratamente psihoterapeutice care au fost studiate la pacienții cu tulburări ale consumului de substanțe sunt terapiile cognitiv comportamentale, comportamentale, psihodinamice/interpersonale, și cele orientate pe recuperare. O cantitate din ce în ce mai mare de date din studii clinice controlate privind eficacitatea sugerează că psihoterapia este superioară ca tratament pentru pacienții cu tulburări legate de consum de substanțe, față de grupul de control. Totuși, niciun tip de psihoterapie nu s-a demonstrat în mod consistent superior față de alte psihoterapii folosite activ pentru tratarea tulburărilor datorate consumului. Chiar și psihoterapiile scurte, comparativ, par a avea efecte durabile la pacienții cu tulburări datorate consumului. (Ghidul APA, Kleber et al, 2006)

Multe intervenții pot fi furnizate fie în grup, fie individual. Intervențiile de grup pot fi utile și o modalitate bună de a oferi îngrijire eficientă unui număr mai mare de pacienți. Totuși există reticențe mari în rândul pacienților vizavi de acest format. Ghidul britanic (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017) sugerează atenuarea preocupărilor legate de expunerea la grup prin organizarea unor sesiuni de simulare, informare sau sesiuni introductory și asigurarea existenței unor intervenții alternative individuale.

Ghidul NICE privind intervențiile psihosociale în abuzul de droguri (NICE, 2007a) identifică o serie de tratamente psihosociale formale ca având o bază de dovezi de înaltă calitate: Intervențiile

motivaționale de scurtă durată, Managementul contingențelor, Terapia comportamentală de cuplu, Terapia de familie, Abordările de tip autoajutor sau ajutor mutual. În același timp, subliniază faptul că absența dovezilor empirice pentru eficacitatea unei anumite intervenții nu este același lucru cu dovada ineficienței.

1. Terapiile cognitive-comportamentale (TCC)

Terapia Cognitiv - Comportamentală pentru tratamentul tulburărilor consumului de substanțe se bazează pe teoriile învățării sociale privind dobândirea și menținerea tulburării. Aceste terapii vizează două procese conceptualizate ca stând la baza abuzului de substanțe: 1) gânduri disfuncționale, cum ar fi credința că utilizarea substanțelor este complet incontrolabilă și 2) comportamente maladaptative, cum ar fi acceptarea ofertei de a utiliza droguri. Versiunile timpurii ale acestei abordări au fost derivate din terapia cognitivă pentru depresie și anxietate de către Beck și Emery și au plasat fază primară pe identificarea și modificarea modelelor de gândire disfuncțională. Alte adaptări ale acestei abordări au largit accentul terapiei pentru a ajuta pacientul să stăpânească un set individualizat de strategii de coping ca o alternativă eficientă la consumul de substanțe. Strategiile cognitive tipice includ stimularea pacientului de a înceta consumul de substanțe prin explorarea consecințelor pozitive și negative ale consumului continuu, recunoașterea deciziilor aparent irelevante care ar putea culmina în situații cu risc crescut și identificarea și confruntarea gândurilor legate de consumul de substanțe. Strategiile comportamentale se bazează pe o analiză funcțională a utilizării substanțelor (adică, înțelegerea consumului de substanțe în raport cu antecedentele și consecințele sale) și includ dezvoltarea strategiilor de combatere a poftei, pregătirea pentru situații de urgență și gestionarea recăderii în consum.

Formarea abilităților sociale, un element al TCC, recunoaște că dependența de alcool și droguri are ca rezultat de obicei întreruperea dobândirii normale de dezvoltare a abilităților sociale, precum și deteriorarea abilităților sociale învățate anterior din cauza interferenței comportamentelor de căutare și consum de droguri. Formarea abilităților sociale vizează capacitatea individului de 1) a avea o comunicare eficientă și semnificativă, 2) ascultare, 3) a putea să-și imagineze sentimentele și gândurile altcuiva pentru a influența propriile interacțiuni comportamentale, 4) a fi capabil să monitorizeze și să modifice propriile comunicări non-verbale, 5) să se poată adapta la circumstanțe pentru a menține relații și 6) să fie asertiv. Această strategie a fost folosită cu succes ca adjuvant al unui plan de tratament mai cuprinzător și poate fi livrată într-o mare varietate de tratamente ambulatorii. Poate fi utilă în special pentru anumite populații cu diagnostic dual, cum ar fi pacienții cu schizofrenie și adolescenții cu risc de a începe abuzul de substanțe.

Prevenirea recăderii este o abordare de tratament în care tehniciile TCC sunt utilizate pentru a ajuta pacienții să dezvolte un autocontrol mai mare pentru a evita recăderea. Strategiile specifice de prevenire a recăderilor includ discuția despre ambivalența pacientului cu privire la tulburarea consumului de substanțe, identificarea declanșatorilor emoționali și de mediu ai poftei și consumului de substanțe, dezvoltarea și revizuirea strategiilor de coping specifice pentru a face față stresorilor interni sau externi, explorarea lanțului decizional care duce la reluarea consumului de substanțe, învățând de la scurte episoade de recădere (alunecări) despre declanșatorii care duc la recădere și dezvoltând tehnici eficiente pentru intervenția timpurie. În studiile clinice mai recente, tehniciile extrase din terapia cognitivă și prevenirea recăderilor au fost combinate cu scopul de a iniția abstinенța și de a preveni recăderea.

(Ghidul APA, Kleber et al, 2006)

2. Interviul motivațional (IM), Terapiile pentru creșterea motivației (MET)

Interviul motivațional are la bază o serie de principii terapeutice, un set de tehnici de consiliere și cel mai important – un stil de interacțiune în care practicianul adoptă în interacțiunea cu pacientul poziția unui partener de discuție, atmosfera fiind cea de colaborare. Practicianul are un set de abilități specifice cum ar fi: adresarea de întrebări deschise, ascultarea reflexivă, rezumarea ideilor exprimate de către pacient și reflectarea acestora, oferirea de validare și susținere. La baza acestei abordări este principiul conform căruia pacienții ajung să se convingă singuri că schimbarea este dezirabilă, realizabilă și le va aduce beneficii. (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017)

MET este urmărirea pe termen mai lung a unei strategii inițiale de intervenție scurtă. Continuă utilizarea interviului motivațional și aduce pacientul mai aproape de pregătire pentru schimbarea comportamentului de consum (revizuite în DiClemente et al. Si Miller și Rollnick). Aceasta combină tehniciile din abordări cognitive, centrate pe clienți, sisteme și abordări de persuasiune social-psihologică și poate fi furnizat de clinicieni instruiți în centre de tratament pentru consum de substanțe, clinici de sănătate mintală și cabinete de practică privată. MET se caracterizează printr-o abordare empatică în care terapeutul ajută la motivarea pacientului, întrebând despre argumentele pro și contra comportamentelor specifice, explorând obiectivele pacientului și ambivalența asociată cu privire la atingerea acestor obiective și ascultând reflexiv răspunsurile pacientului. Această modalitate de tratament este eficientă chiar și pentru pacienții care nu sunt extrem de motivați să se schimbe, ceea ce îi oferă un avantaj practic față de alte terapii pentru tulburările de consum de substanțe în multe contexte. (Ghidul APA, Kleber et al, 2006)

Intervențiile scurte motivaționale au la bază strategiile interviului motivațional. Constanță de obicei în una sau mai multe ședințe scurte (10 – 60 min.) centrate pe explorarea ambivalenței cu privire la schimbarea comportamentului și sunt oferite într-un mod non-critic. Aceste intervenții trebuie oferite pentru persoanele care nu au contact sau au un contact limitat cu serviciile (ex. Beneficiarii serviciilor de schimb de seringi), pentru care aceste intervenții au probabilitatea de a produce beneficii reale. (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017)

3. Terapiile comportamentale

Terapiile comportamentale se bazează pe principii de bază ale teoriei învățării, care se referă la rolul întăririlor externe pozitive sau negative asupra învățării sau dezvățării de comportamente. Acestea pot varia de la reacții autonome simple, cum ar fi salivarea, la rutine complexe de comportament, cum ar fi procurarea de droguri. Atunci când aceste teorii sunt aplicate tulburărilor de consum de substanțe, comportamentul țintă este consumul continuu excesiv de substanță, care este modificat prin manipulări sistematice ale mediului care variază mult în funcție de comportamentul specific de consum de substanță. Aceste teorii diferă de cele care stau la baza TCC prin faptul că nu recunosc cogniția ca un domeniu independent de comportament.

Obiectivele comune ale terapiilor comportamentale sunt întreruperea secvenței de utilizare a substanței ca răspuns la stimuli interni sau externi, iar comportamentele substitutive care le iau locul sunt incompatibile cu consumul de substanțe. Există două mari clase de

tratamente: 1) cele care se bazează pe condiționarea clasică și se concentrează mai mult pe stimuli antecedenți, cum ar fi terapia prin expunere și 2) cele care se bazează pe condiționarea operantă și se concentrează mai mult pe consecințe. (Ghidul APA, Kleber et al, 2006)

Abordările comportamentale reprezentative sunt următoarele:

a) Managementul contingentelor

Terapia de management al contingentelor presupune introducerea de recompense pentru comportamente dorite terapeutic (de exemplu, participarea la ședințe de terapie, furnizarea de probe de urină negativ-substanță) și/sau consecințe aversive pentru comportamente nedorite (de exemplu, nerespectarea regulilor clinicii). Ca tratament adjuvant, managementul contingentelor a fost utilizat cu o varietate de substanțe de abuz, inclusiv cocaină, opiacee și marijuana. Stimuletele care trebuie oferite, comportamentele care trebuie consolidate și planificarea recompenselor variază foarte mult în funcție de substanță și, de asemenea, depind de rolul managementului contingentelor în cadrul planului de tratament. Deși majoritatea studiilor s-au concentrat pe abstența de la consumul de substanțe, procedurile de management al contingentelor sunt potențial aplicabile unei game largi de comportamente și probleme țintă, inclusiv menținerea în tratament, aderența la tratament (de exemplu, terapiile retrovirale pentru persoanele cu HIV) și consolidarea altor obiective de tratament, precum căutarea unui loc de muncă sau prezența la muncă. Managementul contingentelor este eficient atunci când comportamentele dorite sunt răsplătite cu vouchere care pot fi schimbate pentru articole convenite reciproc, cum ar fi biletele de film. Alte stimulente (de exemplu, găzduire gratuită, compensare directă) pot fi înlocuite de către vouchere. (Ghidul APA, Kleber et al, 2006)

Această abordare a fost identificată în Ghidul NICE ca având cea mai puternică bază de evidențe științifice pentru cele mai eficiente rezultate (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017).

b) Terapia de întărire comunitară (CRA)

Întărirea comunitară (CRA) se bazează pe teoria conform căreia recompensele din mediu pentru consumul de substanțe perpetuează tulburările de consum de substanțe și că, în același timp, pacienții cu tulburări de consum de substanțe nu au recompense din mediu pozitive pentru activități și plăceri abstinente. CRA își propune să ofere indivizilor cu tulburări de consum de substanțe întăriri naturale alternative, prin recompensarea implicării lor în familie și comunitatea socială; astfel, membrii familiei sau colegii joacă un rol în întărirea comportamentelor care demonstrează sau facilitează abstență. În CRA, se pune accentul pe îmbunătățirea contingentelor de mediu pentru activitățile cu un stil de viață abstinente, pentru a face ca acest tip de viață să fie preferabil unui stil de viață dependent de substanțe. În plus față de tratamentul comportamental individual și de managementul contingentelor, pachetul de tratament CRA multifațetat include, de obicei, terapie de cuplu, instruire în găsirea unui loc de muncă, consiliere pentru activități recreative și sociale fără substanțe și un club social fără substanțe. CRA este adesea aplicată cu stimulente pentru managementul contingentelor (de exemplu, vouchere pentru recreere sau alimente) care sunt folosite pentru a recompensa dovezi ale unui comportament abstinente. CRA s-a dovedit a fi eficientă în tratarea dependenței de alcool, tratamentul cu disulfiram adițional sporind eficacitatea acestuia. CRA poate fi utilizat în tratamentul ambulatoriu (clinica sau cabinet), dar este practicată în mare parte în programe cu spitalizare de tip rezidențial sau parțial rezidențial, comunități terapeutice și facilități rezidențiale ale comunității. (Ghidul APA, Kleber et al, 2006)

c) Terapie comportamentală de cuplu

Această abordare este pentru pacienții care au o relație stabilă cu un partener neconsumator, care dorește să se implice în tratament. Există evidențe semnificative că terapia comportamentală de cuplu centrată pe consumul de droguri poate avea beneficii pentru o serie de probleme legate de consumul de droguri. (Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, 2017)

d) Expunerea la stimuli cu tehnici de relaxare

Tratamentul prin expunerea la stimuli presupune expunerea unui pacient la stimuli care induc pofta, prevenind în același timp consumul real de substanțe și, prin urmare, experiența întăririi legate de substanță. Expunerea la stimuli poate fi, de asemenea, asociată cu tehnici de relaxare și antrenament de refuzare a substanței pentru a facilita stingerea poftei condiționate clasice. Ca alternativă, antrenamentul de relaxare a fost utilizat singur pentru a oferi un răspuns nonsubstanță la contracararea afectelor disforice sau a anxietății. (Ghidul APA, Kleber et al, 2006)

e) Terapia aversivă

Terapia aversivă presupune asocierea consumului de substanță cu o experiență neplăcută precum şoc electric ușor, vărsături induse farmacologic sau efecte exagerate ale substanței. Acest tratament urmărește să eliminate comportamentele de consum de substanțe prin asocierea lor cu pedeapsa. (Ghidul APA, Kleber et al, 2006)

4. Terapiile psihodinamice și interpersonale

Psihoterapiile psihodinamice variază, dar, în general, atribuie formarea simptomelor și caracteristicile personalității traumelor și deficitelor din timpul dezvoltării unui individ care duc la conflict psihologic inconștient, învățare defectuoasă și distorsiuni ale structurilor intrapsihice, precum și relații interne de obiect și care au un efect profund asupra relațiilor interpersonale. Aceste evenimente de dezvoltare și sechelele lor sunt interconectate cu neurobiologia care stă la baza individului (determinată de influențele genetice și de alte influențe), care la rândul lor pot fi modificate de experiența de viață, inclusiv de învățare, evenimente psihologice și psihoterapie. Testarea sistematică a eficacității tratamentelor psihodinamice pentru tulburările de consum de substanțe s-a produs doar cu ajutorul terapiei suportiv-expresive, a unui tratament comparativ scurt de orientare psihodinamică bazat pe utilizarea interpretării și a unei relații terapeutice de susținere pentru a modifica viziunile negative asupra sinelui și altora. Două studii au susținut eficacitatea terapiei suportiv-expresive pentru pacienții aflați în tratament de menținere cu metadonă, dependenți de opioace. Cu toate acestea, un studiu randomizat suplimentar a constatat că consilierea individuală și de grup combinată cu tratament medicamentos a fost superioară unei combinații de terapie suportiv-expresivă individuală și consiliere anti-drog de grup în tratarea pacienților cu dependență de cocaină.

Terapiile psihodinamice și interpersonale pentru tulburările de consum de substanțe se bazează pe conceptul că relațiile sociale disfuncționale, fie provoacă, fie împiedică recuperarea din tulburările consumului de substanțe. Descoperind relația dintre problemele interpersonale și consumul de substanțe, pacientul se poate îndrepta către realizarea unor schimbări care vizează construirea unei rețele sociale care să susțină recuperarea. Studiul clinic al TPI pentru tulburările consumului de substanțe a fost limitat.

(Ghidul APA, Kleber et al, 2006)

5. Terapia de grup

Terapia de grup este privită ca o parte integrantă și valoroasă a schemei de tratament pentru mulți pacienți cu tulburări de consum de substanțe. Multe tipuri diferite de terapii au fost utilizate în format de grup cu această populație, inclusiv TCC, TPI și comportamentale de cuplu, psihodinamice modificate, interactive, emotiv-rationala, Gestalt și psihodramă.

Terapiile de grup permit utilizarea eficientă a timpului terapeutului. În plus, aspectele terapiei de grup pot face această modalitate mai eficientă decât tratamentul individual pentru persoanele cu tulburări de consum de substanțe. De exemplu, având în vedere stigmatul social atașat de pierderea controlului asupra consumului de substanțe, prezența altor membri ai grupului care recunosc că au o problemă similară poate oferi confort. În plus, alți membri ai grupului care sunt mai avansați în recuperarea lor pot acționa ca modele, arătând că încercările de a opri consumul de substanțe nu sunt inutile. Acești membri ai grupului mai experimentați pot oferi o mare varietate de strategii de coping care depășesc repertoriul cunoscut chiar de cel mai priceput terapeut individual. În plus, membrii de grup pot acționa ca „amici” care oferă sprijin continuu în afara sesiunilor de grup, într-un mod pe care cei mai mulți terapeuți profesioniști nu îl fac.

În cele din urmă, natură publică a terapiei de grup oferă un stimulent puternic indivizilor pentru a evita recăderea. Abilitatea de a declara public numărul de zile de abstinență, însotită de echipă de a trebui să admită public recăderea reprezintă o forță puternică care îi ajută pe membrii grupului să lupte împotriva unei tulburări care se caracterizează printr-o afectare gravă a mecanismelor de control intern. Persoanele cu tulburări ale consumului de substanțe au fost caracterizate ca având mecanisme de autocontrol intern slab funcționale, iar procesul de grup poate oferi o sursă solidă de control extern. Mai mult, deoarece grupul este compus din indivizi care se recuperează din tulburările de consum de substanțe, membrii pot fi mai buni în a detecta reciproc consumul ascuns de substanțe sau semnalele timpurii ale unei recăderi față de un terapeut individual care poate nu are experiență personală cu o tulburare a consumului de substanțe.

Deși studiile clinice ale terapiei de grup pentru tulburările consumului de substanțe sunt relativ rare, datele disponibile sugerează că eficacitatea tratamentului în grup este comparabilă cu cea a terapiilor individuale. Nici o dovedă empirică convingătoare nu este disponibilă pentru a documenta avantajele sau dezavantajele alegerii grupului sau a tratamentului individual pentru tulburările consumului de substanțe. Deoarece mulți pacienți au experiență în terapie de grup sau individuală, preferințele pacientului ar trebui luate în considerare atunci când aleg între cele două tipuri de tratament sau când se elaborează un program de tratament combinat.

(Ghidul APA, Kleber et al, 2006)

6. Terapiile de familie

Familii disfuncționale, caracterizate prin comunicarea deficitară între membrii familiei și incapacitatea membrilor familiei de a stabili limite adecvate sau de a menține standardele de comportament, sunt asociate cu rezultatele slabe ale tratamentului pe termen scurt și lung pentru pacienții cu tulburări de consum de substanțe. Terapia de familie poate fi administrată într-o relație terapeutică formală, continuă sau printr-un contact periodic. Obiectivele terapiei familiale includ obținerea informațiilor despre atitudinile actuale ale pacientului față de consumul de substanțe, aderența la tratament, adaptare socială și vocațională, nivelul de

contact cu egalii care consumă substanțe și gradul de abstinență, precum și încurajarea sprijinului familiei pentru abstinență, menținerea relației conjugale și familiale și îmbunătățirea aderenței la tratament și a rezultatului pe termen lung.

Chiar și implicarea sumară a membrilor familiei în programul de tratament poate spori implicarea și menținerea în tratament.

Studiile controlate au arătat rezultate pozitive la implicarea membrilor neconsumatori ai familiei, în tratamentul unei persoane care consumă alcool. Studii mai recente au demonstrat eficacitatea implicării familiei în tratamentul tulburărilor consumului de substanțe atât la femei, cât și la bărbați, inclusiv la pacienții în menținere cu metadonă. Terapia de familie, adesea în combinație cu alte abordări, a fost, de asemenea, studiată pe scară largă și a demonstrat rezultate bune ca eficacitate la adolescenți.

Diferite orientări teoretice ale terapiei de familie includ abordări structurale, strategice, psihodinamice, sistemice și comportamentale. Intervențiile familiale includ intervenții concentrate asupra familiei nucleare; asupra pacientului și a soției sau a partenerului său; tratamentul concomitent pentru pacienți, soți sau parteneri și frați, grupuri multifamiliale și rețelele sociale. Dintre numeroasele tipuri de terapie de familie utilizate pentru tratarea tulburărilor de consum de substanțe, preponderența probelor clinice a fost obținută pentru abordările comportamentale și strategice. Suportul științific pentru terapia comportamentală de cuplu este deosebit de puternic.

Intervenția familială este indicată în circumstanțele în care abstinența unui pacient tulbură un stil de interacțiune familială anterior bine stabilit, dar inadecvat și în care alți membri ai familiei au nevoie de ajutor pentru adaptarea la un nou set de obiective, atitudini și comportamente individuale și familiale. Terapia de familie care abordează interacțiunile interpersonale și familiale ce duc la conflicte sau comportamente de facilitare a consumului, poate reduce riscul de recădere pentru pacienții cu un nivel ridicat de implicare a familiei. Un rol major al intervenției familiale și de cuplu este acela de a implica persoanele semnificative preocupate în a încuraja membrii familiei care nu sunt motivați să schimbe comportamentele de abuz de substanțe, să caute sau să se mențină în tratament. După cum a fost revizuit de Miller și colab., cea mai mare atenție a fost acordată strategiilor comportamentale de coping, abordărilor de tip 12 Pași și intervențiilor confruntative, toate acestea fiind asociate cu rate mari de intrare în tratament la pacienții care primesc intervenția. Cu toate acestea, pentru a ajuta familia să susțină angajamentul persoanelor semnificative din viața lor în tratament, este mai probabil ca membrii familiei și pacienții să aibă rezultate pozitive cu abordări mai puțin confruntaționale, inclusiv CRA și training familial, decât cu intervenții mai tradiționale. Terapia de cuplu și de familie sunt, de asemenea, utile pentru promovarea diferențierii psihologice a membrilor familiei, oferind un forum pentru schimbul de informații și idei despre planul de tratament, elaborarea contractelor de gestionare a comportamentului și reguli fundamentale pentru continuarea susținerii familiei și consolidarea comportamentelor care contribuie la prevenirea recăderii și sporirea perspectivelor de recuperare. Există, de asemenea, unele dovezi că aceste abordări pot îmbunătăți funcționarea psihosocială și pot reduce probabilitatea consumului de substanțe la copiii care trăiesc cu un părinte care abuzează de alcool sau alte substanțe.

(Ghidul APA, Kleber et al, 2006)

7. Grupurile de autoajutor și abordările de orientare 12 Pași

Cele mai utilizate grupuri de autoajutor (numite și grupuri de ajutor reciproc) se bazează pe abordarea celor 12 Pași, utilizată inițial în AA, care subliniază conceptul de dependență de substanță ca o boală incurabilă și progresivă care are componente fizice, emoționale și spirituale. Programele de tip 12 Pași susțin cu fermitate nevoia de abstinенță și se consideră programe de recuperare pe tot parcursul vieții, chiar dacă succesul inițial este atins câte o zi pe rând. Importanța recunoașterii și bazării pe o „putere mai mare” sau o putere mai mare decât individul este un element central al acestor programe. La fel sunt și cei 12 pași în recuperare, care se concentrează mai întâi pe „predare” și acceptarea bolii, în al doilea rând pe un inventar personal, al treilea pe efectuarea de modificări și schimbări personale și, în final, pe transmiterea mesajului către alții. În plus, grupurile 12 Pași ajută membrii în prevenirea recăderii, oferind modele, sprijin social, strategii sociale pentru menținerea unui stil de viață abstințent și oportunități pentru evenimente și interacțiuni sociale fără substanțe, structurate și nestructurate. Membrii grupurilor de autoajutor pot participa la întâlniri într-un program autodeterminat sau prescris, care, dacă este necesar, poate fi în fiecare zi sau chiar mai mult de o dată pe zi. Perioadele asociate cu risc ridicat de recădere (de exemplu, sfârșit de săptămână, sărbători, seri) sunt deosebit de potrivite pentru participare. Un sponsor compatibil cu pacientul poate oferi îndrumări și sprijin importante în timpul procesului de recuperare, în special atunci când pacientul se confruntă cu perioade de suferință emoțională și poftă crescută. Sfaturile și încurajările directe cu privire la evitarea recidivei de la un sponsor în recuperare, precum și sprijinul său personalizat sunt caracteristici importante ale grupurilor 12 Pași. Pentru clinicienii care tratează pacienți care raportează implicarea în grupuri de autoajutor, este util să se întrebe dacă participă la întâlniri, dacă au obținut un sponsor și dacă participă la alte activități asociate grupului de autoajutor (de exemplu, adunări sociale, călătorii sponsorizate de grupuri de ajutor).

Un alt avantaj semnificativ pentru grupurile 12 Pași este disponibilitatea extinsă a acestora. AA este o organizație la nivel mondial, cu aproximativ 2,2 milioane de membri în 150 de țări (255), iar grupurile 12 Pași s-au extins pentru a include tratamentul aproape tuturor tipurilor de consum de substanțe (Consumatorii de Cocaină Anonimi, Consumatorii de Cannabis Anonimi, Metadoniștii Anonimi, Narcoticii Anonimi, Fumătorii Anonimi, „Meth Crystal” Anonimi). Grupurile de autoajutor bazate pe modelul celor 12 Pași sunt, de asemenea, disponibile pentru membrii familiei și prietenii (de exemplu, Al-Anon, Alateen, Nar-Anon) și oferă asistență și educație despre tulburare în format de grup, cu scopul de a reduce facilitarea comportamentului inadecvat de către familie și prietenii.

În general, participarea activă la grupurile de autoajutor a fost corelată cu rezultate mai bune. AA a fost eficient atât pentru bărbați, cât și pentru femei și pare a fi deosebit de util pentru cei cu dependență de alcool mai severă. Alte cercetări recente au sugerat că de grupurile 12 Pași pot beneficia, de asemenea, pacienții dependenți de substanțe precum cocaina. Pentru pacienții care primesc concomitent tratament de specialitate pentru abuz de substanțe, există dovezi empirice din ce în ce mai mari ca rezultate bune ale tratamentului sunt asociate cu participarea la grupuri de autoajutor. În plus, mai multe studii susțin eficacitatea tratamentului profesional, inclusiv terapia TSF și consilierea individuală anti-drog, în creșterea motivației unui pacient de a participa la programe 12 Pași. Aceste descoperiri au implicații clinice importante, având în vedere că aceste abordări sunt similare modelului predominant aplicat în majoritatea programelor de tratament de tip comunitar. Astfel, pentru mulți pacienți, chiar și pentru cei care continuă consumul de substanțe, trimiterea către un program 12 Pași poate fi de ajutor în toate etapele procesului de tratament.

Refuzul unei persoane de a participa la un grup de autoajutor nu este sinonim cu rezistență sa la tratament în general. Deși pot avea numeroase beneficii, grupurile de autoajutor nu sunt utile tuturor pacienților. Rezistența aparentă a unor persoane la participarea grupului de autoajutor poate fi abordată prin individualizarea alegerii unui grup în funcție de nevoile pacientului. De exemplu, în general tinerii se descurcă mai bine în grupuri care includ participanți de aceeași vârstă, față de unii mai în vîrstă în recuperare. Pacienții care necesită medicamente psihotrope pentru tulburări psihice coexistente trebuie să fie direcționați către grupuri în care această activitate este recunoscută și susținută ca tratament util, mai degrabă decât ca o altă formă de abuz de substanțe. Rețelele spirituale ale programelor tradiționale în 12 Pași pot fi un factor de descurajare a participării pentru persoanele care nu îmbrățișează aceste idei.

(Ghidul APA, Kleber et al, 2006)

8. Terapii scurte

Eficacitatea intervențiilor scurte a fost studiată mai ales în ceea ce privește consumul de alcool. Intervențiile au fost inițial concepute pentru a facilita tratamentul abuzului sau dependenței de alcool într-un alt loc decât un centru de tratament pentru abuzul de substanțe (de exemplu, clinica de asistență primară, clinica de sănătate mintală, programul pentru asistență angajaților). Dovezi mai recente sugerează că intervențiile scurte sunt eficiente și cu alte tulburări ale consumului de substanțe, inclusiv dependența de cannabis, opiacee și nicotină și la populații speciale, cum ar fi adolescenți, pacienți cu comorbiditate psihiatrică și tulburări de consum de substanțe și pacienți din sistemul militar.

Modelul A-FAMES este structura de bază a unei scurte intervenții: *Evaluarea (Assessment)*, oferind *Feedback* obiectiv, subliniind că *Responsabilitatea* pentru schimbare aparține pacientului, oferind sfaturi (*Advice*) clare despre beneficiile schimbării, oferind un *Meniu* de opțiuni de tratament pentru a facilita schimbarea, folosind ascultarea *Empatică* și accentuarea și încurajarea Autoeficienței (*Self-efficacy*) pacientului. În ciuda timpului necesar pentru a implementa o intervenție scurtă, abilitățile de tratament care nu se specializează în tratamentul consumului de substanțe prezintă deseori dificultăți în utilizarea acestei strategii, inclusiv timpul inadecvat disponibil în timpul întâlnirilor față în față și atitudinile negative ale clinicienilor față de consumul de substanțe.

(Ghidul APA, Kleber et al, 2006)

9. Terapiile auto-ghidate

Terapiile de autoajutor ghidate de instrucțiuni scrise, programate sau bazate pe Internet s-au dovedit a fi eficiente pentru consumatorii de substanțe legale (adică alcool, nicotină) care nu îndeplinesc criteriile pentru tulburarea consumului de substanțe. Populația țintă pentru astfel de abordări include, de obicei, studenți sau pacienți ai medicilor de familie, mai degrabă decât persoane care caută tratament pentru o tulburare de consum de substanțe.

Manuale de autoajutorare și instruire de autocontrol comportamental îi învață pe pacienți următoarele: 1) să stabilească obiective pentru reducerea substanțelor sau încetare; 2) monitorizarea progresului spre atingerea acestor obiective; 3) să se recompenseze pentru progresele realizate; 4) să învețe noi abilități de a face față ce vor facilita reducerea substanței sau abstința; 5) să efectueze o analiză funcțională a comportamentelor asociate consumului

de substanțe. Aceste terapii sunt disponibile ca programe de autoajutor ghidate manual, terapii ghidate manual cu un clinician și programe ghidate de calculator. Prin urmare, sunt disponibile atât pentru uz casnic, cât și pentru birou și clinică.

Deși aceste abordări sunt uneori utile pentru cei cu risc ridicat de a dezvolta o tulburare de utilizare a substanței sau consecințe medicale legate de substanțe, astfel de terapii minime pot să nu fie suficiente pentru pacienții care solicită tratament care au deja o tulburare de consum de substanțe.

(Ghidul APA, Kleber et al, 2006)

10. Hipnoza

Utilizarea hipnoterapiei pentru tulburările de consum de substanțe a fost cel mai mult studiată ca un ajutor în încetarea fumatului cu țigări, scopul obișnuit fiind acela de a implanta sugestii inconștiente care să descurajeze utilizarea unei substanțe, cum ar fi „fumatul va fi neplăcut”. În ciuda utilizării pe scară largă a hipnozei în acest context, există o mică validare științifică care să susțină eficacitatea acesteia în tratamentul dependenței de nicotină.

(Ghidul APA, Kleber et al, 2006)

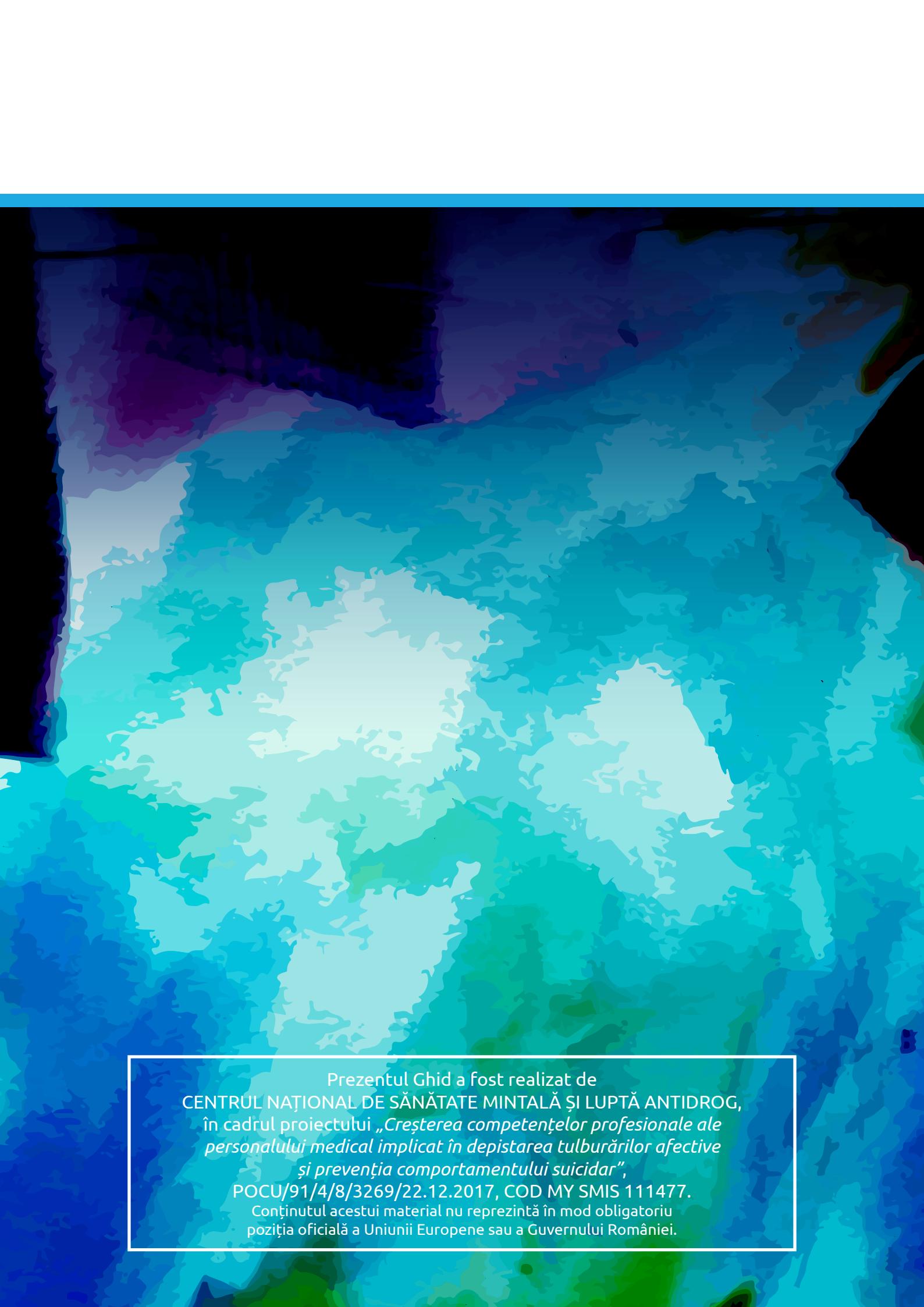
11. Reducerea riscurilor asociate consumului (Harm reduction)

Harm Reduction – Reducerea Riscurilor, este un set de idei și strategii practice, menite să reducă consecințele negative asociate consumului de substanțe. Harm Reduction este, de asemenea, o mișcare pentru dreptate socială, construită pe respectarea și încrederea în drepturile persoanelor consumatoare de substanțe.

Modelul Harm Reduction este bazat pe realitatea faptului că orice schimbare comportamentală necesită un proces cu faze succesive, în care ambivalența, răspunsurile de rezistență și recăderile sunt parte din proces. În loc să se focuseze pe un rezultat final (indiferent dacă este consum controlat sau abstinенță), Harm Reduction se focusează pe prioritățile imediate, întâlnite în procesul de recuperare. Acest model a apărut ca o alternativă la modelele existente precum cele morale, cele medicale, cele confruntative, etc. Acestea au fost modelele utilizate în ultimii 50 de ani, odată cu apariția a ceea ce s-a numit *Războiul împotriva drogurilor* (început în anii '70). (P. Denning, J. Little, 2012)

Bibliografie

1. Akram H., Mokrysz C., Curran HV. What are the psychological effects of using synthetic cannabinoids? A systematic review. *J Psychopharmacol.* 2019
2. Cicu G. Gerogescu D, Moldovan A.M., Țintea G., Protocol de evaluare psihologică a consumatorilor de droguri, Ed. Agenția Națională Antidrog, 2008
3. Cicu G., Georgescu D., Moldovan A.M după Castillo I.I. și Saiz F.G. (Instrumentos de evaluacion en drogodependencias, Aula Medică Ed. 2002). Instrumente de evaluare în adicții. Ed. Agenția Națională Antidrog, 2007
4. Cicu. G., Georgescu D., Moldovan A.M. Concepte de baza privind tulburările datorate consumului de substanțe. Ed. Agenția Națională Antidrog, 2007
5. Cohen K. Weinstein A. The Effects of Cannabinoids on Executive Functions: Evidence from Cannabis and Synthetic Cannabinoids—A Systematic Review. *Brain Sci.* 2018.
6. Cohen K. Weinstein AM. Synthetic and Non-synthetic Cannabinoid Drugs and Their Adverse Effects-A Review From Public Health Prospective. *Front. Public Health.* 2018
7. Davidson C. Chapter Four - Spicing Up Pharmacology: A Review of Synthetic Cannabinoids From Structure to Adverse Events. *Adv. Pharmacol.* 2017
8. Drug misuse and dependence. UK guidelines on clinical management. Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group, London, UK, 2017
9. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. World Health Organization, 2009
10. ICD 10: Clasificarea tulburărilor mentale și de comportament: descrieri clinice și îndreptare diagnostice. Trad. Dehelean M., Ienciu M., Nicoară O., 2016
11. Kleber H. et al. Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders. 2nd Ed., American Psychiatric Association, 2006
12. Levounis P., Zerbo E., Aggarwal R. Pocket guide to addiction, assessment and treatment. American Psychiatric Association, 2016
13. Prelipceanu D., Cicu G., Ghid clinic de tratament substitutiv al dependenței de opioacee. Ed. Asociației Psihiatrice din România, 2010
14. Ruiz P., Strain E. The substance abuse handbook. 2nd Ed., Wolters Kluwer Health, 2014
15. Standardele sistemului național de asistență medicală, psihologică și socială a consumatorilor de droguri. Agenția Națională Antidrog, 2005
16. Treatment of stimulant use disorder: current practices and promising perspectives. UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) - Expert group, 2017



Prezentul Ghid a fost realizat de
CENTRUL NAȚIONAL DE SĂNĂTATE MINTALĂ ȘI LUPTĂ ANTIDROG,
în cadrul proiectului „*Creșterea competențelor profesionale ale
personalului medical implicat în depistarea tulburărilor afective
și preventia comportamentului suicidar*”,
POCU/91/4/8/3269/22.12.2017, COD MY SMIS 111477.
Conținutul acestui material nu reprezintă în mod obligatoriu
poziția oficială a Uniunii Europene sau a Guvernului României.