

ASSESSMENT PSICOLOGICO AL TRATTAMENTO: ESPERIENZE CLINICHE E PERCORSI CONCETTUALI NELLA CURA DEL COCAINISMO

Antonella D'Andrea, Adele Di Stefano, Antonella D'Ambrosi, Daniela Celani

CENTRO DI CONSULENZA COCAINA - SINTESI DELLE ATTIVITA' PROGETTUALI

Il Progetto "Centro di Consulenza Cocaina" è stato approvato e finanziato dalla Regione Lazio (DGR 487/2008) ed è attivo da maggio 2008. Hanno partecipato al progetto tutti gli operatori del Dipartimento 3D delle sedi di Frosinone, Ceccano, Cassino, Sora.

In sintesi il progetto ha realizzato le seguenti linee di attività:

Obiettivo 1: Incrementare gli interventi di prevenzione dei rischi connessi all'uso di cocaina:

progettazione, produzione e diffusione di materiale informativo (opuscoli e biglietti plastificati);
comunicazioni e informazioni tramite mass media (articoli sulla stampa locale, passaggi in reti televisive e radiofoniche locali e regionali);

counseling telefonico h. 24, curato da operatori del Dipartimento 3D, informazione e consulenza attraverso i social network: facebook e il sito www.sinecoca.it;

informazione e formazione presso le scuole secondarie, con realizzazione di una linea di azione specifica relativa alle rappresentazioni sociali sulla cocaina e sulla percezione del rischio di consumo tra gli studenti;

informazione e formazione di medici di medicina generale e di pronto soccorso, tramite diffusione di materiale e realizzazione di incontri formativi e di discussione casi;

azioni di informazione e prevenzione dell'uso di cocaina in ambienti lavorativi;

Obiettivo 2: Garantire trattamenti specialistici dell'abuso e della dipendenza patologica, anche di riduzione del danno psicofisico:

presa in carico di 62 soggetti, corrispondenti alla totalità di nuova utenza con consumo di cocaina quale droga primaria (53 soggetti), ad alcuni soggetti con dipendenza da cocaina già in carico al servizio (5 soggetti) e ad alcuni soggetti con consumo di cocaina quale sostanza secondaria (4 soggetti);

predisposizione e realizzazione della valutazione in ingresso con strumenti di assessment validati e definizione del piano di trattamento;

definizione e realizzazione del disegno di ricerca per la valutazione degli esiti clinici;

definizione e realizzazione dei piani di trattamento clinico, comprensivi di:

consulenza medica generale, consulenza medica tossicologica ed eventuale trattamento farmacologico, counseling psicologico, counseling sociale, consulenza psichiatrica con eventuale trattamento psicofarmacologico, screening cardiologico, Psicoterapia (psicoterapia ad orientamento analitico, psicoterapia cognitivo comportamentale, psicoterapia sistemico relazionale), controllo periodico metaboliti urinari;

Valutazione di andamento programma (intermedia e finale)

Obiettivo 3: Garantire la qualità del servizio e la competenza professionale degli addetti:

formazione del personale operante nel centro Consulenza Cocaina (moduli formativi accreditati ECM ad inizio progetto, in fase intermedia e finale con revisione dei casi clinici), con formatori esterni;

supervisione interna dei casi clinici e dei percorsi valutativi ;

definizione del disegno di ricerca valutativa e successiva somministrazione strumenti di assessment clinico;

elaborazione ed analisi dei dati di valutazione out come;

realizzazione di eventi divulgativi rivolti a operatori in ambito regionale (convegni di maggio 2009, dicembre 2009);

partecipazione a convegni organizzati da altri enti/associazioni per diffusione buona pratica;

realizzazione di evento finale (giugno 2010)

LA VALUTABILITÀ DELLE CURE

Risultano essere pochi gli strumenti validi per la valutazione delle tossicodipendenze diverse dall'alcolismo. La maggior parte degli sforzi valutativi si sono tradizionalmente concentrati sul miglioramento delle procedure di lavoro, dal momento che è molto più facile offrire sicurezza agli operatori rispetto alla sequenza del loro operato piuttosto che alla predeterminazione di risultati positivi delle loro azioni. Al contrario, in un contesto contrassegnato da elevati livelli di incertezza, da forte multifattorialità e da una spiccata dimensione relazionale, è molto più difficile saper prevedere quali interventi abbiano maggiori probabilità di successo in termini di efficacia delle cure e di riuscita della riabilitazione. Pertanto, nel campo sociosanitario in generale ma soprattutto nel settore delle dipendenze si è abituati a mitigare l'apparente imprevedibilità degli esiti degli interventi ricorrendo spesso ad una esaltazione della messa a punto del processo di lavoro, con il risultato che l'esito concreto dei trattamenti è stato vieppiù ricacciato nella sfera dell'imponderabile o, all'opposto, interpretato come conseguenza più o meno meccanica di una ordinata sequenza organizzativa e produttiva. L'esito dei trattamenti, generalmente indicato con il termine di 'outcome', riguarda soprattutto un duplice ordine di possibile cambiamento di stato del paziente / utente: da un lato il superamento o miglioramento delle condizioni di uso / abuso di sostanze stupefacenti o psicotrope; dall'altro il miglioramento della qualità della vita della persona interessata. Tra i due possibili esiti, il primo è sicuramente più indagabile del secondo, proprio in ragione del fatto che quanto più ci si allontana dalla stretta modificazione dello stato bio-fisiologico verso il cambiamento del sistema delle relazioni sociali entrano in gioco elementi e soggetti così numerosi e differenziati da rendere la valutazione del cambiamento un processo complesso, dinamico, controverso, personale, multiproblematico. Inoltre, mentre il primo tipo di valutazione (quella relativa al cambiamento delle condizioni di uso / abuso di sostanze stupefacenti o psicotrope) chiama in causa la misurabilità di interventi sufficientemente standardizzabili, il secondo tipo di valutazione (quella relativa al miglioramento della qualità della vita) si immerge profondamente nel carattere relazionale degli interventi terapeutici, tanto più importanti e delicati nel settore delle dipendenze. A cominciare dalla motivazione e dal coinvolgimento del paziente e del proprio ambiente familiare nelle strategie di cura, per finire nella messa in gioco dell'operatore e dei vari attori decisivi nel successo della riabilitazione del paziente. "Centralità del paziente" e "personalizzazione dei processi terapeutici" sono, quindi, due assi decisivi per fondare una corretta strategia valutativa del cambiamento di stato del paziente. Ma è soltanto una questione di maggiore o minore difficoltà tecnica a condizionare lo sviluppo di una adeguata mentalità valutativa rispetto ai servizi di contrasto delle dipendenze patologiche? Per valutare qualcosa occorre innanzitutto identificare con precisione la natura ed i contorni di ciò che si intende valutare. Se ci poniamo la finalità di misurare i cambiamenti di una condizione dobbiamo ovviamente sapere qual è la condizione di partenza e, soprattutto, le caratteristiche della condizione che si esamina. Pertanto, senza 1) un chiaro processo di identificazione dei multi-problemi (assessment complesso), 2) una dimensione diagnostica accurata e differenziata, 3) una adeguata consapevolezza delle strategie di trattamento adottate, è praticamente impossibile avvicinarsi alla valutazione degli esiti delle cure. Il problema è reso particolarmente complesso dalla 'rappresentazione sociale' delle tossicodipendenze. Se una società nel suo complesso da oltre quaranta anni oscilla di continuo da

una visione ‘deviante’ ad una visione ‘libertaria’ del consumo di droghe - concentrando il massimo sforzo sulla scelta di strategie ora repressive e contenitive della devianza, ora garantiste e antiproibizioniste – la conseguenza che ne deriva è la sopravvalutazione degli aspetti ideologici del problema rispetto a quelli clinici. Da ciò deriva la sottintesa legittimazione di un approccio ‘minore’ ai problemi della diagnosi e del trattamento dei tossicodipendenti. Tutto inizia con la difficoltà ad assumere lo stato di dipendenza come una vera e propria malattia, di cui comprenderne non soltanto la sintomatologia ma soprattutto le componenti biologiche e psicologiche che ne strutturano – per usare la terminologia dell’Organizzazione Mondiale della Sanità – la tipica dimensione di “patologia cronica multifattoriale recidivante”. Più in particolare:

-La dipendenza è uno stato psichico e talvolta fisico risultante dalla interazione tra un organismo vivente e una sostanza, e caratterizzato da modificazioni del comportamento o reazioni che determinano la compulsione ad assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, per sperimentare i suoi effetti psichici e per evitare gli effetti di privazione.

-È una condizione che spinge l'individuo, in maniera più o meno coatta, ad assumere sostanze (droghe) a dosi crescenti o costanti per avere temporanei effetti benefici soggettivi, la cui persistenza è indissolubilmente legata alla continua assunzione della sostanza, con conseguenze nocive per l'individuo e la società.”

Definire, quindi, la tossicodipendenza come un disturbo di salute multifattoriale che spesso prende la forma di malattia cronica recidivante permette di prendere le distanze dalla visione degli anni passati. Oggi, in base alle evidenze scientifiche, lo sviluppo di un disturbo di dipendenza è visto come il risultato di un’interazione multifattoriale complessa che vede sia l’esposizione alle sostanze stupefacenti sia l’interazione tra fattori biologici ed ambientali. Così come per qualsiasi altro problema di salute, grazie a processi di assessment diagnostici e globali il trattamento per la tossicodipendenza diventa personalizzato in base al cliente, per essere più efficace ... Con il motto “nothing less” si intende promuovere un metodo a carattere scientifico e sistematico nel trattamento della tossicodipendenza, in modo da considerarla come una patologia che al pari di altre malattie sanitarie, è curabile attraverso efficaci interventi di trattamento e di prevenzione”.

SINTOMI, FARMACI E PSICOTERAPIA

Nella riflessione sui percorsi diagnostico terapeutici e sulla valutazione degli esiti realizzati all’interno del servizio specialistico per la dipendenza da cocaina si sono individuati i fattori che, indipendentemente dalla cornice teorica di riferimento, fossero comuni ai diversi trattamenti psicoterapeutici. Secondo l’esperienza clinica effettuata la specificità delle tecniche utilizzate da ogni psicoterapeuta per dare nuovi significati ai comportamenti sintomatici parte sicuramente da premesse epistemologiche diverse ma ha una base comune rintracciabile negli obiettivi del trattamento: 1) interrompere i trattamenti assuntivi; 2) aiutare a gestire l’astinenza; 3) mantenere lo stato di drug-free; 4) prevenire e gestire le ricadute. Nell’offerta clinica del Centro la fase di assessment ha rivestito un ruolo fondamentale ponendosi come “**testata d’angolo**” al fine di individuare il trattamento più appropriato alla tipologia di paziente (**abbinamento tipologia di trattamento a struttura di personalità**). La componente di maggiore innovatività e di interesse conoscitivo è stato quello di collegare gli elementi di psicopatologia e funzionamento della mente a specifici interventi terapeutici sia essi psicosociali che farmacologici.

Nell’operare tale parallelismo ci siamo posti in atteggiamento falsificazionistico teso cioè ad evidenziare l’inapplicabilità delle nostre ipotesi più che a dimostrarle e non lo abbiamo mai abbandonato lungo il percorso.

Sulla base della sintomatologia riferita e all’assessment strumentale abbiamo individuato tre tipologie di pazienti. Per le caratteristiche specifiche di ogni tipologia abbiamo abbinato specifici interventi terapeutici.

Prima Ipotesi: Nei pazienti nei quali si riscontrava una prevalenza di sintomi d'ansia, **fobici e ossessivo compulsivi** abbiamo ipotizzato una maggiore efficacia della Terapia cognitivo-comportamentale con la prevalenza dei seguenti obiettivi principali: riduzione dei comportamenti mantenuti dal rinforzo esercitato dall'impiego di sostanze e l'aumento dei comportamenti mantenuti dai rinforzi non legati all'uso di droga. Come trattamento farmacologico, in questa tipologia di pazienti abbiamo utilizzato benzodiazepine a media emivita, che corrisponde al tempo di dimezzamento del farmaco nel sangue, (alprazolam, clordiazepossido, estazolam, lorazepam, oxazepam, temazepam) a dosaggi medio alti per trattare la sintomatologia ansiosa e antidepressivi serotoninergici e serotonino-noradrenergici (fluoxetina, paroxetina, citalopram, escitalopram, sertralina, duloxetina) per trattare la sintomatologia fobica e ossessivo compulsiva con buona efficacia sulla riduzione di tali comportamenti. Nella pratica clinica, abbiamo constatato che i farmaci che agiscono in uno dei due siti sono grossolanamente equivalenti come efficacia antidepressiva e la preferenza clinica si è basata sul profilo degli effetti collaterali. Tutti gli antipsicotici atipici (risperidone in compresse e nella formulazione long acting, olanzapina, quetiapina, aripiprazolo) sono stati aggiunti agli antidepressivi ad azione serotoninergica in caso di gravi disturbi ossessivo-compulsivi. **Seconda Ipotesi:** I pazienti aventi una **Struttura di Personalità con prevalenza di tono dell'umore depresso di tipo bipolare o unipolare o personalità di tipo depressivo** si è preferito utilizzare strategie terapeutiche nell'ambito della Terapia sistemico familiare con l'obiettivo di ristabilire l'omeostasi familiare consentendo lo svincolo del paziente, e ristabilire la funzionalità delle dinamiche relazionali. Il trattamento farmacologico scelto in questa tipologia di pazienti si è basato essenzialmente su antidepressivi serotoninergici e noradrenergici (fluoxetina, paroxetina, citalopram, escitalopram, sertralina, duloxetina) a dosaggi medio alti per trattare l'abbassamento del tono dell'umore, in aggiunta stabilizzatori dell'umore (litio, acido valproico, carbamazepina, lamotrigina) per trattare le ampie e spesso invalidanti oscillazioni dell'umore, in aggiunta antipsicotici atipici (risperidone in compresse e nella formulazione long acting, olanzapina, quetiapina, aripiprazolo) ad alto dosaggio nelle sintomatologie maniacali per andare a trattare l'estrema iperattivazione, che spesso è stata caratterizzata da sentimenti di esaltazione, espansività ed euforia ed antipsicotici atipici a medio- alto dosaggio nelle sindromi depressive con sintomatologia psicotica. **Terza Ipotesi:** Infine con i pazienti nei quali abbiamo ipotizzato una **Struttura di Personalità con prevalenza di fenomeni di scissione dell'Io, deficit nell'organizzazione difensiva e possibili acting out** e nei quali l'uso di sostanze risultava un tentativo di acquisire un'identità definita è stato preferibile utilizzare essenzialmente la Terapia farmacologica, abbinata al counseling psichiatrico e colloqui di supporto. La finalità è stata la stabilizzazione sintomatica e la valutazione di eventuali percorsi ospedalieri o residenziali. I farmaci utilizzati sono stati innanzitutto antipsicotici atipici ad alto dosaggio per il trattamento delle psicosi, e nei pazienti che hanno dimostrato una risposta positiva al trattamento iniziale, il proseguimento della terapia ha permesso di mantenere il miglioramento clinico; ed antipsicotici tipici (serenase, promazina, clorpromazina, clopentixolo) a medio-alto dosaggio di fronte all'eventualità di un'alta possibilità di fenomeni di acting-out.

GLI ESITI CLINICI

Nella nostra indagine i macroindicatori assunti per la valutazione degli esiti dei trattamenti sono stati così riassunti:

- USO DI SOSTANZE. Ridurre prolungatamente o sospendere l'uso di sostanze;
- PERFORMANCE GLOBALE. Migliorare in modo persistente la performance globale psico-fisica, ovvero la sua salute;
- QUALITA' DELLA VITA. Migliorare la qualità di vita, la sua integrazione e funzionalità sociale;
- PATOLOGIE CORRELATE. Evitare le patologie correlate, ridurre i comportamenti devianti e a rischio.

Da questi macro indicatori sono stati definiti i singoli indicatori che sarebbero stati presi in esame. Le dimensioni sottoposte a ricerca sono costituite da quegli insiemi conoscitivi tradizionalmente accettati dalla comunità scientifica internazionale come maggiormente capaci di monitorare le caratteristiche personali del soggetto, il suo rapporto con la condizione di rischio, il suo rapporto con il contesto anche istituzionale di riferimento, l'evoluzione delle sue condizioni. Pertanto le dimensioni esaminate sono state:

- Lavoro e Istruzione,
- Sostanze e connessi comportamenti a rischio,
- Salute fisica,
- Salute psichica,
- Relazioni,
- Legalità,
- Condizione Globale della persona.

Nel periodo compreso dal luglio 2008 ad aprile 2010, sono state in carico presso il Dipartimento 3D, sede di Frosinone 293 persone consumatori/dipendenti da cocaina: 133 persone in stato detentivo; 16 persone con trattamenti presso Comunità; 93 persone in ambulatorio territoriale. Tra queste hanno dichiarato di utilizzare la cocaina quale sostanza primaria di abuso/dipendenza 167 persone. Il Centro di Consulenza per la Cocaina ha potuto prendere in carico 62 persone, in funzione della propria capacità recettiva e della praticabilità degli interventi, tutti in ambiente extradetentivo. Per ognuna delle 62 persone in trattamento presso il Centro di Consulenza per la Cocaina si è avviato il percorso valutativo secondo il protocollo descritto. La fase valutativa, durata mediamente un mese per ogni paziente, si è conclusa con la definizione del programma terapeutico concordato tra l'equipe ed il paziente. I dati relativi ai risultati di outcome sono stati valutati solo per quei pazienti che avessero completato almeno un anno di trattamento. La successiva disamina degli strumenti disponibili per la valutazione delle condizioni cliniche e ambientali ha determinato la necessità di selezionare pochi strumenti sufficientemente specifici da poter sondare tutte le dimensioni prescelte. La comparazione degli strumenti di indagine, in funzione della loro specificità e della loro praticabilità ha determinato la seguente scelta di utilizzo:

- ASI (Addiction Severity Index). Intervista semistrutturata di Valutazione multidimensionale per identificare la tipologia del tossicodipendente;
- IDTS (Inventario delle situazioni connesse all'uso di sostanze). Questionario autosomministrato per il Profilo di rischio e di propensione del singolo all'uso di sostanze.
- GAF (Valutazione Globale di Funzionamento, Asse V del DSMIV TR). Scala per il Giudizio clinico sul grado di adattamento sociale, psicologico e lavorativo dell'individuo.
- MMPI 2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory). Questionario di Valutazione della personalità.
- TDI (Indicatori della domanda di trattamento). Scheda per studi epidemiologici europei per la classificazione delle domande di trattamento.
- Analisi dei Metaboliti Urinari. Accertamento biochimico dell'uso di sostanze).

Nella tabella che segue si illustrano i Macro-Obiettivi, le dimensioni operative e gli strumenti diagnostici utilizzati

Macro-Obiettivi della Valutazione dell'esito dei trattamenti	Dimensioni operative						
	Informazioni generali	Lavoro e Istruzione	Sostanze e comp. rischio	Salute fisica	Salute psichica	Relazioni	Legalità
Ridurre o sospendere l'uso di sostanze			ASI; IDTS; Analisi Metaboliti				
Migliorare in modo persistente la performance globale psico-fisica (salute)		ASI; GAF		ASI	ASI; GAF; MMPI	ASI	
Migliorare la qualità di vita, la sua integrazione / funzione sociale	ASI; TDI	ASI; TDI					
Evitare le patologie correlate, ridurre i comportamenti devianti e a rischio			ASI; IDTS		ASI; MMPI		ASI

I risultati clinici sono stati esaminati con riferimento ai seguenti indicatori: a) permanenza nel programma di trattamento; b) variazione gravità delle condizioni complessive (secondo le scale di Gravità dell'ASI); c) variazione della percezione da parte del paziente della problematica specifica e complessiva (secondo le scale ASI); d) variazione del funzionamento globale (secondo il punteggio GAF); e) negatività/positività ai controlli dei metaboliti urinari.

I trattamenti psicoterapeutici sono così articolati: terapia cognitivo comportamentale (38% delle psicoterapie del centro Cocaina), terapia sistemico relazionale (35%), terapia psicodinamica (27%). Le associazioni che sono state effettuate tra Gravità delle condizioni generali emerse dal punteggio alle scale ASI alla valutazione in ingresso (T0) e il piano di trattamento sono risultate le seguenti (correlazione statisticamente significativa):

Cluster per Gravità T0 (ASI)	Trattamenti associati
cocainomani parzialmente scompensati	Terapia cognitivo-comportamentale

cocainomani multipatologici	Terapia sistemico familiare
cocainomani alcolisti scompensati	Nessuna psicoterapia, Terapia farmacologica e counseling psichiatrico e/o psicologico
	Terapia Psicodinamica
cocainomani alcolisti compensati	Terapia cognitivo-comportamentale

PARALLELISMI OSSERVATIVI

Lavorare insieme significa ritradurre i linguaggi specifici e trovare punti di connessione tali da garantire unitarietà di offerta al sistema di cura. Il tentativo di sistematizzazione degli approcci psicoterapeutici utilizzati ci ha condotto ad una riflessione rispetto alle convergenze e ai punti di contatto delle teorie e delle prassi terapeutiche messe in campo. Nella tabella che segue proveremo a descrivere gli sforzi che abbiamo compiuto in questo senso e che ci hanno sicuramente arricchiti come terapeuti e come persone.

Sistemico Relazionale	Cognitivo Comportamentale	Psicodinamico
Storia trigerazionale della famiglia (nonni-genitori-figli)	Ricostruzione della storia evolutiva, di sviluppo e dei modelli di apprendimento	Delimitazione del setting attraverso l'attenzione alla dinamica transfert-controllotransfert
Organizzazione relazionale e comunicativa attuale dell'individuo	Organizzazione cognitivo-emotiva del paziente e rappresentazione di Sé in relazione agli altri	Individuazione della struttura delle difese-resistenze nella relazione analitica
Funzione del sintomo	Analisi funzionale e individuazione degli antecedenti e delle conseguenze cognitive emotive e comportamentali	Ricostruzione o costruzione narrativa della genesi e della funzione della dinamica tra desideri e difese
Fase del ciclo vitale della famiglia nel quale si presenta il sintomo del paziente designato	Fattori esterni/interni e analisi causale determinante il mantenimento del comportamento disfunzionale.	Individuazione dei processi di interiorizzazione della funzione analitica e della nuova relazione analista-analizzando

CONCLUSIONI

Confrontando i risultati clinici ottenuti con i pazienti del Centro Cocaina con quelli ottenuti con i pazienti SerT, si è rilevato che una migliore efficacia del servizio si è ottenuta proprio nel Centro Cocaina. La qualità dell'intervento attuato si ritiene sia da collegare ai seguenti elementi principali:

- Il Centro Cocaina, operando in una logica progettuale, ha definito in maniera chiara i propri obiettivi e le strategie di intervento, verificando periodicamente con strumenti di valutazione interna di processo quanto si stesse realizzando: il modello di intervento è stato quindi costantemente basato su una logica di miglioramento della qualità applicando una metodologia di lavoro del tipo PCDA (Plan, Check, Do, Act). I periodici e continuativi momenti di

approfondimento sull'operato, di supervisione interna e di analisi dei risultati hanno determinato una attenzione costante ed una autoriflessività del gruppo di lavoro.

- La fiducia mostrata dai pazienti nei confronti del trattamento richiesto (basso drop out) e la variazione positiva dei quadri clinici sembrano collegarsi alla valenza dell'essere "pensati" dal gruppo dei curanti: pertanto il servizio, nel suo insieme, sembra aver svolto una funzione terapeutica.
- La sovrapponibilità dei risultati clinici ottenuti utilizzando i diversi approcci psicoterapeutici è stata collegata alla valenza della qualità della relazione instaurata da ogni singolo terapeuta e alla coerenza interna che il curante è riuscito a restituire al paziente nel corso del trattamento.

Bibliografia

Allaman A., (2009) *Dipendenza da alcol e co-dipendenza* in *Ecologia della mente*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma

Andreoli V. : *La tossicodipendenza: un personaggio a tre volti*. In: *Tossicodipendenze*. Masson ed. (198

Annis, H.M., Turner, N.B. & Skjar, S.M. (1997). *Inventory of Drug-Taking Situations: User's Guide*. Toronto, Canada: Addiction Research Foundation, Centre for Addiction and Mental Health.

Amato L, Minozzi S, Pani PP, Davoli M.; CLIB 3, 2007.

Bateson, G.(1972), *Verso un 'ecologia della mente*, Adelphi, Milano 1976.

Beck A.: *Principi di terapia cognitiva*. Casa Editrice Astrolabio (1984)

Bignamini E., Riglano P. 2009 *Cocaina* Consumo, psicopatologia, trattamento, Raffaello Cortina, Milano

Bollettino per le farmacodipendenze e l'alcolismo: proposta di un modello integrato di applicazione della psicoterapia cognitivo-comportamentale al trattamento dell'abuso di sostanze. Anno 2000

Braglia,D.,Gerra G.,Mezzelani P., Quaglio G., Timpano M.E., Zaimovic A.,(2004) *Cocaina:farmacocinetica, abuso,dipendenza, detossificazione e trattamento*, in Nizzoli U., Pissacroia M., *Trattato completo degli abusi e delle dipendenze*, Piccin, Padova.

Cancrini L. Il punto di vista psicologico- familiare. In: *Tossicodipendenze*. Masson Ed. (1988)

Cancrini,M.G., Harrison,L. (1983) *La trappola della follia* NIS, Roma

Carroll K. *Trattamento della dipendenza da cocaina*. Nida (2001)

Cavicchioni, V. (1995) "La presa in carico della situazione tossicomane:dalla diagnosi al follow-up.Un percorso possibile?",in *Ecologia della mente*, 2, Il Pensiero Scientifico, Roma

Consoli A., *Strumenti e processi nella valutazione degli esiti dei trattamenti*. www.dronet.org

Di Maggio G. Semerari A. *I disturbi di personalità: modelli e trattamento*. Ed. Laterza (2006)

DSM- IV *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Masson Ed (1999)

Edwards G., Arif. A. & Hodgson R., 1981, *Nomenclature and classification of drug- and alcohol-related problems: a WHO memorandum*, Bulletin of WHO, 59,225-242. World Health Organization, 1992, *The ICD-10 Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines* (Geneva, World Health Organization).

Gawin F.H., 1991, *Cocaine addiction: Psychology and neurophysiology*, Science, 12.

Gold M S. *Cocaine (and crack): clinical aspects*. In: *Substance abuse, a comprehensive textbook*. A cura di Lowinson J H, Ruiz P,

Haley J.(1963), *Le strategie della psicoterapia*, Sansoni, Firenze, 1974

Koob G F, Bloom F E. Cellular and molecular mechanisms of drug dependence. *Science*. 242: 715-728, 2008.

Langrod J C. Baltimore: William & Wilkins, 1992.

Leopardi A., Velicogna F. (2009) *Cocaina: dipendenze e trattamento*, FrancoAngeli, Milano

Lovaste R., Camin E., Lorenzin G., Guarrera G., Fontana F.; Il controllo di gestione di un servizio per le tossicodipendenze (Ser.T.). Servizio per le Tossicodipendenze Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento, 2008.

Marsden, J., Bacchus, L., Stewart, D. Griffiths, P. Clarke, K., Gossop, M. & Strang, J. (1998) The Treatment Perceptions Questionnaire (TPQ): A brief questionnaire for assessing service satisfaction (unpublished manuscript). London: National Addiction Centre.

McLellan, A. T. (2002) The outcomes movement in substance abuse treatment: Comments, concerns and criticisms. In: Sorenson, J. & Rawson, R. eds. *Drug Abuse Treatment Through Collaboration: Practice and Research Partnerships That Work*, pp. 119-134. Washington, DC: American Psychological Association Press.

McLellan, A. T. & McKay, J. (1998) Components of successful addiction treatment: what does research say? In: Graham, A. W & Schultz, T, eds.

Pancheri R, Sirigatti S. 2002, MMPI2 Manuale d'istruzione, OS, Firenze

Progetto Nazionale Cocaina. Tabella di base degli Indicatori utilizzabili. Sintesi dei Contributi. Proposta per la discussione (Vers. 28.11.2007). Ministero della Salute, 2007.

Progetto SESIT. Standard Europei per il Sistema Informativo Tossicodipendenze. "Potenziamento delle dotazioni informatiche dei Ser.T. e implementazione di un sistema di monitoraggio dell'utenza dei servizi basato sull'utilizzo di standard europei protocollo e standard. Statement sulla valutazione dell'outcome".

Progetto del Ministero della Salute, Ministero del Welfare, Regioni e Province Autonome; 2005.

Pulvirenti L, Koob G F. In: *Medicina delle farmacotossicodipendenze (Italian Journal of the Addictions)*. Cocaine 1994 (Demos ed.). Febr. 1994, anno II, nr.2.

Reda M.: Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia. La nuova Italia scientifica Ed.(1986)

Tamburello A, Contadi A., Lucchesi B., Continisio M., Innamorato Behavioural and Cognitive techniques in Causal Psychotherapy. EABCT2005 "CBT: The Art of an Integrative Science" 21st-24th September 2005, Thessaloniki, Greece

Ugolini P. (a cura di): Qualità ed outcome nelle dipendenze. Dibattito europeo e italiano, esperienze in Emilia-Romagna, FrancoAngeli, Milano 2005.

Watzlawick P., Beavin J., Jackson D.D. (1967), *Pragmatica della comunicazione umana*, Astrolabio, Roma, 1971

Watzlawick P. Weakland J.H., Fish R.(1974), *Change*, Astrolabio, Roma

Wojcik WJ, Holopainen I. Role of central GABA B receptors in physiology and pathology. *Neuropsychopharmacology*. 6: 201-214, 2002.