

GLI INTERVENTI PSICOTERAPEUTICI PER IL COCAINISMO

Augusto Consoli, Giorgia Necco

Dipartimento di Patologia delle Dipendenze ASL 4, Torino

I- I DIVERSI APPROCCI PSICOTERAPEUTICI

Nel campo del trattamento delle dipendenze gli interventi psicoterapeutici hanno rivestito un ruolo controverso collegato all'identità che nel corso degli anni ha assunto il fenomeno delle dipendenze stesse. Anche il concetto di cura del sintomo o di cura complessiva della persona ha determinato l'applicazione di approcci psicoterapeutici diversi, oppure di un certo tipo di approccio ma indirizzato a obiettivi diversi. D'altra parte la definizione degli obiettivi del trattamento delle dipendenze, più in generale, ha coinvolto numerosi studiosi e operatori e solo negli ultimi anni si è giunti nella comunità scientifica, ad una discreta condivisione di quali possano essere gli outcome attesi dai trattamenti per le dipendenze.

Studiando in modo specifico gli interventi psicoterapeutici ci imbattiamo comunque in una difficoltà preliminare che consiste nella definizione formale di psicoterapia e nel difficile tentativo di individuare, anche in modo non definitorio o epigrafico, cosa possa essere inteso per psicoterapia, e inoltre se gli interventi caratterizzati in senso psicosociale possano essere inclusi nel concetto di psicoterapia, o su quale livello di profondità debba toccare l'intervento per poter parlare o meno di psicoterapia.

La complessità di questo aspetto è stata tale che diversi studi orientati allo studio dell'efficacia della psicoterapia hanno preferito accontentarsi dell'autodefinizione di psicoterapia da parte di chi ha proposto un certo paradigma o una sorta di "disciplinare" di un certo approccio, rinunciando all'assunzione di criteri di discernimento autonomi per individuare cosa fosse psicoterapia e cosa non lo fosse.

In una breve trattazione come la presente non possiamo attardarci su questi temi che hanno tuttavia una importanza epistemologica rilevante e appassionano, per i riferimenti culturali e antropologici che sono sottesi, anche chi è chiamato prevalentemente alle responsabilità cliniche o di gestione dei servizi. Ci limiteremo quindi a considerare le applicazioni concrete della psicoterapia o di terapie psicosociali alle dipendenze ed in particolare al cocainismo.

Bisogna considerare che lo sviluppo degli interventi psicoterapeutici è stato basato per diversi anni sul trattamento degli eroinomani per i quali dopo un periodo di diversi anni nel quale si è ritenuto che non fosse possibile applicare una tale terapia contemporaneamente all'assunzione di una cura con farmaci agonisti. In molti servizi italiani questo ha condotto per diversi anni ad un distanziamento tra gli strumenti della cura psicologica, i bisogni specifici dei pa-

zienti e gli strumenti di intervento farmacologici e relazionali con cui questi venivano concretamente trattati. Questa posizione è per certi aspetti simile a quelle correnti che hanno ritenuto non applicabile un intervento psicoterapeutico per i pazienti psicotici in trattamento con neurolettici. Il successivo sviluppo di interventi psicologici in presenza di trattamenti farmacologici ha consentito di osservare notevoli miglioramenti in pazienti ambulatoriali, o inseriti in strutture riabilitative (Woody 1983, Rounsaville 1983). Tale rilevazione compiuta a livello scientifico, e una certa evoluzione della cultura operativa e professionale, ha supportato lo sviluppo di approcci psicoterapeutici derivati da riferimenti teorici maggiori con adattamenti alle tipologie di pazienti incontrati nei servizi per le dipendenze.

L'applicazione della psicoterapia, usata come intervento elettivo e non associato ad altri interventi, nel campo specifico del cocainismo è stato studiato già da Rawson nel 1986 e da Carroll nel 1991. Gli autori si ponevano la domanda su quali fossero le caratteristiche dei pazienti candidati ad un miglior successo di un intervento psicoterapeutico, non meglio individuato, non associato ad altre terapie. Le ipotesi infatti potevano condurre all'idea che i pazienti che fossero ad un livello di gravità più bassa, potendo rimanere in astinenza da cocaina per diverse settimane con una certa agevolezza, potessero essere eleggibili per tale terapia. Un'altra linea di ricerca ipotizzava che per qualsiasi tipo di paziente gli effetti della psicoterapia fossero meno immediati e più a lungo termine, in modo opposto agli effetti di interventi farmacologici. Queste ipotesi non pienamente confermate sono state però stimolanti per una serie di ricerche sviluppate nel corso degli anni a livello internazionale sugli effetti della psicoterapia in questo settore.

Passando da osservazioni sulla valutazione delle psicoterapie studiate nel loro complesso ad una analisi delle caratteristiche dei diversi approcci psicoterapeutici e della loro applicabilità ai diversi profili di pazienti i ricercatori non hanno trovato la superiorità di una psicoterapia sull'altra o elementi per la validazione di abbinamenti di alta efficacia su un certo approccio psicoterapeutico con uno specifico profilo di pazienti (Luborsky 1975, Smith and Glass 1977). La psicoterapia è stata inoltre studiata come trattamento abbinato ad altri interventi, in particolare ad interventi farmacologici. Pur non essendo questo il tema del presente capitolo è importante rilevare che quando la psicoterapia è stata valutata come supporto alle terapie farmacologiche la sua efficacia si è dimostrata quasi assente mentre quando è stato cambiato il paradigma di applicazione, e quindi di ricerca, considerando la psicoterapia un intervento che completa con obiettivi ulteriori ed integrativi quelli dell'intervento farmacoterapeutico è stato possibile rilevarne degli importanti e persistenti effetti.

Di seguito si riportano, in modo epigrafico e senza alcuna pretesa di essere esaustivi, alcuni tra gli approcci più utilizzati nel campo degli interventi psicoterapeutici e psicosociali con esclusione di quegli interventi che utilizzano prevalentemente componenti concrete, come i buoni con valore di denaro dati con la funzione di rinforzo o altri tipi di supporto con tali caratteristiche. Nella seconda parte del capitolo sarà invece descritto uno degli approcci più utilizzati, e probabilmente più studiato, nel campo delle psicoterapie del cocainismo, la Terapia cognitivo comportamentale.

Terapia di coppia comportamentale

Le terapie di coppia a carattere comportamentale sono trattamenti che possono integrarsi con i trattamenti sanitari e hanno come obbiettivo quello di sostenere l'astinenza migliorare i rapporti all'interno delle coppia e ridurre eventuali comportamenti violenti tra i partner. Studi di Autori come O' Farrel e coll. (2000) e Fals-Stewart e coll. (1997) hanno confermato l'efficacia

di questo approccio e la possibilità di inserire questa offerta terapeutica all'interno del contesto organizzativo e delle risorse umane disponibili all'interno dei servizi.

Terapia familiare strategica breve

È stato sviluppato come un approccio che ha l'obiettivo di supportare le famiglie che abbiano membri di età adolescenziale. È stato realizzato all'interno del Cocaine Collaborative Study del Nida per raggiungere o mantenere l'astinenza e per aiutare i soggetti ad affrontare difficoltà personali anche non direttamente connesse all'uso di droga. Una ricerca di Szapocznik (1996) conferma l'utilità di questo approccio.

Terapia della famiglia

La terapia della famiglia ha un riscontro di notevole rilievo sia in ambito italiano ed europeo che oltre oceano. In Italia l'applicazione di tale paradigma si è rivelato di grande utilità per il trattamento di famiglie con dinamiche familiari particolarmente complesse secondo le ricerche e la manualistica realizzata in diverse scuole con questo indirizzo. Autori come Stanton, o come Cancrini in Italia, hanno effettivamente contribuito ad aggiungere strumenti concettuali di comprensione e di intervento nel settore delle dipendenze.

La terapia motivazionale

L'approccio incardinato sui riferimenti teorici di Prochaska e DiClemente (1986) relativo al riconoscimento, al sostegno e all'evoluzione del quadro motivazionale del paziente costituisce un elemento di grande impatto nel trattamento delle dipendenze, naturalmente anche nel caso del cocainismo. L'approccio motivazionale può essere usato singolarmente, oppure contemporaneamente ad altri trattamenti o come preludio a successivi interventi psicoterapeutici o farmacologici e psicosociali.

La terapia cognitivo-comportamentale

La terapia cognitivo-comportamentale si basa sui principi di apprendimento e dis-apprendimento che sono a loro volta riferiti ai meccanismi con cui tali processi avvengono. Questi sono il modellamento che si riferisce alle attività di imitazione e interiorizzazione di comportamenti osservati, il condizionamento operante promosso dagli elementi positivi di ritorno che derivano dallo specifico comportamento ed il condizionamento classico che si determina quando vi sia una associazione tra il comportamento e un qualsivoglia stimolo o evento associato.

Degli obiettivi e delle applicazioni di tale approccio al problema del cocainismo si tratta più diffusamente nella seconda parte del presente capitolo.

La psicoterapia psicodinamica

L'applicazione dell'approccio psicodinamico conduce ad una serie di importanti problemi di valutazione. Innumerevoli sono infatti i saggi sulla problematicità del rapporto tra gli obiettivi di evoluzione generale dei processi di funzionamento endopsichici del soggetto e la ricerca di soluzione dei sintomi che lo spingono a chiedere un trattamento. L'approccio psicodinamico infatti, almeno nella sua caratterizzazione prevalente, si pone come una terapia generale e non sin-

tomatica anche se nel corso degli ultimi anni siano state elaborate forme più flessibili ed orientate a specifiche esigenze cliniche dei pazienti. Ad esempio sia a livello internazionale che in Italia sono state sperimentate nel settore delle dipendenze terapie psicodinamiche focali o forme brevi applicate sia in modo isolato che in integrazione con altri tipi di trattamento. Negli Stati Uniti Luborsky (1983) ed i suoi collaboratori hanno realizzato già più di venti anni fa degli adattamenti dell'orientamento psicodinamico rispetto alle dipendenze che ha consentito di realizzare un testo guida per tale trattamento, ed ha inoltre realizzato successivamente diverse ricerche per valutare gli outcome.

La ricerca sugli aspetti psicopatologici e sulle tecniche di intervento psicodinamico sono state molto intense sia oltre oceano che in Europa e soprattutto in Francia. Tuttavia pochissimi di questi contributi sono stati canalizzati in ricerche che avessero un rilievo valutativo con una prospettiva di epidemiologia clinica.

La terapia dei 12 passi

Il trattamento che utilizza la terapia dei 12 passi ha origine dall'approccio sviluppato nei gruppi degli Alcolisti Anonimi. È controverso considerare tale approccio come intervento psicosociale, o psicoterapia o nessuna di queste due cose. Tralasciando tale questione è possibile dire che la sua evoluzione, che sostiene sia le componenti motivazionali che la presa di coscienza della problematicità della propria situazione, ha consentito di realizzare un intervento sistematico che valorizza le risorse del paziente e il riconoscimento dei suoi molteplici bisogni. Questo approccio è stato usato anche nel trattamento del cocainismo in associazione con alcolismo e sono state sviluppate ricerche per la sua valutazione in termini di ritenzione in trattamento e di efficacia (Carroll 2000).

2 - LA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE DEL COCAINISMO

Se gli approcci relativi al trattamento e alla gestione clinica del cocainismo sono molteplici vi sono molte evidenze collegate a ricerche cliniche sulla particolare utilità della Terapia Cognitivo-Comportamentale in questo settore. Questo approccio risulta molto utile soprattutto in quanto si pone in modo focale rispetto alla problematica di uso di cocaina aiutando i pazienti ad affrontare con una certa efficacia, con strategie di contrasto o di evitamento, i rischi di ricaduta. Vi sono esperienze e ricerche svolte a livello internazionale su questo approccio. Anche in Italia le scuole di psicoterapia cognitivo-comportamentale, e i diversi servizi che hanno professionisti preparati in tale area dottrinale e operativa, hanno svolto importanti attività di trattamento e di ricerca.

Tuttavia è necessario evidenziare che grande parte del lavoro di ricerca di elevata qualità ed estensione tematica, di costruzione e di sintesi delle diverse esperienze cliniche, e di rielaborazione dei diversi spunti ed evidenze collezionate è stato svolto dalla dottoressa Kathleen Carroll, professoressa presso l'Università di Yale, con la quale l'autore del presente scritto collabora da tempo. Alla dottoressa Carroll e al suo staff va il ringraziamento per la disponibilità espressa ad impiegare e riportare anche il materiale delle ricerche e delle relative elaborazioni e per il fatto di svolgere un validissimo riferimento nel corso delle applicazioni in Italia del modello da loro elaborato, di cui si riporta nel seguito del capitolo una breve traccia.

Elementi di fondo della terapia cognitivo-comportamentale

Vi sono alcune importanti caratteristiche della TCC che la rendono particolarmente utile come terapia contro l'abuso e la dipendenza da cocaina.

La TCC rappresenta un tipo di approccio breve e quindi adatto alla maggior parte dei programmi clinici.

Questo tipo di approccio è stato ampiamente valutato tramite rigorosi test clinici ed ha una solida base empirica nel trattamento dell'abuso di cocaina.

In particolare sono evidenti, come punti di merito della TCC, sia la durata degli effetti sia la sua efficacia con sottogruppi costituiti da cocainomani gravi, aspetto che sarà successivamente illustrato.

La TCC è strutturata, orientata e focalizzata verso i problemi immediati cui si trovano di fronte i cocaino-dipendenti che stanno iniziando il trattamento per liberarsi dall'uso della sostanza.

La TCC è flessibile, rappresenta un approccio personalizzato che può essere adattabile a un'ampia gamma di pazienti così come a diversi tipi di setting (pazienti ricoverati o pazienti esterni) e di forme di terapia (di gruppo o individuale).

La TCC è compatibile con altri trattamenti che il paziente deve ricevere come, ad esempio, la terapia farmacologica e racchiude al suo interno una serie di importanti strumenti e di obiettivi comunemente usati con successo nel trattamento dell'abuso di sostanze.

Aspetti prioritari nell'intervento cognitivo-comportamentale

La TCC si assume numerosi compiti che, per la loro importanza, possiamo definire critici, al fine di affrontare con successo il trattamento nell'abuso della sostanza (Rounsaville e Carroll 1992).

- *Incoraggiare la motivazione nei confronti dell'astinenza.* Un'importante tecnica usata per accrescere nei pazienti la motivazione a interrompere l'uso di cocaina consiste nello svolgere un'analisi decisionale che chiarisca vantaggi e svantaggi dalla continuazione dell'uso della cocaina.
- *Insegnare modalità per affrontare i problemi e le difficoltà.* Questo è il punto centrale di tutta la tecnica: aiutare i pazienti a riconoscere le situazioni ad alto rischio in cui più facilmente usano la sostanza e sviluppare, con loro, altre e più efficaci modalità sul come affrontare le stesse situazioni.
- *Modificare le situazioni che agiscono come rinforzo.* Come accennato, molti pazienti dedicano la maggior parte del loro tempo all'acquisto e al consumo della cocaina e, poi, al recupero dai suoi effetti escludendo, quindi, la possibilità di altre esperienze.

Nella TCC il focus è centrato sull'identificazione e sulla riduzione delle abitudini associate all'uso di droga modificando lo stile di vita tramite l'introduzione di attività stabili e positive per il paziente.

- *Incoraggiare la gestione delle emozioni più dolorose.* L'addestramento è anche focalizzato sulle tecniche utili per riconoscere e fronteggiare lo stimolo verso l'utilizzo di cocaina; questo rappresenta un eccellente modello per aiutare i pazienti a tollerare altre grandi difficoltà interiori come la depressione e l'ansia.
- *Potenziare le relazioni e sviluppare supporti sociali.* La TCC include sia l'apprendimento di importanti modalità relazionali sia l'aiuto, verso i pazienti, affinché possano espandere la loro rete sociale e possano costruire relazioni personali durevoli e non collegate all'uso di droga.

La TCC è basata sulla teoria dell'apprendimento sociale.

Essa ritiene che un fattore molto importante associato all'inizio dell'uso, e dell'abuso, di sostanze è che le persone *apprendono* come farlo.

Alcune modalità alla base dell'apprendimento dell'uso di droghe sono il modellamento, il condizionamento operante e il condizionamento classico.

Il modellamento

Noi sappiamo che le persone acquisiscono nuove capacità osservando altri e provando a loro volta. Per esempio, i bambini imparano il linguaggio ascoltando e copiando i loro genitori.

La stessa cosa può essere vera per molti utilizzatori di sostanze.

Osservando i loro genitori fare uso di alcool, alcune persone possono imparare ad affrontare i loro problemi bevendo.

Gli adolescenti, spesso, cominciano a fumare osservando i loro amici che lo fanno. E così molti abusatori di cocaina hanno iniziato a farne uso dopo aver visto amici o membri della loro famiglia usare cocaina o altre droghe.

Il condizionamento operante

Gli animali di laboratorio lavorano per procurarsi le stesse sostanze di cui molte persone fanno abuso (cocaina, oppiacei, alcool), semplicemente perché trovano piacevole l'assunzione di quella sostanza e ciò ne rinforza l'utilizzo.

L'uso di una droga, pertanto, può anche essere visto come un comportamento rinforzato dai suoi stessi effetti.

La cocaina può essere usata perché cambia il modo di sentirsi di una persona (ad es. più forte, energica, euforica, rinvigorita, meno depressa), il suo modo di pensare (posso fare ciò che voglio) e i suoi comportamenti (minor timidezza, maggior fiducia).

Le conseguenze positive (e negative) percepite dalle persone variano, però, ampiamente da individuo a individuo.

Le persone con storie familiari di abuso di sostanze, con alto bisogno di andare alla ricerca di sensazioni, o quelle con concomitante disturbo psichiatrico possono trovare l'assunzione di cocaina di particolare supporto. È molto importante che i clinici capiscano che ogni individuo che usa la cocaina lo fa per una *importante e particolare* ragione.

Il condizionamento classico

Pavlov dimostrò che l'abbinamento ripetuto di uno stimolo (ad es. il suono di un campanello) a un altro (ad es. la somministrazione di cibo) può produrre una risposta attesa (ad es. la salivazione del cane). Quindi, l'abuso di cocaina può essere associato al denaro o ad altri aspetti collaterali come posti particolari (bar o posti dove si compra la droga), particolari persone (altri utilizzatori o spacciatori), momenti del giorno o della settimana (la fine del lavoro, il fine settimana), stati emotivi (solitudine, noia) e così via.

Talora, è sufficiente l'esposizione a uno solo di questi richiami per scatenare un fortissimo desiderio e un bisogno che viene spesso seguito dall'abuso di cocaina.

Principali settori di indagine e di intervento

Nell'identificazione delle cause dell'abuso di droga, da parte dei loro pazienti, è molto impor-

tante, per i terapeuti, focalizzare le loro ricerche per coprire almeno cinque aree generali:

- *Sociale*: Con chi passano la maggior parte del loro tempo? Con chi usano la droga? Hanno relazioni con persone non coinvolte con l'abuso di sostanze? Vivono con qualcuno che fa abuso di sostanze? Come è cambiata la loro rete sociale da quando hanno iniziato l'uso della droga o durante l'incremento di utilizzo della stessa?
- *Ambientale*: Quali sono le situazioni ambientali particolari che li stimolano verso l'uso della droga (ad es. denaro, uso di alcool, particolari momenti del giorno, la vicinanza di certe persone)? Qual è il loro livello giornaliero di esposizione a questi stimoli? Può essere eliminato facilmente qualcuno di questi stimoli?
- *Emozionale*: La ricerca ha mostrato che, solitamente, particolari stati emotivi precedono l'abuso della sostanza o il suo desiderio. Questi possono essere sia a valenza negativa (depressione, ansietà, noia, paura) sia a valenza positiva (eccitazione, gioia).

Poiché molti pazienti, inizialmente, trovano difficoltà a collegare particolari emozioni al loro abuso (o lo fanno, ma solo a un livello superficiale) risulta che è molto difficile poter identificare con chiarezza gli antecedenti emotivi all'uso della droga, soprattutto durante i primi incontri.

- *Cognitiva*: Particolari modalità di pensiero o di ragionamento frequentemente precedono l'uso di cocaina (io sono capace di smettere, non posso fare ciò se non sono fatto, lo sto facendo perché me lo merito).

Spesso, questi pensieri riempiono la testa e procurano un senso di urgenza.

- *Fisica*: Il desiderio di sollievo da spiacevoli stati fisici, così come l'impossibilità di sopportare l'astinenza, è stato spesso implicato come un frequente antecedente dell'uso della droga. Mentre continua la controversia attorno alla natura dei sintomi da astinenza da cocaina, aneddoticamente, gli utilizzatori della stessa, spesso, riportano particolari sensazioni fisiche precedenti all'utilizzo della sostanza (pizzicore allo stomaco, fatica o difficoltà di concentrazione, pensarsi mentre fiutano cocaina).

LA RICERCA CLINICA A SOSTEGNO DELLA TCC

Tra gli approcci psicosociali, i trattamenti cognitivo-comportamentali sono tra quelli più frequentemente valutati per il trattamento dei disturbi derivati dall'uso di sostanze e hanno una validazione che deriva dall'esperienza clinica sufficientemente elevata (American Psychiatric Association 1995; General Accounting Office 1996; Holder et al. 1991).

Prima della standardizzazione della metodologia relativa al trattamento TCC del cocainismo, sono stati condotti oltre 24 trial controllati e randomizzati tra adulti che usano tabacco, alcool, cocaina, marijuana, oppiacei e altri tipi di sostanze (Carroll et al. 1996).

Una rassegna effettuata da Carroll (1996) suggerisce che, per tutte le sostanze di abuso, ma soprattutto per il tabacco, ci sia una maggior efficacia della TCC rispetto ai casi di controllo non trattati. Test molto rigorosi hanno confrontato la TCC con altri trattamenti attivi ponendosi la domanda: la TCC è più efficace di altri trattamenti attivi comunemente usati? Oppure: è meglio la TCC rispetto alla mancanza di trattamento o a un trattamento minimo? Questi confronti hanno condotto a dei risultati meno consistenti.

Infatti alcuni studi indicano la superiorità della TCC, mentre altri hanno trovato una sostanziale equivalenza, e non una maggior efficacia, della TCC rispetto ad altri approcci. La TCC risulta essere particolarmente promettente nel ridurre la gravità delle ricadute, quando queste si verificano, nell'aumentare la durata degli effetti e nel riuscire a rendere adeguato il tratta-

mento al paziente, particolarmente per i pazienti con livelli di compromissione più elevati in aree come la psicopatologia o la gravità della dipendenza.

Riferendosi specificatamente alla TCC per abuso di cocaina si ritiene utile riportare una breve rassegna degli studi condotti presso l'Unità di Trattamento per l'Abuso di Sostanze presso l'Università di Yale, che hanno valutato l'approccio TCC, con individui che soddisfano i criteri relativi alla definizione di abuso o di dipendenza da cocaina. Inoltre questi studi possono fornire suggerimenti e strategie pratiche ai terapeuti che lavorano con questo tipo di popolazione.

La TCC e la "psicoterapia interpersonale"

Uno dei primi studi comparativi tra l'approccio della TCC e altri tipi di psicoterapia è stato svolto da Carroll et al. nel 1991. In questa ricerca gli autori hanno confrontato direttamente la TCC con un'altra psicoterapia di tipo attivo, la Psicoterapia Interpersonale o PI (Klerman et al. 1984), che è stata regolarmente utilizzata nelle cliniche nord americane. Le modalità di confronto dei due trattamenti hanno richiesto la risoluzione di alcuni problemi di ordine etico e metodologico, legati ai gruppi di controllo non specifici, o costituiti da persone non in trattamento, alle differenti caratteristiche e affidabilità dei trattamenti offerti, alla mancanza di controllo dei fattori comuni delle terapie, e al problema della scelta di chi sottoporre a un trattamento, chi non sottoporre e chi sottoporre a un trattamento minimale (Basham 1986; Kazdin 1986; O'Leary e Borkovec 1978).

In questo, come in tutti gli altri nostri studi sulla TCC, sono state usate caratteristiche metodologiche finalizzate alla protezione dell'integrità del trattamento valutato, e sono state controllate le fonti di variabilità. I soggetti sono stati assegnati ai trattamenti in modo casuale. Tutti i trattamenti sono stati guidati dal manuale e condotti da terapeuti esperti, che avevano ricevuto una formazione molto approfondita ed erano in costante supervisione. Al termine, le condizioni dei pazienti sono state accertate da esaminatori indipendenti, che ignoravano il trattamento assegnato.

In questo studio ambulatoriale della durata di 12 settimane, 42 pazienti che soddisfacevano i criteri DSM-III per la dipendenza da cocaina sono stati assegnati in modo casuale alla TCC o alla PI. Quelli assegnati alla TCC hanno concluso la terapia in percentuale maggiore, rispetto quelli assegnati alla PI (67% contro il 38%), hanno mantenuto 3 o più settimane di astinenza continuativa (57% contro il 33%) e hanno mantenuto l'astinenza per 4 settimane, o più, dopo il termine del trattamento (43% contro il 19%).

Sebbene il campione fosse piccolo e questi risultati non abbiano raggiunto una significatività statistica, è emersa, però, una grande differenza quando i pazienti sono stati stratificati in funzione della gravità della loro dipendenza.

Per esempio, tra i sottogruppi composti dagli utilizzatori di cocaina più gravi, i soggetti assegnati alla TCC raggiungevano l'astinenza in modo molto più frequente rispetto a quelli assegnati alla PI (54% contro il 9%). Tra i sottogruppi meno gravi, invece, lo stato di astinenza, valutato all'uscita, era simile per entrambi i trattamenti (Carroll et al. 1991). Questi dati suggeriscono, pertanto, che più è grave la dipendenza da cocaina, più è richiesto un intervento strutturato e direttivo come quello offerto dalla TCC, che insegna e fa provare strategie specifiche, finalizzate al controllo e all'interruzione dell'uso della cocaina. Invece, per fasce di consumatori di cocaina meno dipendenti dalla sostanza, il tipo di trattamento offerto può essere meno importante.

La TCC e la “gestione clinica”

Un successivo studio, più complesso in quanto coinvolge sia la psicoterapia sia la farmacoterapia, è stato svolto da Carroll et al. nel 1994. In questo caso è stata confrontata la TCC con la Gestione Clinica (GC) (Fawcett et al. 1987), una psicoterapia non specifica che soddisfa molti dei requisiti necessari per poter effettuare dei controlli.

- La GC presenta alcuni elementi comuni di una relazione psicoterapeutica, comprendendo la relazione di sostegno terapeuta/paziente, l'insegnamento, l'empatia e la trasmissione di sentimenti di speranza, senza avere però contenuti specifici diretti alla prevenzione delle ricadute.
- La GC comprende la gestione della parte medica, intesa come opportunità di controllo dello stato clinico del paziente e valutazione della terapia.
- La GC fornisce una convincente base terapeutica, che favorisce il rispetto e l'adeguamento ai protocolli medici.

È importante notare come queste caratteristiche, oltre a essere desiderabili come condizioni di controllo di pazienti in trattamento psicoterapico, in quanto risolvono molti problemi di ordine etico e metodologico, possano determinare una elevata efficacia terapeutica e, pertanto, servire anche come rigoroso test di psicoterapia attiva che si pone come controllo alternativo, allo stesso modo del non trattamento o della lista di attesa. Tutti i soggetti hanno ricevuto un farmaco, la desipramina (che al momento rappresentava il farmaco promettente nel trattamento della dipendenza da cocaina) o un placebo.

In questo studio, 121 pazienti, che soddisfacevano i criteri del DSM-III per la dipendenza da cocaina, sono stati assegnati in modo casuale a una delle quattro seguenti condizioni di trattamento:

- TCC più desipramina
- TCC più placebo
- GC più desipramina
- GC più placebo

Gli autori hanno ipotizzato che TCC e desipramina siano rispettivamente più efficaci di GC e placebo. Questa ipotesi, inoltre, ha permesso di studiare gli effetti combinati di psicoterapia e farmacoterapia, se queste dimostrano di essere sufficientemente valide.

Dopo 12 settimane di trattamento, i pazienti coinvolti in tutti e quattro i gruppi di ricerca hanno dimostrato una riduzione significativa nel consumo di cocaina, così come dei miglioramenti in altre aree problematiche. Non sono stati dimostrati effetti significativi attribuibili a psicoterapia o farmacoterapia, in quanto l'uscita dal problema della cocaina è stato analogo con TCC o GC, con desipramina o placebo.

È stato trovato, però, un effetto interattivo simile a quello del primo studio e cioè che la discriminante tra i due tipi di psicoterapia è data dalla gravità della dipendenza. I pazienti con maggior dipendenza da cocaina, quando trattati con TCC anziché con GC, sono rimasti in terapia più a lungo, hanno avuto dei periodi di astinenza più lunghi e hanno avuto, negli esami di laboratorio delle urine, valori per la cocaina più bassi. Tutto ciò suggerisce che i pazienti maggiormente coinvolti nell'uso di cocaina possono trovare maggior beneficio da una terapia strutturata, intensa e con contenuti didattici come la TCC, che pone l'accento soprattutto sulla riduzione del contatto con la cocaina e sull'evitamento delle situazioni ad alto rischio, al fine di prevenire ricadute. Questi risultati indicano anche che gli approcci meno intensi possono essere efficaci per i pazienti meno coinvolti nel consumo di cocaina.

In successive analisi di dati, relative al confronto tra TCC e GC, sono emersi altri effetti ag-

giuntivi. Tuttavia, poiché questi risultati sono emersi in ricerche successive all'analisi ad hoc, dovrebbero essere interpretati con cautela.

TCC e sintomi depressivi

Un interessante ricerca è stata realizzata in relazione ai disturbi affettivi poiché i disturbi dell'umore rivestono una certa importanza tra coloro che fanno abuso di cocaina. È stato quindi valutato il ruolo dei sintomi depressivi in funzione dei trattamenti studiati (Carroll et al. 1995), evidenziando come la TCC sia più efficace della GC nel mantenere in terapia i soggetti depressi. Ci sono, anche, alcuni dati che evidenziano come sia più efficace nel diminuire il consumo di cocaina. Questo può succedere in quanto le persone depresse hanno maggiori preoccupazioni, che possono aver accresciuto la loro motivazione nei confronti del trattamento, la loro disponibilità verso la psicoterapia e

le loro abilità nel mettere in pratica le strategie di difesa e trarre beneficio da queste.

Peraltro, non ci sono evidenze che la TCC sia più efficace della GC nel ridurre i sintomi depressivi. Mentre, nella riduzione dei sintomi, gli approcci cognitivo-comportamentali per trattare la depressione sono generalmente efficaci quanto i farmaci antidepressivi (Elkin et al. 1989; Simons et al. 1986), la TCC non è specificatamente orientata verso i sintomi depressivi come, invece, può esserlo una terapia mirata, né insegna strategie specifiche per la gestione della depressione coesistente. Piuttosto, nella TCC si pone l'accento quasi esclusivamente sullo sviluppo di strategie finalizzate alla riduzione dell'uso di cocaina, già nelle prime fasi della terapia, anche se evidenziamo la relazione tra umore depresso e uso di cocaina. Una possibile implicazione di questi risultati è la necessità per i terapeuti della TCC di un orientamento più esplicito verso i sintomi depressivi, nei pazienti che li provano (Carroll et al. 1995).

Sebbene non sia chiaro cosa guidi il cambiamento, la riduzione dell'uso di cocaina e della depressione sono strettamente associate durante tutto il trattamento.

Una possibile spiegazione di questa osservazione può essere che la riduzione dei sintomi depressivi, determinata dalla riduzione del disagio, favorisca la riduzione dell'uso di cocaina permettendo pertanto ai pazienti di fare un uso migliore delle loro risorse, divenute più disponibili grazie alla psicoterapia, o evitando loro di dover usare la cocaina come medicinale contro la depressione.

Viceversa, la riduzione dell'uso di cocaina può condurre a un miglioramento dei sintomi depressivi favorendo la diminuzione della depressione associata alla rinuncia della cocaina, ripristinando i normali ritmi alimentari e del sonno, e riducendo l'esposizione ad altre conseguenze negative legate all'abuso di cocaina.

TCC e alessitimia

Il termine alessitimia si riferisce a uno stile cognitivo/affettivo che compare in disturbi specifici relativi all'elaborazione e alla manifestazione delle emozioni.

Letteralmente significa "non aver parole per i sentimenti", e il termine è stato coniato da Nemiah e Sifneos (1970) per riferirsi a pazienti psicosomatici che mostravano quattro specifici deterioramenti dell'area affettivo/cognitiva:

- Difficoltà a verbalizzare gli stati affettivi
- La tendenza a canalizzare gli stimoli affettivi soprattutto verso le proprie componenti somatico/fisiologiche
- L'impoverimento della vita di fantasia

- Uno stile cognitivo estremamente concreto

All'interno degli studi comparati tra TCC e GC, è stata valutata la frequenza e il significato dell'alessitimia tra coloro che fanno abuso di cocaina.

È stato rilevato che il 39% dei dipendenti da cocaina può essere considerato alessitimico, secondo i risultati della Scala Alessitimica di Toronto (Taylor et al. 1985). Mentre rispetto alla globalità del trattamento i soggetti alessitimici non differiscono da coloro che non lo sono, per il mantenimento della terapia e per l'uscita dalla stessa ci sono invece delle differenze riguardo la loro risposta alla psicoterapia. Gli alessitimici restano più facilmente in terapia e, altrettanto più facilmente, abbandonano la cocaina se trattati con la GC, il contrario avviene per i pazienti non alessitimici che ottengono i migliori risultati se trattati con la TCC.

Il fatto che i dipendenti da cocaina, con un punteggio più elevato nella scala dell'alessitimia, rispondano più debolmente alla TCC ha parecchie implicazioni. Ai pazienti viene richiesto di identificare ed esprimere chiaramente gli affetti e gli stati cognitivi associati all'uso di cocaina, compito particolarmente difficile per i pazienti alessitimici. La TCC incoraggia i pazienti a identificare, osservare e analizzare i propri desideri, gli stati affettivi con umore depresso e molti pensieri effimeri e transitori. In pratica, richiede ai pazienti di avere un buon accesso al proprio mondo interno. Questi aspetti della terapia possono sopraffare i pazienti alessitimici. Per esempio, come parte di un compito di auto-osservazione, è stato chiesto a un paziente di annotare i suoi sentimenti e la loro intensità in risposta a svariate situazioni.

Invece di descrivere i propri sentimenti come allegro, irritabile, annoiato, l'alessitimico tende a scrivere sempre sì o no, suggerendo il fatto che questi provi degli affetti forti, ma che non sia in grado né di esprimerli chiaramente, né di correlarli all'uso di droga. Pertanto, può essere di aiuto fornire a queste persone una

fase preparatoria, prima di iniziare l'analisi delle situazioni ad alto rischio e l'apprendimento delle competenze, in modo da impedire che i pazienti vengano sopraffatti da questi compiti e da poterli aiutare a riconoscere i propri sentimenti e i propri stati affettivi.

La valutazione degli esiti

Alcune delle scoperte più interessanti ottenute dal confronto tra TCC e GC sono emerse dal follow-up a un anno (Carroll et al. 1994a). Globalmente il livello di abuso della cocaina da parte dei soggetti decresce o rimane stabile rispetto ai livelli di fine terapia, piuttosto che ritornare ai livelli precedenti il trattamento.

È molto interessante notare come i soggetti trattati con la TCC, rispetto a quelli trattati con la GC, mostrino parecchi miglioramenti successivi, riguardo l'allontanamento dalla cocaina, e questo lo si può notare anche in soggetti non facenti parte di gruppi di studio per il follow-up. Dopo il termine della terapia, i soggetti trattati con la TCC continuano a diminuire l'uso della cocaina, mentre questo rimane relativamente stabile nel gruppo trattato con la GC.

Questi risultati possono essere messi in relazione con l'insorgenza ritardata di effetti specifici della TCC. Durante la fase acuta del trattamento, indifferentemente che la terapia sia TCC o GC, i soggetti ricevono tutta una serie di interventi non specifici, compreso il controllo settimanale dell'urina, accertamenti frequenti sull'uso di cocaina o sulla presenza di altri sintomi, sostegno e incoraggiamento da parte dei terapeuti e dello staff di ricerca, e aspettative positive sugli effetti della terapia. Questi fattori comuni possono essere fortemente terapeutici e superare, per importanza, gli effetti specifici del trattamento.

L'interruzione di questi interventi non specifici può creare le condizioni affinché gli effetti più specifici e duraturi della TCC possano emergere. La TCC ha lo scopo di insegnare compe-

tenze molto generalizzabili, per affrontare le difficoltà, che possono essere messe in atto a lungo dopo il termine della terapia, mentre i trattamenti di supporto forniscono ai pazienti una minor quantità di risorse durature (Carroll et al. 1994b).

Gli studi di follow-up sulle terapie cognitivo-comportamentali, riguardanti altre popolazioni cliniche, hanno evidenziato la consistenza della durata dei loro effetti. Per esempio, i trattamenti cognitivo-comportamentali sono risultati superiori o uguali alla farmacoterapia, sia acuta sia di mantenimento, con antidepressivi triciclici nella prevenzione di ricadute nella depressione e negli attacchi di panico (Miller et al. 1989; Simons et al. 1986). Inoltre, alcuni studi (Beutler et al. 1987), compreso uno studio recente con alcolisti (O'Mailey et al. 1994), hanno dimostrato che, dopo una terapia cognitivo-comportamentale, gli effetti continuano nel tempo durante la fase di follow-up.

La TCC con i dipendenti da cocaina e alcol

L'esperienza clinica evidenzia la ricorrenza dell'abuso e della dipendenza da alcool, abbastanza frequentemente tra chi fa uso di cocaina. In una ricerca relativa alla presenza di disturbi psichiatrici tra 298 consumatori di cocaina, si rilevava che la dipendenza da alcool era il disturbo più frequentemente associato, con il 62% del campione che soddisfaceva i criteri del RDC per la dipendenza da alcool, in qualsiasi momento durante l'arco della vita, e quasi con il 30% per la dipendenza da alcool in corso (Carroll et al. 1993a). Questi risultati sono compatibili con quanto emerso da ricerche svolte su larga scala della popolazione generale, come gli studi nord americani dell'Epidemiological Catchment Area, che hanno trovato come l'85% degli individui che soddisfano i criteri per la dipendenza da cocaina, soddisfano anche quelli relativi all'abuso o alla dipendenza da alcool, un tasso più alto di quanto l'alcolismo si ritrovi associato tra i dipendenti da eroina/oppiacei (65%), cannabis (45%) o sedativi/ansiolitici/sonniferi (71%) (Regier et al. 1990). È molto importante evidenziare come, rispetto a una dipendenza unica da alcool o da cocaina, la comorbilità tra dipendenza da alcool e da cocaina sia stata associata da diversi autori a una più grave dipendenza dalla droga, una minor capacità di continuare la terapia e una minor riuscita nel raggiungere l'astinenza (Brady et al. 1995; Carroll et al. 1993b; Walsh et al. 1991).

Quindi è stata valutata la TCC e altre terapie psicosociali e farmacologiche per questa vasta e impegnativa fascia di popolazione (Carroll et al. In stampa). È stata confrontata la TCC ad altri due trattamenti, la GC e la Facilitazione in Dodici Passi (FDP), (Nowinsky et al. 1992), un approccio individuale basato sui 12 passi degli Alcolisti Anonimi (AA), che ha come obiettivo primario incoraggiare i pazienti a lasciarsi coinvolgere nelle tradizionali attività comuni degli AA e dei Cocainomani Anonimi. In questo studio è stato anche valutato il disulfiram, in quanto alcuni dati pilota suggerivano che la riduzione dell'uso dell'alcool, grazie al disulfiram, potesse essere associata alla riduzione dell'uso della cocaina (Carroll et al. 1993c).

I dati preliminari ottenuti suggeriscono che le due psicoterapie attive – TCC ed FDP – sono più efficaci della GC, nel sostenere periodi continuativi di astinenza dalla cocaina o da entrambe le sostanze, alcool e cocaina. Le due psicoterapie attive, inoltre, si associano a una percentuale più alta di esami delle urine senza tracce di cocaina. In aggiunta, TCC e FDP, confrontate con la GC, sono associate a una significativa riduzione dell'uso di cocaina nel corso del tempo, anche tra i soggetti che hanno ricevuto almeno un'esposizione minima al trattamento.

La scoperta che TCC e FDP sono più efficaci della terapia di controllo sottolinea l'importanza che svolge un intervento psicosociale, adatto e ben definito, nel trattamento della dipendenza da cocaina. Poiché la GC fornisce un controllo sugli aspetti generali e non specifici della

psicoterapia (compresa la relazione di sostegno terapeuta/paziente), questo studio rappresenta un esame rigoroso e attendibile sugli aspetti specifici della TCC e della FDP, che vanno oltre il semplice sostegno e l'attenzione.

La scoperta che la TCC è più efficace della GC nel favorire la riduzione dell'uso della cocaina è in contrasto con quanto emerso da nostri studi precedenti, che non mostravano sostanziali differenze tra TCC e GC (Carroll et al. 1994b). In ogni caso, anche in quegli studi, la TCC era risultata più efficace della GC, per i sottogruppi dipendenti dalla cocaina in modo più grave. Inoltre, poiché la dipendenza concomitante di alcool e cocaina, rispetto alla semplice dipendenza da cocaina, è stata associata a una maggior gravità e a una prognosi peggiore, i soggetti esaminati in questo studio possono essere equiparati al sottocampione più grave del nostro studio precedente. Pertanto, le scoperte ottenute tramite questi due studi suggeriscono che gruppi costituiti da consumatori di cocaina più gravi traggono maggior beneficio dai contenuti intensi e attivi della TCC o della FDP, che non da una terapia di sostegno, meno direttiva e strutturata, come la GC, che pone ai pazienti meno richieste di mettere in pratica le competenze acquisite al di fuori delle sedute.

È anche importante notare che i risultati degli studi, riguardo alla dismissione dell'uso di alcool e cocaina, non evidenziano differenze significative tra le due psicoterapie attive, TCC e FDP. Questo suggerisce che queste due psicoterapie siano equivalenti per il campione di questo studio. I risultati sono pertanto equivalenti, a dispetto delle chiare differenze nella base teorica di queste terapie, degli interventi specifici utilizzati dai terapeuti (come dimostrato da esaminatori indipendenti che non sapevano a quale trattamento era stato assegnato il paziente) e dell'evidenza che i cambiamenti comportamentali più significativi sono coerenti con la base teorica della terapia svolta (cambiamento nelle competenze nell'affrontare le difficoltà per la TCC, maggior coinvolgimento con gli AA per la FDP). Tutto ciò è compatibile con i risultati di altre ricerche attuali, svolte su campioni di soggetti dipendenti da cocaina (Wells et al. 1994; Carroll et al. in stampa).

GLI ELEMENTI COSTITUTIVI DELLA TCC

Componenti fondamentali

L'analisi funzionale

Tutte le volte che, durante il trattamento, il paziente fa uso di cocaina viene svolta insieme al terapeuta un'analisi funzionale che chiarisca pensieri, emozioni e situazioni immediatamente precedenti e susseguenti all'uso della sostanza. All'inizio del trattamento, l'analisi funzionale svolge un ruolo

fondamentale nell'aiuto del paziente e permette al terapeuta di accertare le cause o le situazioni ad alto rischio che favoriscono l'uso di cocaina e aiuta a comprendere alcune delle ragioni che spingono il paziente a far uso della sostanza (ad es. far fronte a difficoltà relazionali, situazioni di rischio o di euforia altrimenti non affrontabili dal paziente).

Più avanti nel trattamento, invece, l'analisi funzionale degli episodi di uso di cocaina permette di identificare quelle situazioni, o emozioni, che il soggetto ha difficoltà a controllare e a fronteggiare.

Il primo passo nella TCC consiste nell'aiutare il paziente a capire perché egli sta usando la cocaina e a stabilire che cosa gli serve per poter evitare o per potersi difendere da qualsiasi tipo

di stimolo favorente.

Questo richiede un'attenta analisi delle circostanze di ogni episodio e delle capacità e delle risorse disponibili nei pazienti. Questi aspetti del problema, spesso, possono essere accertati durante poche sedute iniziali attraverso un'intervista aperta sulla storia clinica del soggetto, relativamente all'abuso di sostanza, a che cosa lo ha spinto verso la terapia e ai suoi obiettivi in relazione alla terapia stessa.

I terapeuti dovrebbero cercare di comprendere risposte relative alla presenza di difficoltà ed ostacoli e, allo stesso tempo dovrebbero individuare la presenza di capacità e risorse.

È importante, quindi, cercare di capire se il paziente è in grado di riconoscere la necessità di ridurre l'uso della cocaina, di riconoscerne i richiami e le situazioni che hanno provocato eventuali ricadute, se il paziente è in grado di tollerare periodi di forte desiderio della cocaina o di difficoltà emotive senza ricadere nell'uso della droga, se questi è in grado di riconoscere la relazione tra il suo abuso di altre sostanze (soprattutto alcool) e la dipendenza da cocaina e se presenta dei disturbi psichiatrici concomitanti o altri problemi che possono vanificare gli sforzi verso il cambiamento.

Contemporaneamente è indispensabile riconoscere quali capacità e quali risorse il paziente ha dimostrato durante precedenti periodi di astinenza, se durante l'abuso di droga questi è riuscito a mantenere un lavoro o delle relazioni sociali positive, se ci sono delle persone nella rete sociale del paziente che non facciano uso di droga o non siano spacciatori, se ci sono delle risorse sociali che possano sostenere il paziente nei suoi sforzi verso l'astinenza, come passa il tempo il paziente quando non sta usando la droga, quale era il suo livello prestazionale prima di iniziare l'uso della droga e, infine, cosa lo ha portato *ora* in trattamento e qual è la sua motivazione.

Sarebbe importante, inoltre, cercare di individuare quali possono essere le caratteristiche dell'uso di cocaina: frequenza d'uso, causa scatenante, uso da solo o in compagnia, dove il paziente compra e usa la sostanza, dove e come si procura il denaro, cosa è successo al (o dentro il) paziente prima degli ultimi episodi di abuso, quali circostanze entrano in gioco quando l'abuso di cocaina comincia a diventare problematico, che descrizione il paziente fa della cocaina e dei suoi effetti e i ruoli, sia positivi sia negativi, che la cocaina svolge nella sua vita.

Apprendimento delle competenze

La TCC può essere pensata come un programma di formazione altamente individualizzato che aiuta chi fa uso di cocaina a disapprendere vecchie abitudini associate all'uso della sostanza e a imparare, o reimparare, abitudini maggiormente conformi alla salute del soggetto.

Talvolta il livello d'uso della sostanza è troppo elevato per permettere il trattamento, ad esempio come quando per i pazienti l'uso di cocaina rappresenta la loro unica modalità per fronteggiare un'ampia gamma di problemi relazionali e intrapsichici.

Questo capita per svariate ragioni. Ci sono situazioni in cui il soggetto può non aver mai appreso delle strategie efficaci che gli permettessero di affrontare il cambiamento e i problemi legati alla vita adulta, come quando la sostanza viene usata all'inizio dell'adolescenza.

Talvolta, invece, il soggetto può avere acquisito le strategie, ma queste competenze si sono gradatamente ridotte in seguito a ripetute ricadute nell'uso della sostanza, utilizzata come sistema primario di difesa. Questi pazienti hanno essenzialmente dimenticato le strategie efficaci a causa di un'involuzione cronica all'interno del loro stile di vita legato all'uso di droga in quanto passano la maggior parte del loro tempo nella ricerca e nell'uso della droga e nel riprendersi dai suoi effetti.

Le abilità individuali nell'utilizzare strategie efficaci per fronteggiare cambiamenti e diffi-

coltà possono andare perse anche per altri problemi come la presenza concomitante all'uso di cocaina di problemi psichiatrici.

Poiché i consumatori di cocaina rappresentano un gruppo molto eterogeneo e si presentano al trattamento con un'ampia gamma di problemi, il percorso di apprendimento durante la TCC viene svolto in modo estremamente allargato.

I primissimi incontri sono mirati al controllo iniziale dell'uso della cocaina (ad es. identificazione delle situazioni ad alto rischio, fronteggiare razionalmente l'uso della sostanza). Una volta che questi apprendimenti di base sono stati acquisiti, la formazione viene ampliata per includere molti altri problemi che l'individuo può avere difficoltà ad affrontare (ad es. isolamento sociale, disoccupazione). Inoltre si procede per rafforzare e allargare la gamma degli stili individuali che si hanno nell'affrontare le difficoltà focalizzando l'attenzione sia sulle modalità relazionali (ad es. rifiutare le offerte di cocaina) sia su quelle interiori (ad es. possibilità di tollerare maggiormente le difficoltà).

Ai pazienti vengono insegnate queste tecniche sia come strategie specifiche (applicabili nel *qui ed ora* per il controllo dell'uso di cocaina) sia come strategie generali che possono essere utilizzate nei confronti di vari altri problemi.

Pertanto la TCC non è solamente adeguata a ridurre ed eliminare l'uso della sostanza nei pazienti durante il trattamento, ma anche all'acquisizione di competenze dalle quali i pazienti potranno trarre beneficio a lungo, dopo il termine del trattamento stesso.

L'apprendimento rappresenta un'importante metafora del trattamento dall'inizio alla fine della TCC. I terapeuti dicono ai pazienti che un obiettivo del trattamento è poter "disimparare" vecchi e inefficaci comportamenti e "impararne" di nuovi.

I pazienti, soprattutto quelli che sono demoralizzati dai loro insuccessi nel tentativo di interrompere l'abuso di cocaina, o quelli per i quali le conseguenze dell'abuso di cocaina sono state altamente negative, sono spesso sorpresi nel sentir considerare l'abuso di cocaina come una modalità comportamentale appresa, come qualcosa che hanno imparato a fare, oramai da tempo. Quindi, rimangono sorpresi quando pensano a loro stessi come a persone che hanno *imparato* un complesso insieme di capacità che permette loro di procurarsi il denaro per comperare la cocaina (che spesso porta verso un altro insieme di competenze sia lecite sia illecite), procurarsi la cocaina senza essere arrestati, usare la cocaina ed evitare la detenzione e così via. I pazienti che riescono a riadattare la propria immagine in questi termini, spesso, si rendono conto di avere la possibilità di apprendere nuove competenze che potranno aiutarli in direzione dell'astinenza.

Le ricadute nella conduzione clinica dei riferimenti teorici della TCC

Acquisizione di strategie

Nella TCC si presume che gli individui, essenzialmente, imparino a diventare dipendenti dalla cocaina attraverso una complessa interconnessione di modellamento, condizionamento operante e condizionamento classico. Ognuno di questi principi può essere così utilizzato per favorire la dismissione dalla droga.

- Il *modellamento* viene utilizzato tramite l'ausilio di role-play che il paziente svolge con il terapeuta durante il trattamento e che gli permette di imparare nuovi comportamenti. Il paziente impara a rispondere in modo nuovo, inusuale, osservando le nuove strategie che il terapeuta gli offre e, poi, sperimenta queste strategie al di fuori del contesto di sostegno dell'ora di seduta.

I nuovi comportamenti possono riguardare: come rifiutare un'offerta di droghe, come interrompere o limitare la relazione con altri tossicodipendenti e così via.

- Il concetto di *condizionamento operante* viene utilizzato in vari modi nella TCC: attraverso un esame dettagliato degli antecedenti e delle conseguenze dell'uso della sostanza, il terapeuta cerca di capire perché i pazienti assumono più piacevolmente la droga in una determinata situazione e anche il ruolo che la cocaina giuoca nella loro vita.

Questa analisi funzionale dell'abuso della sostanza viene usata per identificare le situazioni ad alto rischio in cui la droga viene assunta più piacevolmente e quindi, sulla base di queste informazioni, provvedere affinché in queste situazioni vengano appresi dei comportamenti di difesa più adeguati.

I terapeuti cercano di aiutare i loro pazienti a sviluppare alternative significative all'uso di droga, ad esempio altre attività e coinvolgimenti (relazioni, lavoro, hobbies) che rappresentano delle valide alternative all'uso di cocaina e li aiutano a non ricadere nell'uso della sostanza.

Fondamentale sottoporre il paziente ad un esame dettagliato delle conseguenze, sia a breve sia a lungo termine, dell'abuso di cocaina o di altre sostanze, strategia per rafforzare i pazienti a ridurre o cessare l'uso della sostanza stessa.

Anche il *condizionamento classico* svolge un ruolo importante all'interno della TCC, soprattutto, negli interventi diretti alla riduzione di alcune forme di forte attaccamento alla cocaina. Come detto, Pavlov ha dimostrato che l'abbinamento di uno stimolo condizionato a uno stimolo incondizionato può produrre una risposta condizionata, ma ha anche dimostrato che ripetute esposizioni allo stimolo condizionato *senza* la presenza di quello incondizionato portano, dopo un certo tempo, all'estinzione della risposta condizionata. Quindi, il terapeuta cerca di aiutare i pazienti a capire e riconoscere i forti desideri condizionati, identificando certe loro caratteristiche peculiari o i richiami condizionati al desiderio, ad evitare l'esposizione a questi forti richiami e, quando occorre, a reagire con efficacia agli stessi fino a che il condizionamento a quegli stessi richiami è ridotto.

Competenze generalizzabili

Poiché la TCC è una terapia breve, solo poche competenze specifiche possono essere individuate come punti di lavoro per la maggior parte dei pazienti. Queste sono destinate ad aiutare i pazienti a guadagnare un iniziale controllo sull'abuso di cocaina e di altre sostanze, inoltre sono importanti per favorire il miglioramento delle difese e la gestione dei pensieri relativi alla droga.

Tuttavia, il terapeuta dovrebbe chiarire che le competenze acquisite possono essere applicabili a numerosi tipi di problemi e non solo all'abuso di cocaina.

Il terapeuta deve spiegare che la TCC insegna competenze e strategie che il paziente può usare a lungo dopo il termine del trattamento.

Per esempio, le competenze coinvolte nel rafforzamento delle difese verso il desiderio (riconoscimento ed evitamento degli stimoli, modificazione del comportamento attraverso tecniche di controllo dello stimolo e così via) possono essere usate in relazione a diversi forti stati emotivi che possono anche essere in relazione all'abuso di cocaina. Analogamente, le sedute relative al problem solving possono essere applicate a quasi ogni tipo di problema del paziente, siano essi in relazione all'abuso di droga o no.

Prime competenze di base

Le prime sedute sono incentrate sul problema dell'ambivalenza e sul rafforzamento della moti-

vazione a interrompere l'uso di cocaina, questo avviene aiutando il paziente a distinguere tra il desiderio e la disponibilità della cocaina; altri elementi hanno lo scopo di aiutare il paziente a ottenere l'astinenza iniziale e a controllare l'uso della droga. Le sedute successive, collegandosi alle prime aiutano il paziente ad acquisire un maggior controllo sull'abuso di cocaina lavorando su argomenti e risorse più complesse (problem solving, stati emotivi o cognitivi molto meno evidenti). Per esempio, la competenza che i pazienti acquisiscono al fine di ottenere il controllo dei desideri più forti (controllo dello stimolo) rappresenta un modello che li aiuterà, poi, a maneggiare e tollerare altri stati emotivi che potrebbero condurli verso l'uso della cocaina.

Analisi del materiale in base alle necessità del paziente

La TCC è altamente personalizzata.

Piuttosto che considerare il trattamento alla stregua di un manuale di ricette pronte, il terapeuta dovrebbe attentamente confrontarsi con i *contenuti*, i *tempi* e il *modo* con il quale viene presentato il materiale del paziente.

Il terapeuta cerca di procedere con l'apprendimento delle competenze nel momento in cui il paziente è maggiormente bisognoso di queste.

È importante a più efficace lavorare a un ritmo comodo e produttivo, per un determinato individuo, piuttosto che mettere a rischio l'alleanza terapeutica procedendo a un ritmo troppo elevato.

Il terapeuta deve anche fare attenzione a utilizzare sempre un linguaggio adeguato al livello di comprensione e di ragionamento del paziente.

I terapeuti dovrebbero, poi, controllare frequentemente i pazienti per essere sicuri che i concetti espressi siano stati chiaramente compresi e che tutto il materiale espresso sia significativo per loro. È necessario anche prestare attenzione ai segnali provenienti dai pazienti che lasciano trasparire quando il materiale è inadatto a loro.

Questi segnali includono lo spostamento dello sguardo e altre forme di allontanamento, come risposte brevi, difficoltà a fornire esempi, difficoltà a svolgere i propri compiti a casa e così via.

Un'importante strategia per adeguare il materiale alle necessità del paziente (affinché il trattamento sia guidato da lui e non dal manuale) consiste nell'utilizzo, quando possibile, di *esempi specifici* forniti dai pazienti, tratti dalla loro storia o relativi a quanto accaduto durante la settimana.ultima settimana.

Utilità della ripetizione

L'apprendimento di nuove competenze, e la loro stabilizzazione, richiedono tempo e ripetizione. Nel momento in cui i dipendenti da cocaina cercano il trattamento, presentano delle abitudini, collegate al consumo di droga, profondamente radicate. Ogni abitudine del paziente circa l'acquisto, l'assunzione e il recupero dagli effetti della cocaina, risulta essere ben stabilizzata e tende a far sentire a proprio agio il paziente, a dispetto delle conseguenze negative legate all'abuso. È importante che i terapeuti aiutino a comprendere le difficoltà e le scomodità, e che il trattamento è destinato cambiare queste abitudini stabilizzate e portare a nuovi comportamenti.

Per molti pazienti impadronirsi di un nuovo modo di avvicinarsi a situazioni conosciute richiede diversi tentativi.

Inoltre, la maggior parte dei pazienti giunge in trattamento solo dopo lunghi periodi di utilizzo cronico della sostanza, questo può aver intaccato le loro capacità di attenzione e concen-

trazione e, quindi, le loro possibilità di apprendere nuove informazioni. Altri cercano il trattamento in momenti estremi di crisi (ad es. apprendendo di essere HIV positivi, o dopo la perdita del lavoro): questi pazienti sono così preoccupati dai loro problemi attuali da far fatica a concentrare l'attenzione sui pensieri e sui suggerimenti del terapeuta.

Pertanto, nelle prime settimane, la ripetizione è spesso necessaria affinché un paziente possa essere in grado di comprendere e interiorizzare un concetto o un'idea.

I concetti base di questa terapia vengono ripetuti durante tutta la durata della TCC. Per esempio, l'idea dell'analisi funzionale dell'abuso di cocaina viene formalizzata durante la prima seduta, come parte fondante del trattamento, quando il terapeuta descrive ciò che sottostà all'abuso di cocaina, in termini di

antecedenti e conseguenze, ma anche successivamente, quando ai pazienti viene chiesto di svolgere questa analisi funzionale come parte del lavoro da svolgere a casa. Il concetto di analisi funzionale, quindi, ricorre a ogni seduta.

L'idea di contestualizzare l'uso della cocaina con eventi antecedenti e conseguenti è propria di molte sedute.

I terapeuti devono imparare a riconoscere che la ripetizione di intere sedute, o parti di queste, può essere necessaria per i pazienti che non afferrano facilmente questi concetti, magari in seguito a un deterioramento delle funzioni cognitive o ad altri problemi. I terapeuti devono, pertanto, sentirsi liberi di ripetere i contenuti delle sedute tante volte, e utilizzando modi differenti, quante pensano essere necessarie per certi particolari pazienti.

Normalmente noi non dobbiamo approfondire competenze nuove e complicate, ma semplicemente capirle o osservare altri mentre le applicano. L'apprendimento avviene, poi, provando noi stessi queste nuove competenze, sbagliando, accorgendoci di questi errori e provando di nuovo. Nella TCC la messa in pratica di nuove capacità rappresenta una componente centrale ed essenziale del trattamento. Il motivo per cui il trattamento è una *formazione* di competenze, piuttosto che una semplice *esposizione* delle stesse, ha a che fare con la pratica delle medesime.

E proprio il fatto che i pazienti hanno la possibilità di sperimentare le nuove competenze all'interno del contesto di sostegno del trattamento rappresenta un aspetto essenziale della terapia.

Attraverso le esperienze in prima persona, i pazienti possono imparare quali nuovi approcci sono adatti per loro e quali no, dove incontrano difficoltà o problemi e così via.

La TCC offre molte opportunità per fare pratica, sia all'interno delle sedute sia al di fuori di esse. Ogni seduta dà la possibilità ai pazienti di esporre e rivedere le proprie idee, sollevare preoccupazioni e avere un riscontro dal terapeuta.

Sono suggeriti esercizi pratici per ogni seduta: questi sono rappresentati da compiti di base da svolgere a casa, finalizzati, in modo strutturato, ad aiutare i pazienti a provare dei comportamenti sconosciuti o, a volte, familiari, ma in nuove situazioni.

La pratica, tuttavia, è utile solo se il paziente ne percepisce il valore e svolge i compiti in situazioni reali. Adeguarsi a svolgere compiti al di fuori delle sedute rappresenta un problema per molti pazienti. Esistono, però, delle strategie che aiutano e incoraggiano i pazienti in questa direzione.

I terapeuti non possono aspettarsi che un paziente provi a far pratica di una certa competenza o svolga un compito a casa assegnatogli, se non riesce a comprendere in quale modo questa cosa può essergli di aiuto. Così, come parte della prima seduta, il terapeuta dovrebbe sottolineare l'importanza della sperimentazione pratica al di fuori del setting terapeutico.

È molto più probabile che noi facciamo cose che abbiamo voglia di fare, piuttosto che quanto

ci viene imposto o suggerito da altre persone. Invece che ritenere che i pazienti li seguiranno nello svolgere un certo compito, quindi, i terapeuti della TCC dovrebbero chiedere ai pazienti se hanno voglia di svolgere questi compiti al di fuori delle sedute e se pensano che svolgerli sarà loro di aiuto. Un chiaro “Sì” trasmette il messaggio che il paziente comprende l’importanza del compito e la sua utilità. Se, invece, il paziente fallisce nei compiti si dà il via a una discussione.

D’altra parte, esitazioni o rifiuti possono rappresentare un segnale di problemi clinici, importanti da esplorare con il paziente. I pazienti possono rifiutare di svolgere un compito a casa perché, magari, non percepiscono l’importanza di questo, perché sono ambivalenti nei confronti del trattamento o della rinuncia alla cocaina, perché non hanno compreso il compito o per varie altre ragioni.

È essenziale lasciare abbastanza tempo, prima della fine di ogni seduta, per poter sviluppare ed esaminare in dettaglio gli esercizi pratici relativi alla settimana seguente. Ai pazienti deve essere lasciata ampia opportunità di porre domande e di sollevare le preoccupazioni relative ai compiti che li attendono.

I terapeuti devono chiedere ai pazienti di prefigurarsi tutte le difficoltà che potrebbero incontrare nello svolgimento del compito e, quindi, applicare una strategia di problem solving al fine di aiutarli a superare questi ostacoli. Per i pazienti è utile partecipare attivamente durante questa fase e poter cambiare o sviluppare il compito insieme al terapeuta, pianificare come mettere in pratica certe competenze e così via.

Lavorare intorno agli ostacoli implica poter avere differenti modalità di approccio al compito (ad es. usare un registratore invece di scrivere), pensare a quando verrà svolto, se potrà essere cercato qualcuno come aiuto e così via.

L’obiettivo di questa discussione è che il paziente espliciti l’impegno a svolgere l’esercizio.

Verificare le esercitazioni rappresenta un aspetto fondamentale al fine di migliorare la collaborazione e di aumentare l’efficacia di queste attività. Il controllo di come sono state svolte permette di sottolineare, sempre, l’importanza dello svolgimento di questi compiti di rafforzamento nell’affrontare le difficoltà al di fuori delle sedute. Rappresenta anche un’opportunità per discutere le esperienze del paziente con i compiti assegnati, così che i problemi possano essere affrontati e risolti in seduta.

In generale, i pazienti che svolgono il compito a casa tendono ad avere dei terapeuti che tengono in grande considerazione questo aspetto, che passano parecchio tempo a parlare di queste mansioni e che si aspettano che i loro pazienti li svolgano effettivamente.

L’impegno dei pazienti nello svolgere un esercizio pratico e ciò che pensano circa tale compito trasmette un gran numero di importanti informazioni relative ai pazienti stessi, il loro modo di affrontare le difficoltà e le loro risorse, i loro punti di forza e le loro debolezze. Tutto questo deve essere valutato dal terapeuta e, poi, utilizzato durante il trattamento.

Un semplice compito di auto-monitoraggio dei pazienti, per esempio, può velocemente rivelare il livello di comprensione del compito o dei concetti di base della TCC, il livello di flessibilità mentale, la consapevolezza dei loro comportamenti, il livello di motivazione, le modalità di far fronte alle difficoltà, il livello di impulsività, le capacità verbali, gli stati emotivi più usuali e molto altro. Invece di controllare semplicemente il compito svolto a casa, il terapeuta della TCC dovrebbe esplorare con i pazienti cosa hanno imparato su se stessi svolgendo quel determinato compito. Questo, insieme alle osservazioni del

terapeuta, può aiutare nella scelta del tema e dare il ritmo delle sedute future.

Alcuni pazienti svolgono il proprio esercizio pratico nella sala di attesa prima di entrare in seduta, mentre altri, addirittura, non ci pensano neppure. Il fallimento nello svolgere i propri compiti al di fuori delle sedute può assumere vari significati: i pazienti si sentono senza speranza

e non pensano che questo possa portare a qualche cambiamento nei comportamenti; essi si aspettano che il cambiamento avvenga, semplicemente, attraverso la forza di volontà, senza cercare specifici cambiamenti in particolari aree problematiche; la vita dei pazienti è caotica e le crisi si susseguono, così essi sono anche disorganizzati nello svolgere i compiti, e così via. Esplorando la natura specifica delle difficoltà dei pazienti, il terapeuta può aiutarli a lavorare attorno ad esse.

Così come molti pazienti non raggiungono l'astinenza completa quando cominciano il trattamento, altri non svolgono completamente i compiti che vengono assegnati loro. I terapeuti dovrebbero cercare di dirigere il comportamento dei pazienti elogiando anche piccoli tentativi di svolgere i compiti assegnati, evidenziando tutto ciò che i pazienti indicano come utile o interessante nel portare avanti l'impegno, reiterando l'importanza della pratica e sviluppando un piano per l'esecuzione dei compiti che verranno successivamente.

Contenuti specifici della TCC e contenuti condivisi con altri approcci

Tutte le terapie di tipo comportamentistico, o psicosociale, includono sia elementi che possiamo definire comuni sia elementi unici, che sono peculiari e costitutivi di questo tipo di terapie. Gli elementi comuni sono quegli aspetti terapeutici riconducibili alla maggior parte delle psicoterapie: fornire elementi educativi, convincere razionalmente al trattamento, aumentare le aspettative di miglioramento, fornire sostegno e incoraggiamento e, soprattutto, la qualità della relazione terapeutica (Rozenzweig 1936; Castonguay 1993). Gli elementi unici, invece, sono quelli che distinguono o caratterizzano una particolare forma di psicoterapia.

La TCC, come la maggior parte delle terapie, è costituita da una complessa combinazione di elementi comuni e di elementi unici.

Per esempio, nella TCC la semplice consegna di mansioni, senza lo sviluppo di una relazione terapeutica positiva porta verso un approccio arido e troppo didattico che allontana, o annoia, la maggior parte dei pazienti e sortisce un effetto opposto a quello desiderato. È, pertanto, importante comprendere che la TCC è stata pensata al fine di raggiungere il suo obiettivo attraverso questa intricata rete di elementi in parte comuni e in parte unici.

Il compito principale del terapeuta consiste nel trovare il giusto bilanciamento tra la costruzione della relazione e la consegna delle mansioni da svolgere. Per esempio, senza una solida alleanza terapeutica, risulta improbabile che un paziente, durante il trattamento, riesca a impegnarsi sufficientemente per poter apprendere nuove competenze o per poter esaminare successi e fallimenti al fine di trovare nuovi approcci a vecchi problemi. Al contrario, la consegna empatica delle mansioni, presentate come strumenti orientati ad aiutare i pazienti ad affrontare più efficacemente varie situazioni di vita, può rappresentare la base sulla quale si struttura una solida alleanza terapeutica.

È importante sottolineare che la TCC presuppone la realizzazione di un clima di effettiva collaborazione.

Il paziente e il terapeuta riflettono e decidono insieme gli obiettivi appropriati del trattamento, il tipo e i tempi della formazione, cosa portare di significativo all'interno delle sedute, la natura delle mansioni da svolgere all'esterno e così via. Fare tutto ciò, non solo favorisce lo sviluppo della relazione terapeutica ed evita un atteggiamento troppo passivo rispetto al terapeuta, ma assicura anche che il trattamento sarà molto utile e rilevante per il paziente.

Interventi unici ed essenziali

Gli elementi chiave attivi che distinguono la TCC da altre terapie, e che è importante presen-

tare al fine di una chiara comprensione della TCC stessa, sono:

- Analisi funzionale dell'abuso di sostanza.
- Apprendimento individualizzato per il riconoscimento delle difficoltà e della capacità di affrontarle, controllo dei pensieri riguardo l'uso della sostanza, problem solving, pianificazione delle emergenze, riconoscimento di decisioni apparentemente irrilevanti, apprendimento della capacità di "dire di no".
- Esame dei processi cognitivi del paziente in relazione all'uso della sostanza.
- Identificazione e approfondita analisi delle situazioni, sia passate sia future, ad alto rischio.
- Incoraggiamento e analisi dei compiti svolti al di fuori delle sedute.
- Rispetto delle regole durante le sedute.

Interventi raccomandati ma non unici

Gli interventi o le strategie che dovrebbero essere utilizzati, in quanto appropriati, durante il trattamento dei pazienti, ma che non sono peculiari della TCC, sono i seguenti:

- Discussione, analisi e riformulazione degli obiettivi del paziente in relazione alla terapia.
- Controllo dell'abuso e del desiderio della cocaina.
- Controllo dell'abuso di altre sostanze.
- Controllo del comportamento generale.
- Esplorazione delle conseguenze positive e negative dell'abuso di cocaina.
- Esplorazione della relazione tra emozioni e abuso di sostanza.
- Verifica delle analisi delle urine.
- Organizzazione dell'agenda delle sedute.
- Verifica dello svolgimento del processo terapeutico.
- Discussione dei vantaggi legati all'astinenza.
- Esplorazione dell'ambivalenza del paziente in relazione all'astinenza.
- Individuazione delle resistenze all'esplorazione e uso del problem solving per il superamento.
- Sostegno agli sforzi del paziente.
- Accertamento del livello di sostegno familiare.
- Spiegazione della differenza tra passo falso e ricaduta.
- Inclusione dei membri della famiglia o di altre persone significative in almeno due incontri.

Interventi accettabili

Ci sono quattro interventi che, pur non richiesti né particolarmente raccomandabili come parte della TCC, sono, tuttavia, compatibili con questo approccio:

- Esplorazione dell'auto-coinvolgimento come strumento di rafforzamento.
- Identificazione dei mezzi di auto-rinforzo verso l'astinenza.
- Esplorazione delle discrepanze tra gli obiettivi del paziente e le sue azioni.
- Riflessioni concernenti l'abuso di sostanza e le sue conseguenze.

Interventi non facenti parte della TCC

Ci sono degli interventi che sono specifici di altre terapie e non entrano mai nella TCC:

- Ampi interventi del terapeuta con i propri pensieri.

- Utilizzo di uno stile incentrato sul confronto.
- Richiesta ai pazienti di partecipare a gruppi di auto-mutuo-aiuto.
- Ampia discussione sul recupero in 12 passi, sull'aumento di potere o sulla filosofia del "Grande Libro".
- Utilizzo di un linguaggio tipicamente sanitario.
- Ampia esplorazione di aspetti relazionali collegati all'abuso della sostanza.
- Ampia discussione o interpretazione dei conflitti o dei motivi sottostanti.
- Fornitura di un sostegno diretto a favore dell'astinenza.
- Interventi associati con Gestalt terapia, interventi strutturali, terapia emotivo-razionale o altre tecniche terapeutiche prescrittive.

Strumenti di valutazione

Gli strumenti standardizzati possono anche essere utilizzati dal terapeuta per la comprensione del paziente e la scelta degli obiettivi del trattamento. I seguenti strumenti favoriscono la valutazione.

- Abuso di sostanza e relativi problemi
- L'*Addiction Severity Index (ASI)* (McLellan et al. 1992) accerta la frequenza e la gravità dell'abuso della sostanza così come il tipo e la gravità delle problematiche psicosociali che solitamente l'accompagnano (ad es. mediche, legali, familiari, sociali, di lavoro, psichiatriche).
- La *Change Assessment Scale* (DiClemente e Hughes 1990) accerta l'attuale predisposizione dei pazienti verso il cambiamento (ad es. aspettative, progetti, impegni) che può rappresentare un importante predittore riguardo i possibili risultati del trattamento (Prochaska et al. 1992).
- Un diario dell'uso giornaliero di sostanza può essere utilizzato per raccogliere informazioni sull'uso quotidiano di cocaina, o di altre sostanze, durante un periodo significativo.
- Il questionario per la valutazione di *Treatment Attitudes and Expectation*, uno strumento di autosomministrazione, è stato adattato e modificato per l'uso con chi assume cocaina dal National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program (Elkin et al. 1985). Si è potuto constatare che si ottengono miglioramenti significativi, verso la risoluzione del problema, tra coloro i quali mostrano una maggior congruenza tra aspettative del trattamento, consapevolezza riguardo le motivazioni che hanno portato all'uso della sostanza e trattamento ricevuto, rispetto alle persone che dimostrano contrasto tra le aspettative del trattamento e il trattamento ricevuto. (Hall et al. 1991).
- Diagnosi e sintomatologia psichiatrica
- L'*Intervista Clinica Strutturata per il DSM-IV (SCID)* e lo *SCID-P* (First et al. 1995) permette la diagnosi secondo il DSM-IV (diagnosi psichiatrica secondo gli Assi I e II). Essa può anche essere utilizzata per accertare la gravità della dipendenza da cocaina tramite il numero totale di elementi emersi che confermano la sindrome di dipendenza (dai criteri di abuso di sostanze del DSM-III-R).
- La *Californian Psychological Inventory Socialization Scale (CPI-So)* è stata vista essere sia un valido strumento di misura continuo, riguardo gli aspetti sociopatici degli alcolisti (Cooney et al. 1990), sia un'importante variabile di valutazione, in riferimento al trattamento dei pazienti suddetti (Kadden et al. 1989).
- Il questionario autosomministrabile *Beck Depression Inventory (BDI)* (Beck et al. 1961) e uno strumento di valutazione clinica, la *Hamilton Depression Rating Scale* (Hamilton 1960), ac-

certano la depressione. La *Symptoms Checklist (SCL-90)* (Derogatis et al. 1973) misura, invece, una più ampia gamma di sintomi.

- Livello di partenza delle competenze nell'affrontare i problemi e capacità autonome
- Il *Cocaine Use Situations Inventory* monitorizza i cambiamenti della capacità dei pazienti e delle loro aspettative verso l'astinenza. Questo questionario, autosomministrabile, elenca circa trenta diversi tipi di situazioni ad alto rischio e aiuta i medici a identificare con precisione le situazioni che il paziente non è in grado di affrontare efficacemente.

Questo strumento deriva da un altro messo a punto da Condiotte e Lichtenstein (1981) utilizzato per misurare l'autoefficacia negli alcolisti nell'affrontare le loro difficoltà.

La struttura e il setting delle sedute

La TCC è un tipo di terapia altamente strutturata ed è molto più didattica della maggior parte delle altre. Pertanto, i terapeuti della TCC assumono un atteggiamento molto più attivo e direttivo rispetto ai terapeuti che utilizzano altre forme di trattamento per abuso di sostanze.

Una grande quantità di lavoro viene svolta durante ogni seduta: la rivisitazione degli esercizi pratici, l'analisi di ciò che è accaduto nel periodo intercorso tra le due sedute, l'insegnamento relativo a competenze, il controllo di come queste competenze sono state comprese, la pratica all'interno della seduta e la pianificazione della settimana successiva. Questo atteggiamento attivo deve, però, essere compensato da un tempo adeguato destinato alla comprensione e alla relazione con il paziente.

Al fine di ottenere una buona integrazione tra le indicazioni tecniche per la conduzione della seduta e il materiale portato dal paziente, è stata sviluppata la "Regola 20/20/20" che scandisce il flusso di una tipica seduta TCC da 60 minuti.

Durante i primi 20 minuti, i terapeuti devono prestare attenzione a capire chiaramente gli attuali interessi dei pazienti, il livello generale del loro funzionamento mentale, il desiderio e l'uso della sostanza durante la settimana trascorsa e la pratica svolta. Questa parte della seduta tende a essere caratterizzata da un ampio spazio alle parole del paziente, sebbene i terapeuti guidino con domande e riflessioni e diano un senso a ciò che emerge.

I secondi 20 minuti sono destinati all'introduzione e alla discussione di una particolare competenza che il paziente dovrà acquisire. Tipicamente, durante questa parte della seduta i terapeuti parlano più dei pazienti, sebbene sia fondamentale che il materiale didattico venga personalizzato e, frequentemente, vengano svolti dei controlli con i pazienti per accertarsi del loro livello di comprensione.

Gli ultimi 20 minuti tornano a essere, principalmente, dominati dal paziente; pazienti e terapeuti si accordano sull'esercizio pratico per la settimana successiva e prefigurano e pianificano le difficoltà che i pazienti potrebbero incontrare prima della seduta seguente.

La TCC è totalmente compatibile con la farmacoterapia. Quando viene utilizzata in combinazione con cure mediche, il campo di intervento della TCC si amplia portando l'attenzione sull'importanza dell'aspetto medico. Generalmente, i referti medici e la compliance vengono presi in considerazione durante la prima parte di ogni seduta (ad es. il primo terzo di una seduta 20/20/20).

Durante tutte le sedute, i terapeuti dovrebbero ascoltare attentamente tutte le preoccupazioni, incomprensioni o pregiudizi circa l'assunzione dei farmaci e cercare di risolverli in modo

rapido e positivo. Questi possono comprendere concezioni errate circa le aspettative sugli effetti dei farmaci, il tempo necessario al manifestarsi degli effetti, effetti collaterali, dosaggio, interazione con la cocaina o con altre sostanze. I terapeuti devono provvedere a chiarire, utilizzando termini familiari e comprensibili, e, con frequenza, cercare dei riscontri per valutare il livello di comprensione dei pazienti.

Quando gli effetti della terapia medica non sono immediati, è importante informare i pazienti che possono trascorrere parecchie settimane prima che gli stessi diventino visibili; pertanto, i pazienti devono essere preparati ad attendersi un miglioramento graduale piuttosto che improvviso. La spiegazione che gli effetti dei farmaci saranno gradualmente fornisce l'opportunità, ai terapeuti, di enfatizzare che *i pazienti non devono attendersi benefici da un atteggiamento passivo nei confronti della TCC*, semplicemente per il fatto che stanno assumendo farmaci.

L'insegnamento e la messa in pratica di competenze, atte a far fronte alle difficoltà, rimangono un'importante ed essenziale parte della terapia; i farmaci possono rappresentare soltanto un'utile aggiunta.

Un ruolo cruciale del terapeuta è quello di stabilire e sottolineare la relazione tra corretta assunzione dei farmaci, sedute di psicoterapia e miglioramento.

Quando i pazienti non sono ben disposti verso i farmaci, i terapeuti devono trovare un approccio al problema. Essi dovrebbero cercare di aiutare i pazienti, chiarendo le ragioni o gli ostacoli che impediscono l'accettazione della terapia medica e trovando delle soluzioni pratiche.

Gli sforzi dovrebbero essere fatti in modo che i pazienti sentano di essere loro a gestire la situazione. Questo avviene quando sono loro ad avere un ruolo primario nella pianificazione, piuttosto che quando sono i terapeuti a dir loro cosa fare.

Attività individuale ed attività di gruppo

La forma individuale è quella preferita, in quanto permette di adeguare meglio il trattamento alle necessità dei singoli pazienti. I pazienti ricevono più attenzioni e sono generalmente più coinvolti nel trattamento quando possono collaborare e costruire una relazione con un singolo terapeuta.

Il trattamento individuale dimostra maggior flessibilità nel calendario degli incontri ed elimina il problema di far iniziare il trattamento con la modalità di *rolling admissions* o di dover chiedere ai pazienti di aspettare alcune settimane fino a che ci sia un numero sufficiente di pazienti per costituire un gruppo. Anche i minori abbandoni durante lo svolgimento del programma e gli studi effettuati evidenziano, in parte, i vantaggi del trattamento individuale.

Parecchi ricercatori e medici, tuttavia, hanno enfatizzato i benefici che si avrebbero unicamente tramite il trattamento in gruppo di questo tipo di pazienti (ad es. condivisione del problema, senso di appartenenza).

Risulta sufficientemente semplice adattare il trattamento descritto in questo manuale alla dimensione del gruppo.

Generalmente, con il gruppo, sono richieste sedute della durata di 90 minuti in modo da permettere a tutti i partecipanti di poter esprimere le loro personali esperienze dimostrando capacità, portare esempi e partecipare ai role-play. Il trattamento può anche essere meglio strutturato nel gruppo per la necessità di presentare le idee chiave e le competenze in un modo più didattico e meno personalizzato.

Durata

La TCC dura tra le 12 e le 16 sedute, solitamente per circa 12 settimane.

Questo trattamento, relativamente breve, intende realizzare inizialmente astinenza e quindi una stabilizzazione.

In molti casi questo è sufficiente a produrre un intenso miglioramento che dura per più di un anno dopo la fine del trattamento.

I dati preliminari mostrano come i pazienti che riescono a mantenere una astinenza continuativa dall'uso della cocaina per almeno 3 o più settimane durante il periodo di 12 settimane del trattamento generalmente sono in grado di non avere ricadute nei 12 mesi successivi alla fine del trattamento.

Per molti pazienti, tuttavia, la terapia breve non è sufficiente a produrre stabilizzazione e miglioramenti a lungo termine. In questi casi la TCC può essere considerata una preparazione a una terapia di lunga durata.

Quest'ultimo trattamento viene generalmente utilizzato quando il paziente ne fa richiesta oppure quando il paziente non è stato in grado di realizzare tre o più settimane di astinenza continuativa durante il trattamento iniziale.

Stiamo attualmente valutando se sessioni supplementari della TCC, nei 6 mesi successivi al trattamento iniziale, possano favorire la risoluzione del problema. Le sedute di mantenimento della TCC sono incentrate sui seguenti aspetti:

- Identificazione delle situazioni, delle emozioni e dei pensieri che restano problematici per i pazienti nei loro sforzi per mantenere l'astinenza o, comunque, ciò che emerge dopo la cessazione o la riduzione del consumo di cocaina.
- Mantenimento degli obiettivi raggiunti attraverso il consolidamento delle più efficaci strategie acquisite per far fronte alle situazioni problematiche.
- Incoraggiamento dei pazienti a coinvolgersi in attività e relazioni che siano incompatibili con l'uso della droga.

La fase di prolungamento della TCC mira quindi, più che a far acquisire nuove competenze, a consolidare e approfondire quanto era già avvenuto durante la fase iniziale del trattamento.

Pazienti ambulatoriali o in situazione di ricovero

Il trattamento viene solitamente svolto con pazienti non ricoverati per i seguenti motivi:

- La TCC focalizza i motivi sottostanti che determinano l'uso della sostanza e questo è meglio farlo quando il paziente è inserito nel suo contesto di vita quotidiana. Per capire chi siano i pazienti, dove essi vivono e come passano il loro tempo i terapeuti possono sviluppare delle tecniche di analisi funzionale più elaborate.
- L'apprendimento delle competenze risulta essere maggiormente efficace quando i pazienti hanno l'opportunità di mettere alla prova queste nuove competenze acquisite confrontandosi con il loro contesto di vita. Imparano così come comportarsi e quindi discutono con il terapeuta le nuove strategie.

Caratteristiche dei pazienti

La TCC è stata valutata con un'ampia gamma di consumatori di cocaina. Ci sono però alcuni tipi di pazienti per i quali il trattamento non è consigliabile:

- Psicotici o portatori di disturbo bipolare non controllabili farmacologicamente.
- Coloro che non hanno una sistemazione di vita stabile.

- Coloro che sono in una fase di accertamenti sanitari.
- Coloro che sono dipendenti da altre sostanze, con l'eccezione della dipendenza da alcool o marijuana (sebbene noi riteniamo che prima dell'inizio del trattamento sia necessaria la disintossicazione dall'alcool). Non sono emerse differenze significative, rispetto all'esito, tra i pazienti che cercano il trattamento perché ne sono spinti e quelli che presentano diagnosi di disturbo antisociale di personalità, secondo il DSM-IV, o altri disturbi dell'Asse II. Provenienza etnica o diversità di genere non influiscono sul risultato del trattamento.

Compatibilità con altri trattamenti

La TCC è altamente compatibile con molti altri trattamenti destinati a problemi correlati all'abuso di cocaina:

- Farmacoterapia per l'uso di cocaina e/o disturbi psichiatrici concomitanti.
- Gruppi di auto-mutuo-aiuto come i Cocainomani Anonimi (CA) o gli Alcolisti Anonimi (AA).
- Terapia familiare e di coppia.
- Consulenze professionali, sostegno alle competenze genitoriali e così via.

Quando la TCC fa parte di un più ampio gruppo di trattamenti, è indispensabile per il terapeuta della TCC mantenere contatti regolari con tutti gli altri responsabili dei vari trattamenti in corso.

Una breve sintesi sulla conduzione tecnica del trattamento con TCC, sugli aspetti tematici del lavoro e sulla sua conclusione

La conduzione del TCC si basa su aspetti clinici e relazionali simili a molti altri trattamenti clinici delle dipendenze. La sequenza suggerita per la TCC rispecchia quindi sia le normali procedure cliniche che le necessità specifiche di tale approccio. Nel corso della prima seduta si potrà raccogliere la storia del paziente e stabilire la relazione, lavorare sulla sua motivazione a svolgere il trattamento, presentare il modello della TCC, introdurre l'analisi funzionale, concordare gli obiettivi della terapia e il contratto, fornire una spiegazione ragionata per i compiti esterni alla seduta.

La prima seduta è la più importante e, spesso, la più difficile perché il terapeuta deve trattare diversi aspetti: iniziare a stabilire una relazione con il paziente, accertare il tipo di uso della sostanza e altri problemi del paziente che possono essere importanti fattori nel trattamento, fornire un'analisi ragionata del trattamento, stabilire la struttura delle sedute successive, iniziare l'apprendimento delle competenze. È inoltre utile verificare la disponibilità a collaborare da parte di un familiare che potrà essere invitato ad un colloquio congiunto in fase iniziale e alla conclusione del trattamento.

Nel corso delle sedute successive la TCC prevede che siano affrontati otto argomenti. Essi potranno essere svolti in modo progressivo secondo l'ordine previsto, o essere variati nella sequenza in base ad esigenze del paziente o a necessità di conduzione dell'operatore.

Si riportano in modo sintetico i contenuti degli argomenti.

Il **primo argomento** è relativo al combattere il desiderio. I compiti connessi al primo argomento sono: capire il desiderio, descrivere il desiderio, identificare le cause scatenanti, evitare i richiami, affrontare il desiderio.

Gli obiettivi della seduta sono il comprendere l'esperienza di desiderio del paziente, trasmettere che il desiderio è una cosa normale e rappresenta un'esperienza limitata nel tempo, identificare le cause e i richiami, insegnare tecniche pratiche di controllo del desiderio e delle sensazioni di necessità.

Il secondo argomento è relativo al sostegno alla motivazione e impegno alla motivazione. I compiti connessi al secondo argomento si riferiscono al chiarificare e dare le giuste priorità agli obiettivi, orientare l'ambivalenza, identificare e affrontare i pensieri relativi alla cocaina.

Gli obiettivi della seduta sono: riduzione dell'uso della cocaina a livelli "controllati", interruzione dell'uso di cocaina, ma proseguimento dell'uso di alcol o di altre sostanze, proseguimento della terapia fino a che la motivazione esterna che ha provocato il trattamento appare meno pressante.

Il terzo argomento consiste nella modalità di rifiuto della cocaina. I compiti connessi al terzo argomento riguardano l'accertamento della disponibilità della cocaina e passi necessari a ridurla, l'esame delle strategie utili al fine di interrompere i contatti con i fornitori, apprendere e mettere in pratica strategie di rifiuto della cocaina, esame delle differenze tra reazioni di tipo passivo, aggressivo e determinato.

Gli obiettivi della seduta sono in riferimento al fatto che i terapeuti dovrebbero rivolgere delle domande al fine di scoprire gli indicatori nascosti dell'ambivalenza e della resistenza al cambiamento e le forze sociali che lavorano contro il cambiamento, l'ambivalenza verso l'interruzione dell'uso di cocaina, il fallimento nel valutare la relazione tra disponibilità di cocaina e uso, le evidenti limitazioni nelle risorse personali e sociali e le indicazioni importanti su quanto attivamente i pazienti partecipano alla terapia.

Quarto argomento: esame delle decisioni apparentemente irrilevanti. I compiti connessi al quarto argomento sono relativi al riconoscere delle decisioni apparentemente irrilevanti e loro relazione con le situazioni ad alto rischio, identificazione di esempi relativi a decisioni apparentemente irrilevanti, esercitazione su processi decisionali finalizzati all'evitamento del rischio.

Il quinto argomento riguarda un piano di difesa multifunzionale.

I compiti connessi al quinto argomento riguardano l'anticipare le situazioni futura ad altro rischio, lo sviluppare un piano per far fronte alle difficoltà che sia ampio e personale.

Tale piano deve contenere anche elementi operativi e concreti e sequenze temporali per la verifica dell'andamento del lavoro.

Sesto argomento: consiste nel problem solving. I compiti connessi al sesto argomento sono: introdurre le nozioni base di problem solving, mettere in pratica competenze di problem solving all'interno della seduta.

Gli obiettivi della seduta riguardano il riconoscere il problema, identificare e specificare il problema, considerare vari approcci per la risoluzione del problema, selezionare l'approccio più promettente, valutare l'efficacia dell'approccio scelto e il mettere in pratica competenze di problem solving.

Il settimo argomento focalizza le problematiche di progettazione della conduzione e gestione del caso.

Gli obiettivi della seduta sono: riesame e applicazione delle tecniche di problem solving ai

problemi psicosociali che rappresentano un ostacolo alla terapia, sviluppo di un piano concreto di sostegno indirizzato alla risoluzione dei problemi psicosociali, controllo e sostegno degli sforzi dei pazienti nella realizzazione del piano.

Ottavo argomento: la riduzione del rischio da HIV. In questa seduta occorre accertare il rischio di infezione da hiv, per il paziente, e costruire le motivazioni a favore del cambiamento dei comportamenti a rischio. Precisare gli obiettivi legati al cambiamento del comportamento ed applicare strategie di problem solving verso ciò che ostacola la riduzione del rischio. Alla fine occorre fornire le linee-guida specifiche per la riduzione del rischio.

Nelle fasi finali della terapia è opportuno effettuare una seduta con una persona significativa per il paziente preferibilmente già contattata in fase iniziale. Gli obiettivi della seduta sono l'offrire ad altre persone significative l'opportunità di comprendere il trattamento che sta svolgendo il paziente e analizzare le strategie attraverso le quali possono aiutare il paziente a raggiungere e mantenere l'astinenza.

Gli interventi chiave sono relativi al pianificare il futuro, fornire informazioni/precisare gli obiettivi e identificare le strategie.

Alla fine al paziente e all'altra persona viene chiesto di formulare un contratto, in cui ciascuno specifichi i cambiamenti di comportamento che desidera nell'altro.

A conclusione del trattamento, nella seduta finale, sarà svolta una revisione dell'intero percorso.

Gli obiettivi della seduta sono quello di riesaminare il progetto e gli obiettivi della terapia valutando il grado di raggiungimento degli obiettivi concordati e rimodellati nel corso del trattamento. I terapeuti dovrebbero esplicitare le loro opinioni sui progressi fatti dai pazienti anche in termini di ricaduta su competenze e qualità della vita che il soggetto ha raggiunto. Anche i pazienti dovrebbero essere stimolati ad esprimere la loro opinione sugli ultimi e più importanti aspetti della terapia. Infine è necessario prospettare al paziente i possibili scenari rispetto ad aspetti da affrontare in modo particolare nel futuro, sul come comportarsi in caso di ricadute e sulla possibilità di ritornare al servizio nel caso che se ne presentasse la necessità.

LETTURE CONSIGLIATE

Petry NM, Peirce JM, Stitzer ML, Blaine J, Roll JM, Cohen A, Obert J, Killeen T, Saladin ME, Cowell M, Kirby KC, Sterling R, Royer-Malvestuto C, Hamilton J, Booth RE, Macdonald M, Liebert M, Rader L, Burns R, DiMaria J, Copersino M, Stabile PQ, Kolodner K, Li R. Effect of prize-based incentives on outcomes in stimulant abusers in outpatient psychosocial treatment programs: a national drug abuse treatment clinical trials network study.

Arch Gen Psychiatry. 2005 Oct;62(10):1148-56.

PMID: 16203960 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Rohsenow DJ, Martin RA, Monti PM.

Urge-specific and lifestyle coping strategies of cocaine abusers: relationships to treatment outcomes.

Drug Alcohol Depend. 2005 May 9;78(2):211-9.

PMID: 15845325 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Siqueland L, Crits-Christoph P, Barber JP, Connolly Gibbons MB, Gallop R, Griffin M, Frank A, Thase ME, Luborsky L, Liese B.

What aspects of treatment matter to the patient in the treatment of cocaine dependence?

J Subst Abuse Treat. 2004 Sep;27(2):169-78.

PMID: 15450650 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Magura S, Rosenblum A, Fong C, Villano C, Richman B.

Treating cocaine-using methadone patients: predictors of outcomes in a psychosocial clinical trial.

Subst Use Misuse. 2002;37(14):1927-55.

PMID: 12511059 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Siqueland L, Crits-Christoph P, Gallop R, Barber JP, Griffin ML, Thase ME, Daley D, Frank A, Gastfriend DR, Blaine J, Connolly MB, Gladis M.

Retention in psychosocial treatment of cocaine dependence: predictors and impact on outcome.

Am J Addict. 2002 Winter;11(1):24-40.

PMID: 11876581 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Barber JP, Luborsky L, Gallop R, Crits-Christoph P, Frank A, Weiss RD, Thase ME, Connolly MB, Gladis M, Foltz C, Siqueland L.

Therapeutic alliance as a predictor of outcome and retention in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study.

J Consult Clin Psychol. 2001 Feb;69(1):119-24.

PMID: 11302268 [PubMed - indexed for MEDLINE]

McKay JR, Alterman AI, Cacciola JS, Mulvaney FD, O'Brien CP.

Prognostic significance of antisocial personality disorder in cocaine-dependent patients entering continuing care.

J Nerv Ment Dis. 2000 May;188(5):287-96.

PMID: 10830566 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Simpson DD, Joe GW, Fletcher BW, Hubbard RL, Anglin MD.

A national evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence.

Arch Gen Psychiatry. 1999 Jun;56(6):507-14.

PMID: 10359464 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Carroll KM.

Old psychotherapies for cocaine dependence revisited.

Arch Gen Psychiatry. 1999 Jun;56(6):505-6. No abstract available.

PMID: 10359463 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Crits-Christoph P, Siqueland L, Blaine J, Frank A, Luborsky L, Onken LS,

Muenz LR, Thase ME, Weiss RD, Gastfriend DR, Woody GE, Barber JP, Butler SF, Daley D, Salloum I, Bishop S, Najavits LM, Lis J, Mercer D, Griffin ML, Moras K, Beck AT.

Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study.

Arch Gen Psychiatry. 1999 Jun;56(6):493-502.

PMID: 10359461 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Carroll KM. A Cognitive-Behavioral Approach: Treating Cocaine Addiction. NIDA 1999

Siqueland L, Crits-Christoph P, Frank A, Daley D, Weiss R, Chittams J, Blaine J, Luborsky L.

Predictors of dropout from psychosocial treatment of cocaine dependence.

Drug Alcohol Depend. 1998 Sep 1;52(1):1-13.

PMID: 9788001 [PubMed - indexed for MEDLINE]

McKay JR, Alterman AI, McLellan AT, Boardman CR, Mulvaney FD, O'Brien CP. Random versus nonrandom assignment in the evaluation of treatment for cocaine abusers.

J Consult Clin Psychol. 1998 Aug;66(4):697-701.

PMID: 9735589 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Crits-Christoph P, Siqueland L, Chittams J, Barber JP, Beck AT, Frank A, Liese B, Luborsky L, Mark D, Mercer D, Onken LS, Najavits LM, Thase ME, Woody G. Training in cognitive, supportive-expressive, and drug counseling therapies for cocaine dependence.

J Consult Clin Psychol. 1998 Jun;66(3):484-92.

PMID: 9642886 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Conner KR, Shea RR, McDermott MP, Grolling R, Tocco RV, Baciewicz G. The role of multifamily therapy in promoting retention in treatment of alcohol and cocaine dependence.

Am J Addict. 1998 Winter;7(1):61-73.

PMID: 9522008 [PubMed - indexed for MEDLINE]

McKay JR, McLellan AT, Alterman AI, Cacciola JS, Rutherford MJ, O'Brien CP.

Predictors of participation in aftercare sessions and self-help groups

following completion of intensive outpatient treatment for substance abuse.

J Stud Alcohol. 1998 Mar;59(2):152-62.

PMID: 9500302 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Kingree JB.

The role of vocational behaviors preceding and during 12-step oriented treatment.

J Subst Abuse Treat. 1997 Nov-Dec;14(6):575-9.

PMID: 9437630 [PubMed - indexed for MEDLINE]

Carroll KM, Nich C, Ball SA, McCance E, Rounsavile BJ. Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. *Addiction*. 1998;93:713-728

McKay JR, Alterman AI, Cacciola JS, Rutherford MJ, O'Brien CP, Koppenhaver J. Group counseling versus individualized relapse prevention aftercare following intensive outpatient treatment for cocaine dependence. *J Consult Clin Psychol*. 1997;65:778-788

Carroll KM, Rounsaville BJ, Gordon LT, Nich C, Jatlow P, Bisighini RM, Gawin FH. Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51:177-187

O'Farrell TJ. *Treating Alcohol Problems: Marital and Family Interventions*. New York: Guilford Press, 1993

