

Article

« Troubles mentaux graves et abus de substances : composantes efficaces de programmes de traitements intégrés à l'intention des personnes présentant une comorbidité »

Kim T. Mueser, Douglas L. Noordsy, Robert E. Drake et Lindy Fox

Santé mentale au Québec, vol. 26, n° 2, 2001, p. 22-46.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/014524ar>

DOI: 10.7202/014524ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



Troubles mentaux graves et abus de substances: composantes efficaces de programmes de traitements intégrés à l'intention des personnes présentant une comorbidité

Kim T. Mueser*

Douglas L. Noordsy **

Robert E. Drake ***

Lindy Fox****

Les approches traditionnelles de soins pour patients souffrant de problèmes de comorbidité qui étaient fondées sur des traitements séquentiels ou en parallèle ont échoué dans les cas de santé mentale et d'abus de substance, ce qui a conduit au développement de programmes de traitements intégrés. Dans cet article, les auteurs définissent les traitements intégrés destinés aux patients ayant ce double diagnostic et identifient les composantes clés des programmes intégrés efficaces, y compris la pratique outreach, l'approche holistique, le partage de la prise de décision, la réduction des méfaits, l'engagement à long terme et le traitement par étapes (basé sur l'approche motivationnelle). Le concept d'étapes de traitement est décrit afin d'illustrer les différents stades de motivation vécus par les personnes à mesure qu'elles se rétablissent de leur dépendance aux substances : l'engagement, la persuasion, le traitement actif et la prévention des rechutes. Les étapes de traitement servent à guider les cliniciens dans l'identification d'objectifs de traitement appropriés à l'état de motivation des patients, et à choisir des interventions fondées sur ces objectifs. En reconnaissant le stade de traitement de chaque personne, les cliniciens peuvent optimiser les résultats en choisissant des interventions qui sont appropriées à l'état de motivation de la personne ou à l'étape de traitement et ainsi minimiser les abandons. Ces programmes intégrés diffèrent dans les services spécifiques qu'ils dispensent. Toutefois, ils partagent des éléments communs dans leur philosophie et leurs valeurs. Des recherches documentent les effets bénéfiques de ces programmes qui s'avèrent de bon augure pour le pronostic à long terme des personnes présentant une comorbidité.

* Ph.D., Department of Psychiatry, Dartmouth Medical School, New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center.

** M.D., Mental health center of Greater Manchester.

*** M.D., Ph.D., Department of Psychiatry, Dartmouth Medical School, New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center.

**** C.A.D.A.C., New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center.

Le chemin menant au développement de services intégrés en santé mentale et en toxicomanie pour les personnes souffrant de troubles graves et persistants a été long et ardu. Pour bien comprendre les origines des traitements intégrés pour la comorbidité, il est essentiel d'examiner le contexte historique dans lequel ces traitements ont été conçus, y compris les limites des approches traditionnelles. Nous ferons une brève revue des problèmes associés aux traitements traditionnels pour la comorbidité là où les services de santé mentale et de toxicomanie sont dispensés par deux ou plusieurs cliniciens dans des programmes distincts. Nous définirons ensuite les «traitements intégrés» et expliquerons les composantes clés d'un programme efficace de soins pour les personnes ayant une cooccurrence de plusieurs troubles mentaux. En discutant des composantes essentielles de ces traitements, nous porterons une attention particulière au concept d'étapes de traitement et à l'importance d'appareiller les interventions au stade de motivation de la personne. Nous en soulignerons les implications cliniques et donnerons des exemples d'interventions adéquatement appareillées à la volonté des individus de changer leur comportement.

Les approches traditionnelles

Pendant plusieurs années, une division historique a existé entre les services destinés aux troubles mentaux et ceux offerts en toxicomanie. Par conséquent, deux systèmes de traitement s'occupent de ces différents cas et dispensent des soins séparés pour chaque trouble. L'éducation, la formation et les procédures de référence diffèrent entre les deux systèmes tout comme les critères d'admission aux services. À cause de cette division bureaucratique, deux approches générales de traitement de la comorbidité ont prédominé jusqu'à tout récemment : l'approche séquentielle et l'approche en parallèle. Chacune de ces approches comporte un éventail de problèmes. En voici la description.

Le traitement séquentiel

L'approche de *traitement séquentiel* est une justification clinique fréquente pour exclure quelqu'un d'un traitement plutôt qu'un modèle de traitement explicite. Dans cette approche, une personne souffrant d'un double diagnostic se fait dire qu'elle n'est pas admissible aux soins d'une partie du système (non intégré) jusqu'à ce que l'un de ses problèmes soit résolu. Cette approche protège les limites des programmes tout en ignorant l'ensemble des besoins des personnes et des systèmes. Par exemple, un individu souffrant de schizophrénie et aussi d'alcoolisme apprendra d'un conseiller en toxicomanie que son problème d'alcool ne

peut être traité efficacement tant que sa schizophrénie n'aura pas été stabilisée ou qu'il ne peut prendre de médication psychoactive tout en participant au programme de désintoxication.

Le problème essentiel qui se pose quand on tente de traiter un trouble en premier, pour ensuite soigner le deuxième, c'est que la nature interactive de l'abus de substances et du trouble psychiatrique limite l'efficacité de tout effort de traiter seulement un trouble, ce qui condamne invariablement à l'échec. Par exemple, les troubles de manie grave sont souvent associés à une consommation accrue d'alcool (Bernadt et Murray, 1986). Sans une stabilisation pharmacologique de la manie, il est difficile, voire impossible, d'atténuer efficacement l'abus de substances. De même, l'abus de stimulants avec une forte consommation de marijuana peut avoir des effets puissants qui aggravent les symptômes de la schizophrénie (Shaner et al., 1993; Treffert, 1978). Stabiliser ces symptômes devient une tâche formidable en présence d'une toxicomanie. Ainsi, les approches de traitement séquentiel sont inefficaces pour les personnes ayant des problèmes de comorbidité, car on n'arrive pas à y reconnaître la nature interactive des deux troubles.

Les traitements en parallèle

Dans l'approche de traitements en parallèle, les problèmes de santé mentale et d'abus de substances sont traités de façon concomitante par des professionnels différents travaillant habituellement pour des agences différentes. En théorie, les divers dispensateurs de services devraient tenter de coordonner leurs services par des contacts réguliers et atteindre un consensus sur les éléments essentiels du plan de traitement. Toutefois, en pratique, les services de traitements en parallèle n'impliquent pas d'ordinaire une collaboration active entre professionnels. La responsabilité de l'intégration est portée par le patient, qui est habituellement mal équipé pour en assumer le poids.

Un ensemble de raisons explique cette faible intégration des services dans l'approche des traitements en parallèle. Une différence importante entre les professionnels de la santé mentale et ceux de la toxicomanie est leur attitude respective envers les «comportements facilitateurs». Un service de santé mentale tentera de permettre aux personnes d'obtenir et de garder un logement, des revenus, un réseau social stable, alors que le service traditionnel pour toxicomanes estimera que cette approche peut isoler les personnes des conséquences naturelles de leur toxicomanie. Ainsi, en l'absence d'efforts soutenus pour intégrer les deux traitements, les interventions en parallèle pourraient en fait se contredire, annulant les perspectives d'amélioration.

En plus des différences de philosophie, les approches en parallèle présentent souvent des barrières au niveau du financement, ce qui bloque l'accès aux soins pour l'un ou l'autre des troubles. Par exemple, certains systèmes de soins interdisent spécifiquement aux personnes de recevoir des services en santé mentale et de toxicomanie simultanément. Plus encore, des systèmes qui ont recours à des méthodes de traitements en parallèle confient souvent à la personne aux prises avec une comorbidité le soin de recourir aux dispensateurs de l'un et de l'autre des services jugés nécessaires. Un des désavantages de s'appuyer sur les patients pour obtenir des services est que plusieurs d'entre eux manquent d'information ou de motivation pour se faire traiter. C'est ainsi que certains ne réussissent pas à recevoir de soins pour aucune de leurs problématiques, se «perdant dans les dédales du système», car les dispensateurs présumant que ces personnes ne répondent pas à leur type de services. Ainsi, plusieurs n'arrivent pas à recevoir de soins pour l'un de leurs troubles ou pour les deux dans des systèmes qui dispensent ces services de façon parallèle.

Résultats peu concluants des traitements traditionnels de problèmes de comorbidité

À la fin des années 1980, des études portant sur les traitements de troubles de comorbidité avaient documenté ces problèmes-là et d'autres problèmes (El-Guebaly, 1990; Polcin, 1992; Ridgely et al., 1990; Wallen et Weiner, 1989). En outre, il existe de plus en plus de données relativement au pronostic mitigé des personnes souffrant de comorbidité qui sont soignées à partir d'approches traditionnelles de traitements séquentiel ou en parallèle (Drake et al., 1996) ainsi que des taux plus élevés d'utilisation de services fort coûteux (Bartels et al., 1993; Dickey et Azeni, 1996). À mesure que ces faits ont été davantage connus, de nouveaux programmes ont commencé de se développer avec l'objectif premier d'intégrer les services pour ces deux troubles en vue d'améliorer le résultat à long terme pour la clientèle visée.

Les traitements intégrés de santé mentale et de toxicomanie

Différents programmes de traitements intégrés ont été développés au cours des dernières années afin de répondre aux besoins des personnes présentant une comorbidité (Brady et al., 1996; Carey, 1996; Drake et al., 1991; Kavanagh, 1995; Minkoff, 1989; Osher et Kofoed, 1989; Rosenthal et al., 1992; Ziedonis et Fisher, 1996). Plusieurs de ces programmes partagent une même philosophie et leur intervention comprend les mêmes composantes fondamentales. Nous décrivons ici les composantes essentielles de traitements intégrés d'après notre propre

expérience et celle de nos collègues (Drake et al., 1993; Drake et al., 1989a; Drake et al., 1989b; Mueser et al., 1998). Bien que les programmes intègrent ces composantes à des degrés divers, plus un programme possède de composantes, plus il sera efficace dans l'amélioration des résultats pour les personnes ayant un double diagnostic.

Un programme de traitements intégrés est défini comme un programme au sein duquel le même clinicien (ou la même équipe de cliniciens) dispense des traitements à la fois pour un ou des troubles mentaux et pour la toxicomanie. Ces cliniciens assument la responsabilité d'intégrer les traitements afin que les interventions soient choisies, modifiées, combinées et taillées sur mesure pour chaque personne. Parce que le message éducatif et prescriptif est intégré, la personne n'a pas à réconcilier deux messages différents; pour elle, l'approche semble toute d'une pièce.

Bien que cette description fournisse une définition de base de l'intégration, les programmes efficaces incluent aussi d'autres composantes de traitement dont plusieurs illustrent la nature de l'intégration. Nous discutons ici des composantes essentielles des traitements intégrés.

La pratique outreach

La pratique *outreach* vise à dispenser des services dans le milieu naturel des personnes, comme leur domicile ou la résidence de la famille, un parc, un restaurant, un refuge pour sans-abris, plutôt qu'à la clinique. Cette pratique est une composante essentielle de traitements intégrés étant donné que plusieurs personnes présentant une comorbidité ont tendance à abandonner le traitement à cause du chaos de leur vie, d'une détérioration cognitive, d'une faible motivation et du désespoir. Afin de les engager dans les traitements et de les amener à réduire leur consommation de substances, les cliniciens doivent tendre la main à leurs patients et leur fournir une aide pratique avec des objectifs immédiats définis par les patients eux-mêmes — hébergement, soins médicaux, gestion de crise, aide juridique — comme moyens de développer la confiance et l'alliance thérapeutique.

En plus de faciliter l'engagement dans le traitement, la pratique *outreach* aide à surveiller et à améliorer l'évolution des troubles. En rencontrant les personnes régulièrement dans leur propre environnement, les cliniciens sont en mesure d'obtenir plus d'informations au sujet de leur vie quotidienne et des facteurs sociaux et environnementaux qui peuvent influencer sur les résultats du traitement ou sur l'efficacité du traitement. De plus, la pratique *outreach* peut être une occasion d'encourager les personnes à prendre leur médication. La médication est impor-

tante dans la stabilisation des symptômes psychiatriques des personnes ayant un double diagnostic, toutefois plusieurs d'entre elles ont beaucoup de difficulté à se conformer aux ordonnances médicales. Au lieu de compter sur elles pour aller à la pharmacie obtenir leurs médicaments et les prendre sur une base régulière, les cliniciens peuvent les livrer à domicile et en surveiller ainsi l'observation.

L'approche globale

Bien que l'un des objectifs fondamentaux des traitements intégrés soit d'éliminer l'abus de substances ou la dépendance, atteindre ce but implique habituellement beaucoup plus que de changer les comportements directement liés à la consommation. Pour réduire l'abus de substances ou atteindre à long terme l'abstinence, les personnes doivent non seulement diminuer ou cesser leur consommation d'alcool ou de drogues, mais aussi apprendre à adopter un mode de vie qui ne soit pas centré sur la consommation. Diminuer ou éliminer la consommation de substances pour plus de quelques jours est difficile puisqu'une abstinence soutenue implique des changements d'habitudes, d'activités, d'attentes, de croyances, de relations sociales et l'élaboration de moyens pour conjuguer avec la détresse intérieure.

Les personnes ayant un problème de comorbidité ont un large éventail de besoins : obtenir un emploi, améliorer la qualité de leurs relations familiales et sociales, développer leur autonomie, leurs loisirs et des habiletés afin de gérer l'anxiété, la dépression et d'autres humeurs négatives. Les programmes efficaces de traitements intégrés sont nécessairement *globaux* : ils présument que le processus de rétablissement se produit de façon longitudinale dans un contexte où plusieurs changements sont faits dans la vie des patients.

En fait, chaque étape de traitement (voir plus loin) implique une approche globale. Les personnes peuvent faire des progrès — même avant de reconnaître leur dépendance ou de développer une motivation pour diminuer leur consommation d'alcool et de drogues — en améliorant leurs habiletés et leur soutien social. Ces améliorations vont accroître leur espoir d'effectuer des changements positifs et faciliter les efforts subséquents pour modifier leur rapport destructif aux substances. À mesure qu'elles tentent de vivre sans alcool et sans drogue, elles doivent être capables de conjuguer avec le stress, de trouver des activités significatives, d'avoir un réseau social constructif, incluant des amitiés significatives, et de vivre dans un milieu sécuritaire. Autrement, il est peu probable qu'elles réduisent leur consommation et atteignent l'abstinence.

Le partage de la prise de décision

Une valeur fondamentale de l'approche de traitements intégrés est son objectif de partager la prise de décision entre tous les intéressés. Une prémisses essentielle de ces traitements est que les personnes présentant une comorbidité — comme celles ayant des troubles mentaux graves ou une toxicomanie — sont capables de jouer un rôle crucial dans la gestion de leur trouble et de faire des progrès vers l'atteinte de leurs objectifs. Une telle philosophie est compatible avec l'accent mis sur la personne comme utilisatrice de services, sur la gestion de la maladie par la personne et sur l'intégration communautaire, la qualité de vie, la réadaptation et le rétablissement des personnes ayant un trouble mental grave (Anthony, 1993; Copeland, 1997; Deegan, 1992; Fisher, 1992).

Le partage de la prise de décision reconnaît aussi le rôle critique joué par les familles auprès des personnes ayant cette double problématique. Vu que les familles sont souvent impliquées dans les soins de ces personnes et servent de tampon en quelque sorte pour les protéger des effets négatifs du stress, elles doivent aussi être associées à la prise de décision. Les membres de la famille peuvent aussi souffrir des effets négatifs de la double problématique de leur proche : diminuer ce stress et cette tension est souvent crucial au maintien de leur soutien et de leur implication auprès des patients (Hatfield et Lefley, 1987; 1993).

Le partage de la prise de décision maximise les chances que le plan de traitement soit poursuivi car plusieurs personnes sont impliquées dans le choix et l'implantation des solutions aux problèmes identifiés. À long terme, les personnes et les familles sont davantage capables de se défendre et de travailler en collaboration avec les professionnels. Le but est que les personnes présentant une comorbidité soient en mesure de reconnaître et de gérer leur propre trouble en comptant sur leur famille pour le soutien et sur les professionnels pour des consultations et des traitements spécifiques. Le partage de la prise de décision présume que de meilleures connaissances, un plus grand choix de traitements, une responsabilité accrue d'autogestion et une plus grande satisfaction au niveau des soins produiront de meilleurs résultats.

La réduction des méfaits

La réduction des méfaits fait référence aux gestes à poser en vue de réduire les effets dommageables de l'alcool et des drogues (Marlatt, 1998). L'approche de réduction des méfaits de la toxicomanie reconnaît le fait que plusieurs personnes souffrant de dépendance manquent de motivation pour s'abstenir en début de traitement ou même pour réduire

leur consommation. En l'absence de motivation, la consommation persistante d'alcool et de drogues pourrait poser des menaces sérieuses à leur bien-être physique et psychologique. L'essentiel de cette approche est de minimiser les effets négatifs de l'abus, protégeant ainsi les patients des conséquences les plus néfastes de la consommation et facilitant le développement d'une bonne relation thérapeutique avec le clinicien. Des techniques de réduction des méfaits sont particulièrement importantes en début de traitement lorsque l'abus tend à être plus destructeur et que les patients sont moins motivés à réduire leur consommation. Les stratégies de réduction de méfaits incluent par exemple la fourniture de seringues propres à un patient qui en partage avec d'autres, l'assurance d'un hébergement stable, de nourriture ou de vitamines, un apprentissage de pratiques sexuelles protégées à l'intention des personnes qui s'adonnent à la prostitution pour financer leur consommation et l'identification d'endroits où les patients peuvent consommer en étant moins susceptibles d'être victimisés.

Un engagement à long terme

Les études disponibles sur les traitements intégrés suggèrent que ces programmes ont un effet bénéfique sur la diminution de la toxicomanie et de ses effets délétères chez les patients ayant une double problématique (Drake et al., 1998). Toutefois, la recherche suggère aussi que, chez la plupart d'entre eux, ces programmes ne produisent pas de changements significatifs sur de brèves périodes de temps; l'état de santé des patients s'améliore plutôt graduellement et approximativement 10 % à 20 % par année atteignent une rémission stable de leur trouble.

L'adoption d'un mode de vie plus sain tout comme le développement des habiletés et du soutien social nécessaires à la gestion de ces troubles, requièrent des changements majeurs qui prennent des mois et des années. Il n'y a aucune raison de croire que le rétablissement de deux troubles concomitants peut être plus rapide que le rétablissement d'un seul trouble. Ainsi, ces programmes intégrés n'imposent pas de trop longues contraintes de temps aux patients qui y participent, mais reconnaissent plutôt que chaque individu se rétablit à son propre rythme, avec le temps et l'aide nécessaire. Enfin, un autre aspect des programmes est l'adoption de l'approche motivationnelle avec les patients ou le traitement par étapes. Nous en discutons dans la section suivante.

Le traitement par étapes

Une caractéristique centrale des traitements intégrés est le concept

d'*étapes de traitement*. Plusieurs cliniciens et chercheurs ont suggéré que des changements aux comportements mésadaptés se produisent au cours d'une série d'étapes différentes (Mahoney, 1991; Osher et Kofoed, 1989; Prochaska, 1984). Ces étapes diffèrent quant à l'état de motivation des patients, à l'orientation vers les changements, aux objectifs et aux interventions davantage susceptibles d'être efficaces. La reconnaissance des stades de traitement peut fournir au clinicien de l'information valable au sujet des objectifs immédiats sur lesquels mettre l'accent de l'équipe thérapeutique et donc, des interventions les plus aptes à réussir à un moment particulier au cours du rétablissement.

Les étapes de traitement des troubles de comorbidité décrites ici ont été proposées pour la première fois par Osher et Kofoed (1989). Ces auteurs observaient que la plupart des patients qui se rétablissent d'un double diagnostic progressent à travers une série de quatre étapes : l'*engagement*, la *persuasion*, le *traitement actif* et la *prévention de la rechute*, bien que les rechutes et les retours en arrière soient chose commune. Chaque étape peut être définie selon l'abus d'alcool et de drogues du patient et la nature de sa relation avec un clinicien. En déterminant le stade de traitement, des objectifs appropriés peuvent être identifiés et un plan formulé. Les cliniciens ont un large éventail d'options qu'ils peuvent utiliser pour aider les patients à progresser à travers les étapes.

Dans cette section, nous définissons chaque étape de traitement, les objectifs de chacune et donnons des exemples d'interventions qui peuvent être utilisées pour atteindre ces objectifs. Le tableau 1 résume les définitions et les objectifs de chaque étape. Après la description des quatre étapes et des stratégies possibles de traitement à chaque étape, nous soulignons l'utilité clinique du concept d'étapes et considérons les conséquences d'interventions appareillées adéquatement au stade de traitement du patient.

L'étape de l'engagement

L'étape de l'engagement se définit par le manque d'alliance thérapeutique entre le patient et le clinicien. Sans l'établissement de cette relation, le clinicien ne peut pas aider le patient à modifier ses comportements de consommation. Donc, le but de l'étape est d'établir cette alliance.

Les termes d'alliance thérapeutique et de relation thérapeutique sont largement utilisés dans la littérature psychothérapeutique et ont récemment été adaptés pour qualifier la relation entre un patient et son *case manager*. Par exemple, Bordin (1976) fournit une définition large de la relation thérapeutique, y incluant 1) la perception de la pertinence

Tableau 1
Étapes de traitements, définitions, et objectifs

Étapes	Définitions	Objectifs
Engagement	La personne n'a pas de contact régulier avec un clinicien qui traite les problèmes de comorbidité.	Établir une alliance thérapeutique avec le patient.
Persuasion	Le patient a un contact régulier avec un clinicien, mais ne veut pas travailler à diminuer sa consommation.	Développer la conscience du patient à l'effet que sa dépendance est un problème et la motivation de changer.
Traitement actif	Le patient est motivé à réduire sa consommation comme l'indique sa diminution pour au moins un mois mais moins de six.	Aider le patient à réduire davantage sa consommation et si possible, atteindre l'abstinence.
Prévention des rechutes	Le patient n'a pas connu de problèmes reliés à la dépendance pour au moins 6 mois (ou est abstinent).	Maintenir la conscience qu'une rechute peut se produire et étendre le rétablissement à d'autres domaines de vie (par exemple, les relations sociales, le travail).

des tâches cognitivo-comportementales comprises dans un travail de collaboration, 2) l'entente sur les objectifs de l'intervention et 3) la force des liens interpersonnels entre le clinicien et le patient (par exemple, la confiance mutuelle et l'acceptation). Bien qu'un objectif à long terme des traitements intégrés soit d'établir une relation étroite entre clinicien et patient, telle que décrite par Bordin (1976) et illustrée par l'importance d'un partage de la prise de décision pour les besoins de l'engagement dans le traitement, nous adoptons une définition plus simple et spécifiquement comportementale de l'alliance thérapeutique. Nous parlons d'un patient *engagé dans un traitement* (et donc ayant une relation thérapeutique avec le clinicien) si le patient voit le clinicien sur une base régulière (par exemple, à chaque semaine).

Il y a deux raisons de définir une relation thérapeutique en termes de contacts réguliers entre le patient et le clinicien, plutôt que selon la définition plus riche et complexe qu'en fait Bordin (1976). Premièrement, il est plus facile pour les cliniciens de s'entendre entre eux sur la fréquence des contacts entre clinicien et patient que sur le degré d'entente, de confiance et d'acceptation. L'entente entre cliniciens est particulièrement importante lorsque le traitement de la comorbidité est dis-

pensé par une équipe multidisciplinaire, car les désaccords sur l'étape de traitement pourraient entraîner des interventions contradictoires de la part des différents cliniciens. Deuxièmement, la volonté du patient de voir le clinicien sur une base régulière indique un niveau d'engagement interpersonnel ou une implication thérapeutique assez solide pour commencer à explorer les objectifs fixés en regard de l'abus de substances et d'autres problèmes et ainsi commencer la prochaine étape : la persuasion.

Les interventions de l'engagement

Les patients qui ne sont pas engagés activement dans leur traitement fréquentent souvent les cliniques de façon inconsistante et sur une base sporadique et ils n'établissent jamais de relations de confiance avec un seul clinicien. Aussi, pour établir une relation thérapeutique, la pratique de l'outreach est-elle souvent nécessaire.

Le processus d'engagement commence de façon typique par l'aide offerte pour assurer les besoins de base : nourriture, hébergement, vêtements, intervention de crise ou support. Tout en dispensant de l'aide pratique, la sensibilité et l'expertise sont nécessaires pour comprendre le langage, les comportements et les besoins non exprimés du patient et pour y répondre de manière à développer la confiance et l'ouverture. Au niveau le plus fondamental, le clinicien tente de provoquer l'arrivée dans la vie du patient de quelque chose de positif, que ce soit d'ordre tangible ou émotionnel ou encore il essaie d'atténuer ou d'écarter quelque chose de douloureux ou de déplaisant. À mesure que ces changements se manifestent grâce à l'intervention du clinicien, le patient commence à le voir comme quelqu'un de potentiellement utile et éventuellement comme quelqu'un qui se préoccupe de son bien-être. La relation thérapeutique qui émerge sert de lien critique à travers lequel les autres traitements intégrés deviennent possibles.

À l'étape de l'engagement, le clinicien n'aborde pas la question de l'abus directement, mais tente plutôt de connaître davantage les expériences du patient et de développer une relation qui servira plus tard de base pour modifier le comportement d'abus. Les tentatives prématurées d'amener le patient à réduire sa consommation ou de s'en abstenir sont souvent infructueuses car elles négligent de reconnaître que le patient doit d'abord développer la motivation, les habiletés et les supports voulus pour adopter un meilleur mode de vie, libre d'abus de substances. L'alliance thérapeutique doit permettre de discuter de l'abus de substances chez le patient et de ses symptômes à la fin de l'étape de l'engagement afin de faciliter le travail à l'étape de la persuasion.

Plusieurs interventions variées sont possibles pour atteindre l'objectif de l'étape de l'engagement. Le tableau 2 en fournit des exemples.

Tableau 2

Exemples d'interventions cliniques pour le stade de l'engagement

- L'outreach
- L'aide pratique au niveau des besoins essentiels (nourriture, vêtement, hébergement, revenu, transport, soins médicaux)
- Intervention de crise
- Support et assistance pour le réseau social
- Stabilisation des symptômes psychiatriques — gestion de la médication
- Éviter les poursuites judiciaires
- Aider à organiser les visites avec les enfants
- Rencontres de famille
- Surveillance étroite

L'étape de la persuasion

Après avoir établi un contact régulier et une relation de travail avec un clinicien, plusieurs patients ne reconnaissent pas encore les effets négatifs de l'abus de substances et ne tentent pas de modifier leur comportement de consommation. Reconnaître ces effets négatifs ou tenter de modifier ces comportements constitue une forme de motivation; les patients qui ne sont pas motivés sur le plan comportemental en sont à l'étape de la persuasion. Cliniquement, il n'est pas très utile de tenter de changer les comportements du patient avant qu'il n'y voit quelque chose d'indésirable ou de problématique. Donc, les objectifs de persuasion seront de l'aider à reconnaître que sa consommation est problématique, de développer l'espoir que sa vie peut être améliorée en réduisant sa consommation et de montrer l'intérêt d'aborder la question de l'abus en tentant de modifier ce comportement.

Les tâches de persuasion se distinguent de l'aide directe apportée au patient pour acquérir des habiletés ainsi que du soutien pour diminuer l'abus de substances, composantes du traitement qui sont au centre de la prochaine étape.

Des interventions de persuasion

Diverses stratégies sont possibles pour aider les patients à compren-

dre que leur abus de substances est un problème. Les symptômes psychiatriques actifs doivent être stabilisés dans la mesure du possible afin de minimiser la détérioration de l'insight et du jugement provenant de la folie des grandeurs, de la psychose ou des troubles de la pensée. Les patients et les membres de leur famille bénéficient souvent d'une éducation relativement à la maladie mentale, à l'abus des substances, aux interactions entre les deux et aux principes de traitement pour chaque trouble. Le counseling individuel de l'étape de la persuasion est basé sur l'entrevue motivationnelle (Miller et Rollnick, 1991), qui permet aux patients d'identifier leurs objectifs personnels et de découvrir de quelle manière leur consommation interfère avec l'atteinte de ces objectifs.

Les interventions de groupes aident plusieurs patients à développer la motivation voulue pour aborder les problèmes reliés à la consommation (Mueser et Noordsy, 1996). Les groupes de persuasion sont conçus pour fournir un forum ouvert où discuter avec d'autres patients, sans les critiquer, d'expériences de consommation d'alcool et de drogues avec leurs effets positifs et négatifs. Les groupes d'entraînement aux habiletés sociales (Bellack et al., 1997) et le counseling individuel cognitivo-comportemental peuvent aider les patients à développer des solutions de remplacement qu'ils peuvent utiliser pour satisfaire des besoins auxquels ils auraient répondu par l'abus de substances : occasions de socialisation, stratégies de *coping* avec des symptômes difficiles et développement d'activités de loisirs et de récréation plus saines. À mesure que les patients acquièrent ces habiletés, leur dépendance aux substances pour combler leurs besoins diminue et leur conscience des effets négatifs sur leur vie, tout comme leur motivation à changer, augmente. Des interventions de la famille (Mueser et Glynn, 1999) et un choix d'options récréatives et sociales saines sont aussi souvent utilisés comme stratégies au cours de l'étape de la persuasion.

Des interventions coercitives telles que des hospitalisations forcées, la curatelle ou un traitement communautaire imposé seront quelquefois nécessaires pour stabiliser un patient au double diagnostic devenu dangereusement malade. Il faut reconnaître que cette prévention des méfaits et l'obligation de se soumettre à des mesures coercitives entraînent ne constituent pas des traitements et que de tels contrôles peuvent au mieux maintenir un patient dans son état (O'Keefe et al., 1997). Les aspects les plus utiles des mesures non volontaires peuvent être de permettre un meilleur accès au patient et sa stabilisation psychiatrique. Pour que le patient progresse à travers le processus de persuasion, le clinicien doit encore établir une alliance thérapeutique et assurer le développement de la motivation.

Le terme *persuasion* peut parfois induire en erreur. L'essence de la

persuasion est de permettre au patient de s'approprier son pouvoir afin d'acquérir de l'insight, du courage, de l'espoir et le désir de changer ses modèles de consommation ; il ne faut pas forcer le patient à diminuer ou éliminer la consommation en le harcelant constamment ou en instituant des contrôles de comportement. La motivation à réduire sa consommation ou d'atteindre l'abstinence doit venir du patient lui-même, non du clinicien ou de la famille. Cette distinction est souvent mal comprise et mène souvent à la frustration chez les cliniciens qui tentent prématurément de forcer leurs patients à viser l'abstinence comme objectif avant qu'une motivation suffisante ait été développée.

Comprendre que la motivation doit exister chez le patient permet aux dispensateurs de services de reconnaître que plusieurs autres changements importants pourraient se produire durant l'étape de la persuasion. Par exemple, obtenir du travail, améliorer ses habiletés sociales ou accroître son soutien social peut être accompli avant qu'on exprime une motivation pour l'abstinence ; ces changements aident à insuffler de l'espoir et à nourrir la motivation nécessaire à l'élaboration d'un mode de vie plus sain qui ne dépende plus de l'abus de substances. Encore là, l'accent est mis sur l'appropriation du pouvoir par le patient de faire des changements fondés sur ses propres désirs, non sur des interventions coercitives ou non volontaires. Les cliniciens doivent avoir confiance que si la consommation de substances est en fait problématique pour le patient, un travail de persuasion se fera chez lui. Le travail des cliniciens est de créer les conditions qui facilitent la conscientisation des conséquences de l'abus et, plus important encore, de proposer des solutions de remplacement attrayantes qui vont inciter le patient à aller de l'avant.

Tableau 3

Exemples d'interventions cliniques à l'étape de la persuasion

- Éducation individuelle et familiale
- Entrevue motivationnelle
- Groupes de pairs (p. ex. groupe d'entraide de «persuasion»)
- Entraînements aux habiletés sociales afin d'aborder les situations qui ne sont pas reliées à la consommation
- Activités structurées (p. ex. soutien à l'emploi, bénévolat, loisirs, religion, organisations sociales, comité d'usagers ou groupes de travail)
- Échantillonnage d'activités sociales constructives et récréatives
- Préparation psychologique à des changements de mode de vie

nécessaires à la rémission

- Endroit sécuritaire pour la consommation (p. ex. lieu où la consommation de substance est tolérée).

L'étape du traitement actif

On estime qu'un patient est motivé à réduire sa consommation de substances, et est donc rendu à l'étape du traitement actif, lorsqu'il a diminué sa consommation de façon significative depuis plus d'un mois et tente activement de maintenir cette diminution ou de l'améliorer. Il est crucial que la « motivation » d'un patient de réduire ou d'éliminer sa consommation soit déterminée par son comportement actuel, et non par ses rapports verbaux. Les propos des patients au sujet de leur désir de travailler leur abus de substances, la diminution de leur consommation et l'abstinence sont chargés de facteurs sociaux et contextuels qui limitent leur validité en l'absence de changements comportementaux solides. Définir la motivation en termes de véritables changements de comportement, non de simple comportement verbal, évitera de tenter de changer le comportement de consommation avant que le patient soit prêt.

Le but de l'étape du traitement actif est d'aider le patient à réduire sa consommation au point d'éliminer les conséquences négatives ou d'atteindre l'abstinence pour une durée prolongée. Bien que des données de recherche indiquent que l'abstinence est une stratégie de rémission plus réussie qu'une consommation occasionnelle ou modérée (Drake et Wallach, 1993), la décision de poursuivre l'abstinence doit venir du patient. Souvent, les patients commencent leur processus de rétablissement en réduisant graduellement leur consommation de substances. À mesure qu'ils éprouvent moins de conséquences négatives liées à l'abus de substances ou qu'ils ont de la difficulté à limiter leur consommation, le but de l'abstinence se développe comme une approche plus réaliste pour éliminer les problèmes d'abus.

Des interventions du traitement actif

Un large éventail de stratégies cliniques peut être utile pour aider les patients à diminuer leur consommation ou atteindre l'abstinence. Les approches traditionnelles basées sur la réadaptation sont utilisées pour accroître les habiletés et améliorer le soutien et ces stratégies peuvent être implantées sous diverses formes de traitements (individuel, groupe, famille) et dans plusieurs milieux. Le counseling individuel emploiera des techniques comportementales pour réduire l'abus de substances ou encou-

rager l'abstinence et pour développer des réseaux sociaux qui soutiennent un mode de vie plus sain. Des groupes de traitement actif et d'entraînement aux habiletés sociales (Mueser et Noordsy, 1996) peuvent aider les patients à réduire leur consommation en développant des mécanismes pour affronter des situations à haut risque (par exemple, les périodes d'ennui) ou des habiletés compensatoires pour répondre à leurs besoins sans avoir recours aux substances.

Des groupes d'entraide comme les Alcooliques anonymes peuvent être utiles pour les patients qui endossent l'abstinence comme objectif et qui désirent profiter de la grande disponibilité de ces groupes dans la plupart des communautés (Noordsy et al., 1996). Les patients pourraient s'affilier plus rapidement avec des groupes d'entraide taillés sur mesure pour les personnes ayant un double diagnostic (par exemple, les groupes du double rétablissement «Dual Recovery»). Des méthodes de résolutions de problèmes familiaux peuvent être utilisées pour identifier des déclencheurs possibles d'abus de substances ou des envies de consommer, pour aider les patients à s'impliquer dans des activités alternatives, pour structurer leur temps et diminuer les occasions de consommer et pour dispenser des récompenses pour faciliter l'atteinte de leurs buts (Mueser et Glynn, 1999). Le soutien à l'emploi peut aider les personnes à obtenir et à maintenir des emplois non protégés (Sengupta et al., 1998), diminuant ainsi le temps disponible pour consommer et améliorant leur estime de soi, leur situation financière et l'investissement dans la stabilité psychiatrique.

Bien que le but explicite de cette étape soit de réduire la consommation, les cliniciens reconnaissent que des changements comportementaux soutenus impliquent beaucoup plus que d'éviter les substances. Cela inclut aussi des changements du mode de vie, tels que le travail, les relations sociales, les loisirs et les activités récréatives, les habiletés à prendre soin de soi et l'hébergement, éléments qui, pris ensemble, déterminent la qualité de vie d'une personne. Donc, les interventions au cours du traitement actif pourraient nécessiter d'aborder les changements plus significatifs nécessaires à l'atteinte d'un mode de vie différent qui ne s'appuie pas sur l'alcool et les drogues. Les cliniciens exploitent le processus de persuasion pour développer chez les patients la reconnaissance et la motivation voulues pour aborder ces changements. Ce processus détermine quels domaines sont abordés pendant le traitement actif et lesquels sont reportés à un travail ultérieur.

Les rechutes ou les retours à un usage abusif de substances sont choses communes lors de cette étape du traitement. Les rechutes ne sont pas perçues comme des échecs mais plutôt comme faisant partie du

cours de la maladie chronique. Les rechutes sont utilisées comme des occasions d'apprendre ce dont le patient a besoin de savoir pour atteindre une rémission soutenue. Le patient et le clinicien examinent la rechute dans les menus détails, les informations sur les déclencheurs et les séquences d'événements menant à la consommation. Ils utilisent cette information pour raffiner leurs interventions et identifier de nouveaux domaines de changements de mode de vie qui demandent de l'attention.

Tableau 4
**Exemples d'interventions cliniques
 pour l'étape du traitement actif**

- Résolution de problèmes individuels et reliés à la famille
- Groupes de pairs (p. ex. groupes de «traitement actif»)
- Entraînements aux habiletés sociales pour affronter les situations reliées à l'abus de substances
- Groupes d'entraide (p. ex. Alcooliques Anonymes)
- Counseling individuel cognitivo-comportemental
- Activités de substitution (p. ex. travail, sports)
- Traitements pharmacologiques pour appuyer l'abstinence (p. ex. disulfiram, naltrexone).
- Lieu sécuritaire de consommation
- Psychoéducation
- Gestion de stress et habiletés de *coping*

L'étape de la prévention de la rechute

On considère que le patient a atteint l'étape de la prévention de la rechute quand il n'éprouve plus de conséquences négatives reliées à la consommation (ou a été abstinent) pour au moins six mois. Les buts de cette étape sont de maintenir une vigilance quant au fait que la rechute est possible, de préparer un plan pour répondre à une éventuelle rechute et poursuivre le rétablissement dans d'autres domaines de vie, telles les relations sociales, le travail et la santé. Une fois que les patients ont atteint une période soutenue de sobriété, ils développent une fausse confiance qu'ils peuvent consommer de façon modérée. Cette stratégie échoue habituellement étant donné que peu de patients souffrant de troubles mentaux graves sont capables d'une consommation modérée d'alcool ou de drogues sans subir de conséquences négatives (Drake et

Wallach, 1993). Aider les patients en stade de prévention de rechute à maintenir une conscience de leur très grande vulnérabilité et développer des stratégies de surveillance sont des objectifs critiques de cette étape de traitement.

Des interventions de prévention de rechute

À chaque étape, les choix des patients sont aussi d'une très grande importance pour réaliser les objectifs de prévention de la rechute et de rétablissement soutenu. Plusieurs patients fréquentent les groupes d'entraide, d'autres des groupes de double diagnostic, d'autres encore évaluent leur consommation de substances régulièrement avec leurs cliniciens et certains utilisent d'autres réseaux de soutien communautaire pour maintenir leur sobriété et améliorer leur fonctionnement dans d'autres domaines. Habituellement, un éventail de différentes stratégies est utilisé pour chaque patient.

Le but ultime de cette étape est de développer un processus significatif de rétablissement. Les cliniciens facilitent le changement et le développement d'un mode de vie sain. Lorsque la rémission des troubles liés aux substances a duré plus de six mois, il devient de plus en plus important d'aider les patients à atteindre leurs objectifs dans d'autres domaines de vie. Plus les patients sont en mesure de profiter des récompenses inhérentes aux activités normales telles que le travail, les relations sociales, les activités de loisirs, moins ils seront susceptibles de vivre des rechutes. Ainsi, des stratégies comme le soutien à l'emploi et un entraînement aux habiletés sociales peuvent-elles être utilisées pour aider les patients à atteindre leurs objectifs liés à un travail et à des relations sociales qui comportent des rôles donnant une signification à leur vie. Il pourrait être bénéfique pour les patients rendus à l'étape de la prévention de la rechute de servir de mentor pour d'autres patients qui sont aux premiers stades de traitement.

Il est en même temps utile de se préparer aux rechutes pendant le stade de la prévention. Le patient doit savoir à quoi s'attendre lors d'une rechute et recommencer immédiatement à travailler vers la diminution de la consommation ou l'abstinence au lieu de vivre une rechute prolongée accompagnée d'un sentiment d'échec et de désespoir. Fournir aux patients de l'information sur le processus à long terme du rétablissement est souvent utile pour les préparer à la possibilité d'une rechute et articuler des plans d'action soit pour la prévenir soit pour en minimiser la gravité.

Tableau 5
**Exemples d'interventions cliniques
pendant le stade de prévention de rechutes**

- Étendre l'implication dans le soutien à l'emploi ou l'emploi indépendant
- Groupes de pairs (p. ex. groupe de «traitement actif»)
- Groupes d'entraide (p. ex. Alcooliques Anonymes)
- Entraînements aux habiletés sociales à d'autres domaines
- Résolution de problèmes familiaux
- Amélioration de mode de vie (p. ex. cesser de fumer, régime alimentaire sain, exercices physiques réguliers, techniques de gestion de stress)
- Logement autonome
- Devenir un modèle pour d'autres à travers un groupe ou du counseling individuel de pairs, ou une relation de parrainage, etc.

Utilité clinique des étapes de traitement

La caractéristique la plus importante des étapes de traitement est qu'elles permettent au clinicien d'identifier les objectifs appropriés et les diverses stratégies du processus de rétablissement, notamment au tout début de l'intervention quand les patients ne sont pas engagés dans le traitement et ne réussissent pas à prendre conscience que leur abus de substances est un problème significatif. Traiter le patient à cette étape permet de s'assurer que les interventions pertinentes seront appropriées à l'état de motivation du patient. Ainsi, on évite les effets négatifs consécutifs aux tentatives prématurées de vouloir changer le comportement du patient avant qu'il n'y soit prêt. Par exemple, si un clinicien tente d'aider un patient à constater que son abus de substances est destructeur (un but de l'étape de la persuasion) avant que la relation thérapeutique soit établie (l'étape de l'engagement), il pourrait par mégarde le détourner du traitement. De même, si le clinicien tente d'aider le patient à réduire sa consommation (un objectif du traitement actif) avant qu'il ne prenne conscience que l'abus de substances est un problème (l'étape de la persuasion), le patient pourrait être désenchanté, convaincu que le clinicien ne le comprend pas, et abandonner le traitement. Par conséquent, le concept des étapes accroît les probabilités de faire appel aux interventions les plus pertinentes pour le patient à toutes les étapes du traitement.

Le clinicien et l'équipe de traitement doivent bien connaître le stade de traitement de chacun de leurs patients afin de traiter efficacement leur trouble de consommation. Les étapes devraient être discutées régulièrement lors de rencontres de l'équipe, les désaccords résolus par consensus et des objectifs établis conformément au stade de traitement actuel du patient. Si les cliniciens ne sont pas au fait du stade du traitement, s'il existe entre eux des désaccords significatifs et fréquents à cet égard ou si la discussion parmi les dispensateurs de traitements fait rarement allusion au stade des patients, les traitements par étapes ne sont probablement pas dispensés. Conséquemment, les résultats ne sont pas optimisés.

Programmes de traitements intégrés

Ainsi, les traitements intégrés de doubles diagnostics sont basés sur un ensemble de principes et de valeurs plutôt que sur un package préétabli et limité de procédures de traitement. L'un des résultats est que les programmes de traitements intégrés ne sont pas tous identiques et peuvent varier de l'un à l'autre selon que l'accent est mis sur telle ou telle modalité de traitement (par exemple, méthodes individuelle, de groupe, familiale) et d'après la disponibilité d'autres services (par exemple, suivi intensif dans le milieu, soutien à l'emploi ou appartement supervisé). Bien que des variations dans les caractéristiques spécifiques des programmes existent, l'efficacité des programmes est déterminée en grande partie par leur façon d'englober les composantes essentielles des traitements intégrés ici décrits. Ces programmes sont aussi ouverts à l'intégration de nouvelles techniques à mesure qu'elles sont disponibles pour traiter les patients présentant des troubles liés aux substances.

RÉFÉRENCES

- ANTHONY, W. A., 1993, Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 11-23.
- BARTELS, S. J., TEAGUE, G. B., DRAKE, R. E., CLARK, R. E., BUSH, P. W., NOORDSY, D. L., 1993, Substance abuse in schizophrenia: Service utilization and costs, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 227-232.
- BELLACK, A. S., MUESER, K. T., GINGERICH, S., AGRESTA, J., 1997, *Social Skills Training for Schizophrenia: A Step-By-Step Guide*, New York, Guilford.
- BERNADT, M. W., MURRAY, R. M., 1986, Psychiatric disorder, drinking and alcoholism: What are the links? *British Journal of Psychiatry*, 148, 393-400.

- BORDIN, E. S., 1976, The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance, *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252-260.
- BRADY, S., HIAM, C. M., SAEMANN, R., HUMBERT, L., FLEMING, M. Z., DAWKINS-BRICKHOUSE, K., 1996, Dual diagnosis: A treatment model for substance abuse and major mental illness, *Community Mental Health Journal*, 32, 573-578.
- CAREY, K. B., 1996, Substance use reduction in the context of outpatient psychiatric treatment: A collaborative, motivational, harm reduction approach, *Community Mental Health Journal*, 32, 291-306.
- COPELAND, M. E., 1997, *Wellness Recovery Action Plan*, Brattleboro, VT, Peach Press.
- Deegan, P. E., 1992, The Independent Living Movement and people with psychiatric disabilities: Taking back control over our own lives, *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 15, 3-19.
- DICKEY, B., AZENI, H., 1996, Persons with dual diagnoses of substance abuse and major mental illness: Their excess costs of psychiatric care, *American Journal of Public Health*, 86, 973-977.
- DRAKE, R. E., ANTOSCA, L. M., NOORDSY, D. L., BARTELS, S. J., OSHER, F. C., 1991, New Hampshire's specialized services for the dually diagnosed, in Minkoff, K., Drake, R. E. eds., *New Directions for Mental Health Services*, 50, San Francisco, Jossey-Bass, 57-67.
- DRAKE, R. E., BARTELS, S. J., TEAGUE, G. B., NOORDSY, D. L., CLARK, R. E., 1993, Treatment of substance abuse in severely mentally ill patients, *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 181, 606-611.
- DRAKE, R. E., MERCER-McFADDEN, C., MUESER, K. T., MCHUGO, G. J., BOND, G. R., 1998, Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders, *Schizophrenia Bulletin*, 24, 589-608.
- DRAKE, R. E., MUESER, K. T., CLARK, R. E., WALLACH, M. A., 1996, The course, treatment, and outcome of substance disorder in persons with severe mental illness, *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 42-51.
- DRAKE, R. E., OSHER, F. C., WALLACH, M. A., 1989a, Alcohol use and abuse in schizophrenia: A prospective community study, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 408-414.
- DRAKE, R. E., WALLACH, M. A., 1993, Moderate drinking among people with severe mental illness, *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 780-782.

- DRAKE, R. E., WALLACH, M. A., HOFFMAN, J. S., 1989b, Housing instability and homelessness among aftercare patients of an urban state hospital, *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 46-51.
- EL-GUEBALY, N., 1990, Substance abuse and mental disorders: The dual diagnoses concept, *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 261-341.
- FISHER, D. B., 1992, Humanizing the recovery process, *Resources*, 4, 5-6.
- HATFIELD, A. B., LEFLEY, H. P., 1987, *Families of the Mentally Ill: Coping and Adaptation*, New York, Guilford.
- HATFIELD, A. B., LEFLEY, H. P., 1993, *Surviving Mental Illness: Stress, Coping, and Adaptation*, New York, Guilford.
- KAVANAGH, D. J., 1995, An intervention for substance abuse in schizophrenia, *Behavior Change*, 12, 20-30.
- MAHONEY, M. J., 1991, *Human Change Processes: The Scientific Foundations of Psychotherapy*, New York, Basic Books.
- MARLATT, G. A., 1998, *Harm Reduction: Pragmatic Strategies for Managing High-risk Behaviors*, New York, Guilford.
- MILLER, W. R., ROLLNICK, S., 1991, *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*, New York, Guilford.
- MINKOFF, K., 1989, An integrated treatment model for dual diagnosis of psychosis and addiction, *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 1031-1036.
- MUESER, K. T., DRAKE, R. E., NOORDSY, D. L., 1998, Integrated mental health and substance abuse treatment for severe psychiatric disorders, *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, 4, 129-139.
- MUESER, K. T., GLYNN, S. M., 1999, *Behavioral Family Therapy for Psychiatric Disorders*, Second ed., Oakland, CA, New Harbinger.
- MUESER, K. T., NOORDSY, D. L., 1996, Group treatment for dually diagnosed clients, in Drake, R. E., Mueser, K. T., eds., *Dual Diagnosis of Major Mental Illness and Substance Abuse Disorder II: Recent Research and Clinical Implications. New Directions for Mental Health Services*, Vol 70, San Francisco, Jossey-Bass, 33-51.
- NOORDSY, D. L., SCHWAB, B., FOX, L., DRAKE, R. E., 1996, The role of self-help programs in the rehabilitation of persons with severe mental illness and substance use disorders, *Community Mental Health Journal*, 32, 71-81.
- O'KEEFE, C., POTENZA, D. P., MUESER, K. T., 1997, Treatment outcomes for severely mentally ill patients on conditional discharge to community-

- based treatment, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 409-411.
- OSHER, F. C., KOFOED, L. L., 1989, Treatment of patients with psychiatric and psychoactive substance use disorders, *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 1025-1030.
- POLCIN, D. L., 1992, Issues in the treatment of dual diagnosis clients who have chronic mental illness, *Professional Psychology: Research and Practice*, 23, 30-37.
- PROCHASKA, J. O., 1984, *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis*, Homewood, IL., Dorsey.
- RIDGELY, M. S., GOLDMAN, H. H., WILLENBRING, M., 1990, Barriers to the care of persons with dual diagnoses: Organizational and financing issues, *Schizophrenia Bulletin*, 16, 123-132.
- ROSENTHAL, R. N., HELLERSTEIN, D. J., MINER, C. R., 1992, Integrated services for treatment of schizophrenic substance abusers: demographics, symptoms, and substance abuse patterns, *Psychiatric Quarterly*, 63, 3-26.
- SENGUPTA, A., DRAKE, R. E., MCHUGO, G. J., 1998, The relationship between substance use disorder and vocational functioning among persons with severe mental illness, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22, 41-45.
- SHANER, A., KHALSA, M. A., ROBERTS, L., WILKINS, J., ANGLIN, D., HSIEH, S. C., 1993, Unrecognized cocaine use among schizophrenic patients, *American Journal of Psychiatry*, 150, 758-762.
- TREFFERT, D. A., 1978, Marijuana use in schizophrenia: A clear hazard, *American Journal of Psychiatry*, 135, 1213-1215.
- WALLEN, M. C., WEINER, H. D., 1989, Impediments to effective treatment of the dually diagnosed patient, *Journal of Psychoactive Drugs*, 21, 161-168.
- ZIEDONIS, D., FISHER, W., 1996, Motivation-based assessment and treatment of substance abuse in patients with schizophrenia, *Directions in Psychiatry*, 16, 1-7.

ABSTRACT

Integrated treatment for severe mental illness and substance abuse: Effective components of programs for persons with co-occurring disorders

Traditional approaches to treating clients with co-occurring disorders based sequential or parallel mental health and substance abuse treatments have failed, leading to the development of integrated treat-

ment programs. In this article we define integrated treatment for clients with co-occurring disorders, and identify the core components of effective integrated programs, including: assertive outreach, comprehensiveness, shared decision-making, harm-reduction, long-term commitment, and stage-wise (motivation-based) treatment. The concept of stages of treatment is described to illustrate the different motivational states through which clients progress as they recover from substance abuse: engagement, persuasion, active treatment, and relapse prevention. The stages of treatment have clinical utility for guiding clinicians in identifying appropriate treatment goals matched to clients' motivational states, and selecting interventions based on these goals. By recognizing each client's current stage of treatment, clinicians can optimize outcomes by selecting interventions that are appropriate to the client's current motivational state or stage of treatment, and minimize clients dropping out from treatment. Effective integrated treatment programs for clients with co-occurring disorders differ in the specific services they provide, but share common elements in their philosophy and values. Research documents the beneficial effects of these programs, which bodes well for the long-term prognosis of clients with co-occurring disorders.

RESUMEN

Turbios mentales graves y abusos de sustancias: componentes eficaces de programas de tratamiento integrados para personas presentando una comorbosidad

Las aproximaciones tradicionales de cuidados de pacientes sufriendo de problemas de comorbosidad fundados sobre tratamientos secuenciales o en paralelo han fracasado en el caso de salud mental y abuso de sustancias, lo que ha conducido al desarrollo de programas de tratamientos integrados. En este artículo los autores definen los tratamientos integrados destinados a pacientes con este doble diagnóstico y identifican los componentes claves de programas integrados eficaces, incluyendo la práctica outreach, el aproximación holística, el reparto de la toma de decisión, la reducción del perjuicio, compromiso a largo plazo y el tratamiento por etapas (basado sobre una aproximación motivacional). El concepto de etapas del tratamiento esta descrito para ilustrar las fases de motivación vividas por las personas al mismo tiempo que se reestablecen de su dependencia de sustancia: el empeño, la persuasión, el tratamiento activo y la prevención de recaídas. Las etapas de tratamiento sirven a orientar los clínicos en la identificación de objetivo de tratamiento apropiados al estado de tratamiento de los pacientes y a escoger intervenciones fundadas sobre estos objetivos. Reconociendo el estado

de tratamiento de cada persona los clínicos pueden optimizar los resultados y escoger intervenciones apropiadas al estado de motivación de la persona o a la etapa de tratamiento y así minimizar los abandonos. Estos programas integrados difieren en los servicios específicos que dispensan. Sin embargo comparten elementos comunes en su filosofía y sus valores. Investigaciones documenten efectos benéficos de estos programas cuales se revelan de buen agüero para el pronóstico al largo plazo de personas presentan una comorbosidad.