



L'EFFICACIA DELLE PSICOTERAPIE NEL TRATTAMENTO DELL'ABUSO DI SOSTANZE

Shamil Wanigaratne, Paul Davis, Kate Pryce, Janet Brotchie

NHS - National Treatment Agency for Substance Misuse

INTRODUZIONE

Il seguente articolo valuta brevemente l'efficacia delle psicoterapie nel trattamento dell'abuso di sostanze. I pazienti che abusano di sostanze ricevono generalmente un trattamento psicoterapico al fine di:

- ottenere una modifica comportamentale nei confronti dell'uso di sostanze;
- affrontare le patologie correlate all'uso di sostanze, come depressione, ansia, disturbi post-traumatici da stress (PTSD) e disturbi di personalità.

Questo articolo non affronta l'utilizzo di psicoterapie nei confronti di problematiche pre-esistenti. Il National Institute of Health and Clinical Excellence (NICE) e il Department of Health hanno un approccio basato sui dati della letteratura scientifica per i trattamenti psicologici che si rivolgono a specifici problemi di salute mentale.

CHE COSA SONO LE PSICOTERAPIE

Le psicoterapie sono interventi basati su una o più teorie del comportamento umano. Esse prevedono l'instaurarsi di una relazione tra un terapeuta e un paziente, entro la quale vengano ponderate le problematiche relative allo sviluppo, alle esperienze, alle relazioni interpersonali, alla cognizione (l'azione o il processo mentale tramite il quale la conoscenza viene acquisita includendo la percezione e il ragionamento), alle emozioni e ai comportamenti.

I trattamenti psicologici con pazienti che abusano di sostanze hanno due differenti e distinti scopi. Principalmente puntano a sostenere l'individuo nel modificare il suo atteggiamento verso l'uso di sostanze; in secondo luogo affrontano i disturbi mentali coesistenti. Gli interventi compresi nella prima categoria dovrebbero includere la terapia cognitivo-comportamentale (CBT) e il colloquio motivazionale che sono entrambi approcci *evidence-based*, guidati da un chiaro sistema di principi o protocolli con indicazioni di specifici *homework*. Il termine "interventi psicosociali" è spesso applicato a questa categoria di terapia. È su questo tipo di approccio che si focalizzerà il presente articolo.

Il secondo tipo di psicoterapia affronta i disturbi mentali coesistenti o legati all'uso di sostanze, come ansia o depressione, disturbo post-traumatico da stress o storie di abusi sessuali nell'infanzia che potrebbero precedere l'abuso di sostanze. La soluzione di tali problemi è fondamentale nel tentativo di aiutare il paziente nel modificare il suo comportamento di abuso. Il ruolo dello psicologo o dello psicoterapeuta (che ha ricevuto una formazione specialistica in interventi terapeutici) è quello di aiutare il paziente ad affrontare i suoi disturbi mentali sottostanti e di stimolare cambiamenti comportamentali rispetto all'uso di sostanze (sebbene vengano spesso affrontati simultaneamente). Gli interventi che ricadono in questa categoria dovrebbero includere psicoterapie *evidence-based* usate abitualmente nell'ambito della salute mentale, come la terapia cognitivo-comportamentale per la depressione e l'ansia.

EFFICACIA E RISULTATI

La ricerca ha mostrato che i trattamenti possono avere un effetto significativo sull'abuso di sostanze del paziente. Il principale criterio di efficacia è che la psicoterapia porti ad una riduzione o all'astinenza nell'uso di una specifica sostanza.

Comunque, poiché l'abuso di sostanze ha un impatto su svariati ambiti della vita di una persona, è opinione comune che la maggior parte degli studi debba valutare, come dimostrazione di efficacia, anche i miglioramenti in una vasta gamma di funzioni. I principali ambiti di funzioni dove può essere osservato un cambiamento includono la salute fisica e psicologica, i comportamenti a rischio per HIV ed epatiti, i rapporti interpersonali, il lavoro e i comportamenti criminali o micro-criminali (vedi *Sperlinger, Davis e Wanigaratne, 2003* per una rassegna degli indicatori di risultato).

RASSEGNA DEI DATI E CONCLUSIONI

Una vasta gamma di trattamenti si è dimostrata efficace nel trattamento dell'abuso di varie sostanze (in particolare per alcool, oppiacei, tranquillanti, stimolanti, cannabis e poliabuso), ma le prove di tale validità e la forza delle conclusioni che possono essere ottenute su queste evidenze è variabile, quindi vi sono alcune limitazioni nelle conclusioni cliniche come risulterà più chiaro in seguito.

È importante anche notare che esistono attualmente pochissimi studi nel Regno Unito, e che la maggior parte di quelli riportati in questa rassegna sono di provenienza americana. Questo riveste particolare importanza, poiché i tipi abituali di interventi degli Stati Uniti – come gli approcci basati sul rinforzo da parte della comunità e di gestione delle contingenze – vengono raramente utilizzati nel Regno Unito.

Le evidenze dell'efficacia delle psicoterapie nel trattamento dell'abuso di sostanze non è vasta, ma i dati disponibili possono essere riassunti nel modo seguente (per maggiori dettagli si veda la bibliografia e l'Appendice):

1. esiste una base scientifica dell'efficacia dei trattamenti psicologici per l'abuso di sostanze;
2. una combinazione di trattamenti sostitutivi e psicologici è frequentemente più efficace rispetto alla sola terapia farmacologica o ai soli trattamenti psicologici, in particolare per i consumatori di oppiacei, tranquillanti e alcool;
3. laddove non sono disponibili trattamenti sostitutivi, come per la cannabis e la cocaina, ci

sono evidenze che il trattamento psicologico da solo possa essere efficace nel modificare il comportamento d'abuso di sostanze del paziente;

4. alcuni interventi, come il colloquio motivazionale e la prevenzione delle ricadute, appaiono essere efficaci per un'ampia gamma di sostanze;
5. per i pazienti tossicomani qualsiasi forma di trattamento psicologico determina miglioramenti rispetto a chi non riceve alcun trattamento, anche se non esiste un generale consenso sul fatto che esista un trattamento migliore in assoluto;
6. comunque, laddove veramente le evidenze suggeriscano che esiste variabilità nell'efficacia di differenti trattamenti psicologici per varie tipologie di pazienti, in generale si può suggerire quanto segue:
 - per gli eroinomani qualsiasi trattamento psicologico si è dimostrato migliore rispetto a non sottoporsi ad alcun trattamento;
 - per chi abusa di tranquillanti l'evidenza è ampiamente limitata agli approcci di psicoterapici di tipo cognitivo-comportamentale, che appaiono essere efficaci nel ridurre l'uso;
 - per chi abusa di sostanze stimolanti, qualsiasi trattamento è meglio che nessun trattamento. Va sottolineato che le prove di efficacia sono maggiori con gli approcci cognitivo-comportamentali che includono il colloquio motivazionale, la prevenzione delle ricadute, il rinforzo comunitario e la gestione delle contingenze; inoltre ci sono indicazioni che una combinazione dei diversi interventi possa essere più utile a lungo termine, per esempio colloquio motivazionale seguito da terapia cognitivo-comportamentale;
 - per i consumatori di cannabis, il colloquio motivazionale, la terapia cognitivo-comportamentale e la terapia familiare appaiono essere le più efficaci;
 - per gli alcolisti, la terapia cognitivo-comportamentale (comprendente il rinforzo motivazionale), la Facilitazione in Dodici Passi (vedi approfondimento) e la terapia familiare sembrano essere i più efficaci
7. gli approcci di terapia familiare sono trattamenti efficaci per l'alcolismo, ma il loro impatto potrebbe essere mediato da almeno tre componenti – la tipologia del bevitore, l'investimento nella relazione affettiva e il supporto per l'astinenza offerto dalla famiglia;
8. la terapia familiare per l'abuso di sostanze è risultata essere più efficace di altri trattamenti nel coinvolgere e trattenere in terapia gli adolescenti e nel ridurre l'entità dell'abuso, ma i dati disponibili sono meno definitivi per quanto riguarda gli adulti. La terapia familiare rimane pertanto un intervento semplicemente "promettente";
9. con i poliassuntori gli interventi familiari e gli approcci di rinforzo comunitario e di gestione delle contingenze hanno dato risultati migliori del solo intervento di *counselling* (dove l'operatore sostiene gli sforzi al cambiamento del paziente e può usare metodi e tecniche derivate da uno o più modelli di terapia psicologica) e della Facilitazione in Dodici Passi.

ELEMENTI CENTRALI DI OGNI APPROCCIO PSICOTERAPEUTICO

Viene di seguito presentata una breve descrizione dei principali approcci psicoterapici di maggiore efficacia.

PSICOTERAPIA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE/COPING SKILLS

Questi approcci prevedono tra gli altri anche interventi psicoeducativi strutturati, che si focalizzano: 1) sull'identificazione dei fattori cognitivi e ambientali sottostanti ai problemi del com-

portamento; 2) sullo sviluppo o sul consolidamento delle competenze richieste per ottenere cambiamenti di uno specifico comportamento (per esempio l'uso di sostanze). Le tecniche cognitive (per esempio modificare i pensieri disfunzionali come i pensieri automatici negativi) e il lavoro sui comportamenti (per esempio esposizione ai comportamenti problematici e l'apprendimento di tecniche di controllo e sperimentazione di attività piacevoli) vengono utilizzati per ottenere tali cambiamenti. Specifiche modifiche comportamentali, così come il consolidamento di nuove competenze/abilità, sono una componente fondamentale di un trattamento efficace.

COLLOQUIO MOTIVAZIONALE

Questo è un approccio di terapia cognitivo-comportamentale basato su poche sessioni (dalle 2 alle 6), nel quale il terapeuta assume il ruolo di partner collaborativo, piuttosto che di esperto, nell'affrontare la problematica dell'abuso di sostanza col paziente.

I terapeuti sono direttivi nell'utilizzo di competenze specifiche, come: formulare domande aperte, ascolto riflessivo, parafrasare e riassumere le idee espresse dal paziente, rifletterle su di lui e fornire conferme. Questo incoraggia il paziente a identificare e definire i propri problemi con la sostanza d'abuso, ad aumentare la consapevolezza della propria problematica e a sentirsi in grado di realizzare cambiamenti (aumento dell'autoefficacia), sviluppando l'aspettativa di un risultato positivo. Il principio sottostante a questo approccio è che il paziente si convinca da solo che il cambiamento è desiderabile, raggiungibile e benefico. Esiste una sostanziale evidenza dell'efficacia del colloquio motivazionale, particolarmente nell'ambito dei problemi e dei rischi legati all'alcolismo, all'uso di cannabis e alla dipendenza da eroina. Tale approccio svolge, inoltre, un ruolo importante nel favorire il coinvolgimento e l'aderenza al trattamento.

PREVENZIONE DELLE RICADUTE

La prevenzione delle ricadute è l'approccio cognitivo-comportamentale principalmente usato nel Regno Unito. I programmi individuali o di gruppo di prevenzione delle ricadute dovrebbero includere (Wanigaratne, 2003) almeno i seguenti punti:

- identificazione delle situazioni ad alto rischio e dei meccanismi che scatenano il *craving*;
- sviluppo di strategie per limitare l'esposizione a situazioni ad alto rischio;
- sviluppo di capacità di gestione del *craving* e di altre sensazioni sgradevoli senza ricorrere all'uso di sostanze;
- capacità di far fronte alle ricadute;
- capacità di riconoscere, contrastare e gestire ideazioni non utili o dannose riguardo l'uso di sostanze;
- sviluppo di piani comportamentali per far fronte a situazioni ad alto rischio qualora altre strategie non abbiano successo;
- anticipazione delle situazioni ad alto rischio per l'uso di sostanze;
- facilitazione di relazioni interpersonali e attività piacevoli che non prevedano l'uso di sostanze, che aumentino la qualità di vita e producano uno stile di vita equilibrato.

IL RINFORZO COMUNITARIO

Si tratta di un approccio cognitivo-comportamentale sviluppato originariamente in relazione alla dipendenza da alcool. Esso contempla interventi di *counselling* e di metodi mirati all'apprendimento di abilità e competenze in funzione di obiettivi di trattamento specifici per paziente.

Il principio alla base è che gli individui ottengano dei rinforzi positivi al proprio comportamento da parte della comunità, la quale svolge un ruolo nel mantenere i comportamenti sia di uso che di non-uso.

Lavorando sui fattori di mantenimento del comportamento problematico, e coinvolgendo in questo processo anche la rete sociale di sostegno, è possibile che gli individui cambino i loro stili di vita, facilitando il raggiungimento dello stato di astinenza.

GESTIONE DELLE CONTINGENZE

L'approccio della gestione delle contingenze ha lo scopo di incoraggiare comportamenti positivi offrendo ricompense (sotto forma di voucher) quando il paziente raggiunge un obiettivo del trattamento (per esempio l'interruzione dell'uso di droghe) e sospendendo tali ricompense – o applicando misure punitive – quando invece manifesta comportamenti a rischio per l'uso di sostanze (per esempio la ripresa). Questo tipo di approccio è spesso identificato come la terapia basata sul voucher. Spesso la ricompensa per una modifica comportamentale è rappresentata dal voucher (gettone, biglietto, ecc.), che può essere scambiato con beni di consumo o altro a seconda della scelta del paziente.

COUNSELLING/PSICOTERAPIA SUPPORTIVA-ESPRESSIVA

Il *counselling* è un approccio olistico, centrato sul paziente e non-direttivo. Si tratta di un processo sistematico che offre all'individuo l'opportunità di esplorare, scoprire e chiarificare modalità comportamentali alternative, che portino ad un maggior senso di benessere, migliorando anche la qualità di vita. Il *counselling* solitamente viene utilizzato per affrontare e risolvere specifici problemi, favorire i processi di "*decision making*", far fronte a momenti di crisi, lavorare su conflitti e migliorare le relazioni con gli altri. La psicoterapia supportiva-espressiva è una forma di psicoterapia adattata al trattamento per l'abuso di sostanze. Le tecniche di supporto aiutano il paziente a sentirsi a suo agio nel discutere le sue personali esperienze e le tecniche espressive aiutano i processi di identificazione delle proprie problematiche lavorando sulle relazioni interpersonali.

TERAPIA FAMILIARE

È un termine che viene usato per descrivere diversi adattamenti dell'intervento familiare, che si è dimostrato efficace nel coinvolgere e mantenere in trattamento il consumatore di sostanze e la sua famiglia o rete sociale. La maggior parte delle ricerche sui risultati della terapia familiare in questa popolazione specifica ha coinvolto differenti versioni o estensioni di tale approccio di tipo *strutturale* (Minuchin, 1974), *strategico* (Haley, 1980) o *strategico-strutturale* (Stanton, 1981). La terapia familiare strutturale ha l'obiettivo di modificare la struttura stessa della famiglia intervenendo sulle interazioni che avvengono tra i membri del nucleo familiare all'interno del setting terapeutico. La terapia familiare strategica, invece, mira a modificare le interazioni tra i membri agendo al di fuori delle sessioni terapeutiche tramite l'assegnazione di *homework*. La caratteristica fondamentale di questo intervento è l'adozione di un atteggiamento non giudicante nei confronti della famiglia, enfatizzando i meccanismi comportamentali finalizzati al cambiamento.

Il termine terapia familiare è stato usato anche per descrivere l'intervento di supporto alla fami-

glia, che prevede un lavoro con i membri del nucleo familiare al fine di coinvolgere il paziente nel trattamento (per esempio la terapia familiare unilaterale) e una vasta gamma di trattamenti comportamentali che includono la famiglia (per esempio l'approccio di rinforzo comunitario).

TERAPIA COMPORTAMENTALE DELLA RETE SOCIALE

Questo tipo di trattamento psicologico prevede 4-8 sessioni della durata di 50 minuti circa che coinvolgono il paziente e altre persone significative all'interno del loro ambiente sociale. È basato sull'approccio di rinforzo comunitario (CRA), sulla terapia di coppia, sulla prevenzione delle ricadute e sull'acquisizione di competenze/abilità in campo sociale con lo scopo di aumentare il rinforzo sociale all'astinenza dall'uso di sostanze e di diminuire il rinforzo dei comportamenti di assunzione.

FACILITAZIONE IN DODICI PASSI

L'approccio della Facilitazione in Dodici Passi è alla base della filosofia dell'auto-aiuto degli Alcolisti Anonimi e dei Narcotici Anonimi. Questo approccio concepisce la dipendenza da sostanze come una malattia recidivante, ponendo l'astinenza completa come unico obiettivo del trattamento. Come parte del percorso verso la guarigione, l'individuo deve riconoscere il danno che la sostanza d'abuso ha causato a sé stesso e agli altri e, se possibile, recuperare le relazioni significative.

FATTORI NON-SPECIFICI

Sebbene non sia l'obiettivo principale di questa rassegna, è importante sapere che esiste una vasta gamma di studi che suggeriscono la presenza di fattori non-specifici coinvolti significativamente nell'efficacia dei trattamenti psicologici.

Il paziente, il terapeuta e le variabili di processo possono tutti contribuire al risultato dei trattamenti psicologici. Il soggetto del trattamento, il terapeuta e le modalità con cui viene condotto il trattamento sembrano essere fattori altrettanto importanti quanto il contenuto e il modello della terapia psicologica stessa.

FATTORI ASSOCIATI AL TERAPEUTA

Le ricerche sull'empatia, il calore e l'immediatezza – le condizioni di base della terapia psicologica – sono numerose e sono entrate a pieno titolo nella letteratura psicoterapeutica sin dagli studi di Truax e Carkhoff (1967). Più di recente i ricercatori hanno esaminato l'efficacia terapeutica nel trattamento dei pazienti tossicomani ed hanno identificato alcuni fattori che sembrano contribuire al raggiungimento di un risultato positivo. Un buon terapeuta dovrebbe:

- essere empatico e autorevole (Truax e Carkhoff, 1967);
- accettare la partecipazione di supervisori (Luborsky et al, 1985);
- assumere una posizione e un atteggiamento non giudicanti (Stanton e Shadish, 1997);
- utilizzare un dialogo motivazionale (Raistrick e Tober, 2004);
- essere un buon ascoltatore;
- essere in buone condizioni psicologiche;
- sviluppare un'alleanza terapeutica, cioè una relazione collaborativa tra paziente e terapeuta.

ALTRI FATTORI CHE INFLUENZANO IL RISULTATO DEL TRATTAMENTO PSICOLOGICO

La letteratura suggerisce altri principi-guida che sottostanno all'efficacia dei trattamenti (Rai-strick e Tober, 2004):

- prontezza ad iniziare il trattamento;
- l'importanza della durata piuttosto che dell'intensità. Trattamenti più o meno lunghi funzionano comunque nell'aumentare l'astinenza da sostanze, ma una significativa riduzione della dipendenza sembra essere influenzata da una maggiore durata dei trattamenti stessi;
- persone con bisogni complessi o con disturbi mentali coesistenti, gravi problematiche sociali e patologie organiche importanti trarranno beneficio da trattamenti di maggior intensità e ad ampio spettro.

CONCLUSIONI

Questa rassegna suggerisce l'esistenza di un'evidenza significativa dell'efficacia degli interventi psicoterapici per i pazienti che abusano di sostanze. Alcuni approcci, in particolare il colloquio motivazionale e la prevenzione delle ricadute, sembrano essere efficaci per una vasta gamma di sostanze d'abuso. Altri approcci, come il rinforzo comunitario e la gestione delle contingenze, seppur poco utilizzati nel Regno Unito, vantano un importante riscontro in letteratura, indicando che questo settore è destinato a un rapido sviluppo. Gli interventi familiari sembrano altrettanto promettenti per un'estesa tipologia di pazienti che usano sostanze diverse.

È importante sottolineare che le ricerche che indicano un'efficacia dei trattamenti psicoterapici sono state frequentemente condotte con terapeuti esperti, formati e supervisionati. Nella pratica clinica quotidiana, infatti, è possibile conseguire risultati positivi solo in presenza di un gruppo di operatori adeguatamente formati e supervisionati. Queste terapie psicologiche, che prevedono trattamenti specifici e coerenti, vengono inoltre attuate in contesti di lavoro generico e di case management che di fatto poco hanno a che fare con il modello di ricerca predichiarato. Chi richiede questi interventi e chi li attua deve essere consapevole delle problematiche legate alla formazione, alla supervisione e alla coerenza del trattamento nello sviluppare programmi efficaci di psicoterapia per chi abusa di sostanze. Il progetto "*Models of care*" all'interno del National Treatment Agency for Substance Abuse, ha posto l'accento sulla pari importanza del ruolo della psicoterapia e delle terapie sostitutive nel trattamento della dipendenza da oppiacei, indicando inoltre come le psicoterapie siano al momento le uniche opzioni efficaci per i consumatori di sostanze stimolanti e di *cannabis*.

Si auspica che questa rassegna possa rappresentare una guida utile per chi è chiamato ad organizzare e gestire servizi per i trattamenti psicoterapici che devono essere sviluppati sulla base di evidenze scientifiche e attribuendo un valore centrale all'interno di un più globale percorso terapeutico, senza, peraltro, trascurare l'importanza della formazione e della supervisione continue.

APPENDICE

Viene di seguito una sintesi dell'evidenza dell'efficacia degli interventi psicoterapici in funzione della sostanza d'abuso, tipo di intervento e livello/forza dell'evidenza.

Le tabelle sotto-riportate offrono le seguenti informazioni:

- le tipologie di psicoterapie che si sono dimostrate efficaci a seconda delle sostanze trattate;
- un commento sul contesto nel quale l'efficacia era dimostrata, qualora rilevante;
- il tipo di evidenza (metodo usato) e la "forza" delle conclusioni nonché le raccomandazioni che possono essere dedotte, ovvero:
 - evidenza di tipo I: evidenza da meta-analisi di studi controllati randomizzati (RCTs) o almeno di un RCT;
 - evidenza di tipo II: evidenza da almeno uno studio controllato senza randomizzazione;
 - evidenza di tipo III: evidenza da studi descrittivi, come è il caso di studi comparativi, studi di correlazione e studi caso-controllo;
 - evidenza di tipo IV: da almeno uno studio osservazionale ben costruito;
 - evidenza di tipo V: da opinioni di esperti, inclusi il giudizio sia degli operatori che degli utenti dei servizi;
- una breve bibliografia per ogni studio (la bibliografia completa si trova alla fine della pubblicazione).

Tabella 1

EVIDENZA DELL'EFFICACIA: OPPIACEI			
Tipo di intervento	Commenti	Categoria evidenza	Bibliografia
CBT (Terapia cognitiva comportamentale)			
CBT	Nessuna differenza tra un programma di CBT due volte/sett o un altro intervento più intensivo di 5 gg/sett, ma la CBT ha un miglior rapporto costo/efficacia	Tipo I	Avants et al. (1999)
	Un approccio CBT che si focalizzi sulla sensibilità ai segnali enterocettivi associati al <i>craving</i> ha condotto a una riduzione significativamente maggiore nell'uso di droghe tra le donne, ma non tra gli uomini, confrontato con il <i>counselling</i> di sostegno	Tipo I	Pollack et al (2002)
Colloquio motivazionale	Affiancato a trattamento metadonico	Tipo I	Saunders et al (1995)
Prevenzione delle ricadute (RP)	RP combinata con l'approccio di rinforzo comunitario (CRA) più efficace che CRA da solo	Tipo I	Abbot et al (1998)
Contingency management (gestione delle contingenze)	Meta-analisi	Tipo I	Griffith et al (2000)
	Risultati positivi (riduzione dell'uso di oppioidi e cocaina) all'interno di programmi metadonici di mantenimento	Tipo I	Silverman et al (1996a)
		Tipo II	Silverman et al (1996b)
Approcci di rinforzo comunitario (CRA)	CRA più efficace del trattamento standard	Tipo I	Abbot et al (1998)
	CRA più efficace del trattamento standard	Tipo I	Gruber et al (2000)
COUNSELLING			
Counselling individualizzato	Counselling+ trattamento metadonico producono un significativo miglioramento nel ridurre l'abuso di oppioidi rispetto al solo trattamento metadonico. L'integrazione con altri servizi psicosociali migliora ulteriormente il risultato	Tipo I	McLellan et al (1993)
	Studio comparativo col solo trattamento metadonico	Tipo III	Woody et al (1983)
TERAPIA FAMILIARE			
Intervento di coppia/famiglia	Meta-analisi di 1571 casi che dimostrano come questo intervento sia superiore al counselling individuale, alla terapia di gruppo alla pari e agli interventi psicoeducativi familiari	Tipo I	Stanton & Shadish (1997)
Terapia familiare	Più giorni di astinenza al follow up che nella psicoterapia di sostegno, ma risultati equivalenti con interventi a frequenza minore	Tipo I	Yandoli et al (2002)
	Terapia familiare più efficace di altri interventi nella prevenzione della ricaduta precoce	Tipo I	Stanton, Todd et al (1982)
Counselling familiare comportamentale (BFC)	In numerose valutazioni il BFC associato al trattamento individuale e naltrexone è più efficace che il solo counselling individuale con naltrexone	Tipo I	Fals-Stewart et al (1996)
Terapia familiare strategico-strutturale	Ha dimostrato risultati migliori dei trattamenti standard	Tipo II	Stanton, Steier, Cook & Todd (1994)
Terapia familiare multipla	Più efficace delle cure standard	Tipo III	Kosten, Jalali, Hogan, Kuber (1983)
PSICODINAMICA			
Psicoterapia supportivo-espressiva	In pazienti in mantenimento metadonico, quelli sottoposti a psicoterapia espressiva richiedono meno metadone, usano meno cocaina, e mantengono i progressi fatti rispetto a quelli che ricevono solo counselling	Studio comparativo con counselling	Woody et al (1995)

Tabella 2

EVIDENZA DELL'EFFICACIA: BENZODIAZEPINE			
Tipo di intervento	Commenti	Categoria evidenza	Bibliografia
CBT (Terapia cognitiva comportamentale)			
CBT	CBT ha buoni risultati a breve termine	Tipo II	Vorma et al (2002)
CBT di gruppo	Nei pazienti con disturbo di attacco da panico una lenta riduzione della dose di BDZ in associazione con la CBT produce una significativa riduzione completa dell'uso rispetto a uno scalaggio senza CBT	Tipo I	Otto et al (1993)
	CBT risultati migliori rispetto al gruppo di controllo	Tipo III	Higgit et al (1987)
		Tipo III	Tyer et al (1985)
RIDUZIONE GRADUALE CON INTERVENTI PSICOLOGICI			
Brevi interventi psicologici che includono CBT & counselling	16% su 3234 pazienti sono riusciti a interrompere l'uso dopo 8 mesi (audit di 15)	Tipo III	Golden et al (1994)

EVIDENZA DELL'EFFICACIA: STIMOLANTI			
CBT (Terapia cognitiva comportamentale)			
CBT	Review qualitativa di RCTs di CBT con consumatori di cocaina	Tipo I	Carroll (1998)
		Tipo III	Rosenblum et al (1999)
Prevenzione delle ricadute	Risultati positivi conservati dopo un anno di follow-up per dipendenza da cocaina se confrontati con la farmacoterapia	Tipo II	McKay et al (2002)
		Tipo I	Carroll et al (1994)
Colloquio motivazionale	RCT di 105 cocainomani. Quelli sottoposti a colloquio motivazionale incrementano l'utilizzo di strategie di coping e presentano meno positività alla cocaina all'inizio della detossificazione	Tipo I	Stotts et al (2001)
Programmi comportamentali (gestione delle contingenze)	Test urinari maggiormente negativi in relazione a schemi che prevedono un aumento delle ricompense	Tipo I	Preston et al (2001)
	Cinque volte più probabile la permanenza nel trattamento rispetto ai gruppi di counselling tipo "12-passi"	Tipo II	Kirby et al (1998)
	Programmi comportamentali che utilizzano il sistema delle ricompense per interruzione del consumo di droghe producono risultati significativamente migliori rispetto ai programmi comportamentali da soli	Tipo I	Higgins et al (1993)
Approcci di rinforzo comunitario (CRA)	Significativamente più efficace rispetto al solo counselling	Tipo I	Higgins et al (1993)
COUNSELLING			
Uso di cocaina ridotto nei trattamenti obbligati dalla legge		Tipo III	Kletter (2003)
MODELLO MATRICE			
Combinazione di approcci diversi: prevenzione delle ricadute, terapie familiari e di gruppo, psico-educazione e auto-aiuto, in cui è prevista una forte relazione col terapeuta		Studio comparativo	Rawson et al (1995)
FACILITAZIONE 12 PASSI			
Approccio 12 passi	Confrontando 4 tipi di trattamenti diversi, tutti efficaci, chi riceve il counselling individuale tipo 12-passi raggiunge e mantiene con più probabilità l'astinenza	Tipo I	Crits-Christoph et al (1999)
TERAPIA FAMILIARE			
Terapia comportamentale di coppia (BCT)	I pazienti in BCT presentano più giorni di astinenza rispetto ai controlli. La BCT aumenta considerevolmente il risparmio in costi sociali ad un anno di follow up	Tipo I	Fals-Stewart et al (1996)
Modello di Bower della Terapia familiare specifico per cocaina	Migliori risultati dei trattamenti standard	Tipo I	McLellan et al (1993)

Tabella 3

EVIDENZA DELL'EFFICACIA: CANNABIS			
Tipo di intervento	Commenti	Categoria evidenza	Bibliografia
CBT (Terapia cognitiva comportamentale)			
Colloquio motivazionale	A 16 mesi di follow up risulta efficace come la prevenzione della ricaduta se paragonato con un gruppo di controllo a trattamento posticipato	Tipo I	Stephens et al (2000)
Terapia di rinforzo motivazionale		Tipo III	Budney et al (1997)
Prevenzione delle ricadute	Intervento di gruppo risulta altrettanto efficace che il supporto sociale di gruppo nel ridurre l'uso a 12 mesi di follow up	Tipo I	Stephens et al (1994)
	Efficace quanto il colloquio motivazionale	Tipo I	Stephens et al (2000)
INTERVENTO BREVE INTEGRATO			
	Assessment + materiale di auto-aiuto	Tipo IV	Lang et al (2000)
TERAPIA FAMILIARE			
Terapia familiare multisistemica	Follow up di 4 anni ha dimostrato che i pz con intervento di counselling individuale avevano una probabilità di essere arrestati per reati legati ad abuso di sostanze 4-5 volte maggiore rispetto a quelli con intervento di terapia familiare	Tipo II	Henggeler et al (1991)
Terapia familiare congiunta + terapia familiare individuale	L'associazione di queste due terapie si è dimostrata efficace	Tipo II	Szapocznik, Kurtines, Foote, Perez-Vidal & Hervis (1983)

Tabella 4

EVIDENZA DELL'EFFICACIA: ALCOOL			
CBT (Terapia cognitiva comportamentale)			
Colloquio motivazionale	Meta-analisi	Tipo I	Burke et al (2003)
	Meta-analisi. Interventi brevi risultano superiori ad altri	Tipo I	Miller & Wilbourne (2002)
	Gravide	Tipo I	Handmaker et al (1999)
	Risultati migliori nei trattamenti residenziali	Tipo I	Brown & Williams (1993)
	Trattamento non residenziale	Tipo I	Bien et al (1993)
Terapia cognitivo-comportamentale	Meta-analisi. 6 tra i 10 interventi più efficaci (su 46 modalità complessive) erano CBT	Tipo I	Miller & Wilbourne (2002)
	Il Progetto MATCH ha trovato ugualmente efficaci CBT, MET e 12-step	Tipo I	Project MATCH Study Group (1997)
	Una review qualitativa di RCTs ha dimostrato l'efficacia della CBT		Kadden, Carrol, Donovan et al (1999)
Terapia di rinforzo motivazionale (MET)	Il Progetto MATCH ha trovato ugualmente efficaci la CBT, MET e 12-step	Tipo I RCT	Project MATCH Study Group (1997)
		Tipo I	Miller (1996)
Prevenzione delle ricadute	Intervento complesso basato sul modello di Marlatt & Gordon (1985). Particolarmente efficace se combinata con farmaci	Tipo I	Irvin et al (1999)
Approccio tipo rinforzo di comunità		Tipo I	Azrin et al (1982)
Terapia comportamentale di coppia		Tipo I	O'Farrel et al (1983); Finney & Monahan (1986)
Training di abilità sociale	Meno efficace in pazienti con problematiche neuropsicologiche	Tipo I	Smith & McCrady (1991)
COUNSELLING			
Counselling generale sull'alcool	Combinazione di interventi psico-educativi e olistici. L'efficacia di tali interventi viene valutata confrontando tali pazienti con quelli in lista d'attesa o che non hanno ricevuto trattamenti; Meno efficace della CBT e del 12-step	Tipo I Studi comparativi & RCTs	Finney & Monahan (1996); Holder et al (1991)
TERAPIA FAMILIARE			
Terapia coinvolgimento famiglia	Più efficace nel motivare i pazienti al trattamento e più efficace, seppure in misura minore, rispetto al trattamento individuale	Tipo I	Edwards e Steinglass (1995)
		Tipo IV	Chan (2003)
Terapia familiare multisistemica	Più efficace dei "probation service" (servizi per le persone in libertà vigilata) e del counselling individuale	Tipo II	Henggeler et al (1991)
Intervention method (coinvolgimento della famiglia)		Tipo III	Liepman, Silvia & Nirenburg (1989)
Terapia familiare unilaterale		Tipo III	Thomas, Santa, Bronson & Oyerman (1987)
Training di rinforzo comunitario (CRT)		Tipo II	Sisson & Azrin (1986)
FACILITAZIONE 12 PASSI			
Interventi di facilitazione 12-step	Il Progetto MATCH ha valutato CBT, MET e 12-step ugualmente efficaci. I pazienti in terapia di facilitazione 12 passi hanno migliori risultati anche rispetto alle variabili secondarie di efficacia	Tipo III	Gossop et al (2003) Project MATCH Study Group (1997)

Tabella 5

EVIDENZA DELL'EFFICACIA: POLIABUSO DI DROGHE	
Un grande numero di studi hanno valutato l'efficacia di interventi psicologici sui poliassuntori. Gli approcci di rinforzo comunitario e gestione delle contingenze hanno dimostrato di essere superiori al counselling e alla facilitazione 12-passi.	Higgins et al (1993), Kirby et al (1999), Higgins et al (2000), Epstein et al (2003), Nickel et al (1997), Gruber et al (2000)
Anche una vasta gamma di interventi familiari ha dimostrato di essere efficace per i poliassuntori.	Henggeler et al (1991), Liddle et al (1993), Benir et al, McLellan et al (1993)

BIBLIOGRAFIA

1. Abbott PJ, Weller SB, Delaney HD and Moore BA (1998). Community reinforcement approach in the treatment of opiate addicts. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24(1), 17-30
2. Avants SK, Margolin A, Sindelar JL, Rounsaville BJ, Schottenfield R, Stine S, Cooney NL, Rosenheck RA, ShouHua L and Kosten TR (1999) Day treatment versus enhanced standard methadone services for opioid dependent patients: A comparison of clinical efficacy and cost. *American Journal of Psychiatry* 156, 27 -33
3. Azrin NH, Sisson RW, Meyers R and Godley M (1982). Alcoholism Treatment by Disulfiram and Community Reinforcement Therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 13, 105-112
4. Ball SA (1998). Manualised treatment for substance abusers with personality disorders: dual focus schema therapy. *Addictive Behaviors*, 23 (6), 883-891
5. Barrowclough C, Haddock G, Tarrier N, Lewis S, Moring J, O'Brien R, Schofield N and McGovern J (In Press.) Randomised Controlled Trial of Motivational Interviewing and Cognitive Behavioural Intervention for Schizophrenia Patients with Associated Drug and Alcohol Misuse. *American Journal of Psychiatry*
6. Bien TH, Miller WR and Boraughs JM (1993). Motivational Interviewing with Alcohol Outpatients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21 (4), 347-356
7. Brown JM, Miller WR (1993). Impact of Motivational Interviewing on Participation and Outcome in Residential Alcoholism Treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7 (4), 211-218
8. Budney AJ, Kandel DB, Cherek DR, Martin BR, Stephens RS and Roffman R (1997). Marijuana Use and Dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 45, 1 "11
9. Burke BL, Arkowitz H and Menchola M (2003). The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (5), 843-861
10. Carroll KM (1998) A Cognitive Behavioral Approach to Treating Cocaine Addiction. Washington, DC: National Institute on Drug Abuse. Publication Number 98-4308, USA
11. Carrall K, Rounsaville B, Nich C, Gordon L, Wirtz P and Gawin F (1994). One year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: delayed emergence of psychotherapy effects. *Archives of General Psychiatry*, 51, 989-997
12. Chan JG. An examination of family-involved approaches to alcoholism treatment. *Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*. Vol 11 (2) Apr
13. Crits-Christoph P, Siqueland L, Blaine J, Arlene F, Luborsky L, Onken SL, Muenz RL, Thase ME, Weiss RD, Gastfriend RD, Woody EG, Barber BJ, Butler FS, Dasley D, Salloum I, Bishop S, Najavits ML, Ue J, Mercer D, Griffin LM, Moras K and Beck AT (1999). Psychoso-

- cial Treatments for Cocaine Dependence. National Institute for Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Archives of General Psychiatry*, 56, 493-502
14. Drake RE, Mercer-McFadden C, Mueser KT, McHugo GJ, Bond GR (1998). Review of Integrated Mental Health and Substance Abuse Treatment for Patients with Dual Disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 24, 589-608
 15. Ershoff DH, Quinn VP, Boyd NR, Stern J, Gregory M and Wirtschafter D (1999). Kaiser Permanente Pre-natal Smoking-cessation Trial: When more isn't better, what is enough? *American Journal of Preventive Medicine*, 17 (3), 161-168
 16. Fals-Stewart W, Birchler GR and O'Farrell TJ (1996). Behavioral couples therapy for male substance-abusing patients: Effects on relationship adjustment and drug-using behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*
 17. Fals-Stewart W and O'Farrell TJ (2003). Behavioural family counselling and naltrexone for opioid-dependent patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (3), 432-442
 18. Finney JW and Monahan SC (1986). The Cost Effectiveness of Treatment for Alcoholism: A second approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 47, 122-134
 19. Fiore MC, Kenford SL, Jarenby DE, Wetter DW, Smith SS and Baker TB (1994). Two Studies of the Clinical Effectiveness of the Nicotine Patch with Different Counselling Treatments. *Chest*, 105, 524-533
 20. Gossop M, Harkins J, Best D, Man L-H, Manning V, Marshall J and Strang J (2003). Is attendance at Alcoholics Anonymous meetings after inpatient treatment related to improved outcomes? A 6-month follow-up study. *Alcohol and Alcoholism*, 38(5), 421-426
 21. Gruber K, Chutuape MA, Stitzer ML (2000). Reinforcement-based intensive outpatient treatment for inner city opiate abusers: A short-term evaluation. *Drug and Alcohol Dependence*, 57(3), 211-223
 22. Griffith JO, Rowan-Szal GA, Roark RR, and Simpson DD (2000). Contingency management in outpatient methadone treatment: a meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 58(1-2), 55-66
 23. Hajek P (1994). Appraising the Efficacy of Psychological Treatment for Smokers. *Journal of Smoking Related Disorders*, 5, 101-107
 24. Handmaker NS, Miller WR and Manicke M (1999). Findings of a Pilot Study of Motivational Interviewing with Pregnant Drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 60 (2), 285-287
 25. Higgins ST, Budney AJ, Bickel WK, Foerg FE, Oonham R and Badger GL (1994). Incentives Improve Outcome in Outpatient Behavioral Treatment of Cocaine Dependence. *Archives of General Psychiatry*, 51, 568-576
 26. Higgins ST, Budney AJ, Bickel WK, Hughes JR, Foerg F and Badger G (1993). Achieving cocaine abstinence with a behavioral approach. *American Journal of Psychiatry*, 150, 763-769
 27. Higgitt A, Golombok S, Fonagy P and Lader M (1987). Group Treatment of Benzodiazepine Dependence. *British Journal of Addiction*, 1987, 82, 517-532
 28. Holden JO, Hughes LM and Tree A (1994). Benzodiazepine Prescribing and Withdrawal for 3234 Patients in 15 General Practices. *Family Practice*, 11 (4), 358-62
 29. Holder H, Longabaugh R, Miller WR and Rubonis AV (1991). The Cost Effectiveness of Treatment for Alcoholism: A first approximation. *Journal of Studies on Alcohol*, 52, 517-540
 30. Hughes JR (1991). Combined Psychosocial and Nicotine Gum Treatment for Smoking: A critical review. *Journal of Substance Abuse*, 3, 337-350
 31. Irvin JE, Bowers CA, Ounn ME and Wang MC (1999). Efficacy of Relapse Prevention: A

- Meta-Analytic Review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67 (4), 563-570
32. Kadden R, Carroll K, Oonovan D et al (1999). Cognitive Behavioural Coping Skills Therapy Manual. A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals With Alcohol Abuse and Dependence. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Project MATCH Monograph series Vol 3
 33. Kirby KC, Marlowe OB, Festinger OS, Lamb RJ and Platt JJ (1998). Schedule of voucher delivery influences initiation of cocaine abstinence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(5), 761-767
 34. Kletter E (2003). Counseling as an intervention for cocaine-abusing methadone maintenance patients. *Journal of Psychoactive Drugs*, 35(2), 271-277
 35. Kosten TR, Jalali B, Hogan I and Klebber HO (1983). Family denial as a prognostic factor in opiate addict treatment outcome. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, 611-616
 36. Lancaster T and Stead LF (2000). Individual Behavioural Counselling for Smoking Cessation. The Cochrane Library, Issue 4, Oxford
 37. Lang E, Engelder M and Brooke T (2000). Report of an integrated brief intervention with self-defined problem cannabis users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(2), 111 - 116
 38. Lehman C, Brown T and Barlow O. (1998). Effects of Cognitive-Behavioural Treatment for Panic Disorder with Agoraphobia on Concurrent Alcohol Abuse. *Behavioral Therapy*, 29, 423-433
 39. Ley A, Jeffrey OP, McLaren S, Seigfried N (1999). Treatment Programmes for People with both Severe Mental Illness and Substance Misuse. Cochrane Review, The Cochrane Library, Issue 2, Updated Software, Oxford
 40. Linehan MM, Schmidt HI, Oimeff LA, Craft JC, Kanter J and Comtois KA (In Press) Dialectical Behaviour Therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence. *American Journal of Addiction*
 41. Luborsky L, McLellan AT, Woody GE et al (1985). Therapist success and its determinants. *Arch Gen Psychiatry* 42(6):602-611.
 42. Martino S, Carrall KM, O'Malley SS and Rounsaville BJ (2000). Motivational Interviewing with Psychiatrically Ill Substance Abusing Patients. *American Journal on Addictions*, 9, (1), 88-91
 43. McKay JR, Pettinati HM, Morrison R, Feeley M, Mulvaney FO and Gallop R (2002). Relation of depression diagnoses to 2-year outcomes in cocaine-dependent patients in a randomized continuing care study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16(3), 225-235
 44. McLellan AT, Arndt I, Metzger OS, Woody GE and O'Brien CP (1993). The Effects of Psychosocial Services in Substance Abuse Treatment. *Journal of the American Medical Association*, 269 (15), 1953-1959
 45. Miller WR and Wilbourne PL (2002). Mesa Grande: A methodological analysis of clinical trials of treatment for alcohol use disorders. *Addiction*, 97(3), 265-277
 46. Miller WR (1996). Motivational Interviewing: Research, practice and puzzles. *Addictive Behaviors*, 61 (6), 835-842
 47. National Institute on Drug Abuse (2000). Principles of Drug Abuse Treatment: A research-based guide. National Institute of Health, USA
 48. O'Farrell TJ, Choquette KA, Cutter HSG, Brown EO and McCourt WF (1993). Behavioral Marital Therapy with and without Additional Couples Relapse Prevention Sessions for Alcoholics and their Wives. *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 652-666
 49. Otto MW, Pollack MH, Sachs GS, Reiter SR, Meltzer-Brody S and Rosenbaum JF (1993).

- Discontinuation of Benzodiazepine Treatment: Efficacy of cognitive-behavioral therapy. *American Journal of Psychiatry*, 150 (10), 1485-1490
50. Pollack MH, Penava SA, Solton E, Worthington JJ, Allen GL., Farach FJ, Otto MW (2002). A novel cognitive-behavioural approach for treatment-resistant drug dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(4), 335-342
 51. Preston KL., Umbricht A, Wong CJ and Epstein OH (2001). Shaping cocaine abstinence by successive approximation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 643-654
 52. Project MATCH Research Group (1997). Matching alcoholism treatments to clients heterogeneity: Project MATCH post-treatment drinking outcomes. *Journal of Studies in Alcohol*, 58, 7-29
 53. Raistrick D and Tober, G (2004) *Psychosocial Interventions*, Psychiatry, 3, 36-39
 54. Raw M, McNeill A and West R (1998). Smoking Cessation Guidelines for Health Professionals: A guide to effective smoking cessation interventions for the health care system. *Thorax*, 53 (5), 1-38
 55. Raw M, McNeill A and West R (1999). Smoking Cessation: Evidence based recommendations for the health care system. *British Medical Journal*, 318, 182-185
 56. Rawson R, Shoptaw S., Obert JL., McCann M, Hasson A, Marinelli-Case P, Srethen Pand Ung W (1995); An Intensive Outpatient Approach for Cocaine Abuse: The Matrix Model. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12 (2), 117-127
 57. Rosenblum A, Magura S, Palij M, Foote J, Handelsman L. and Stimmel S (1999). Enhanced treatment outcomes for cocaine-using methadone patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 54(3), 207-218
 58. Saunders S, Wilkinson C and Phillips M (1995). The Impact of Brief Motivational Intervention with Opiate Users Attending a Methadone Programme. *Addiction*, 90 (3), 415-424
 59. Szapocznik J, Kurtines WM, Foote FH et al (1983). Conjoint versus one-person family therapy: Some evidence for the effectiveness of conducting family therapy through one person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51 (6), 889-899
 60. Silverman K, Higgins S, Srooner R, Montoya I, Cone E and Preston K (1996a). Sustained Cocaine Abstinence in Methadone Maintenance Patients through Voucher-Based Reinforcement Therapy. *Archives of General Psychiatry*, 53, 409-415
 61. Silverman K, Wong C, Higgins S, Srooner R, Montoya I, Contareggi C, Umbricht-Schneiter A, Schuster C and Preston K (1996). Increased Opiate Abstinence through Voucher-Based Reinforcement Therapy. *Drug and Alcohol Dependence*, 41, 157-165
 62. Smith OE and McCrady BS (1991). Cognitive Impairment among Alcoholics: Impact on drink refusal skills acquisition and treatment outcome. *Addictive Behaviors*, 16, 265-274
 63. Stanton MO and Shadish WR (1997). Outcome, attrition and family-couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychological Bulletin*, 122, 170-191
 64. Stanton MO and Shadish WR (1997). Outcome, attrition, and family/couples treatment for drug abuse: A meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychological Bulletin*, 122, 170-191
 65. Stanton MO, Todd TC and Associates (1982). *The family therapy of drug abuse and addiction*. New York, Guilford Press
 66. Stanton MO, Steier F, Cook L. and Todd TC (1984). *Narcotic detoxification in a family and home context: Final report 1980-1983*. Rockville, MO: National Institute on Drug Abuse. Treatment Research Branch
 67. Stephens RS, Roffman RA and Simpson EE (1994). *Treating Adult Marijuana Dependence*:

- A test of the relapse prevention model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 92-99
68. Stephens RS, Roffman RA and Cuti n L. (2000). Comparison of Extended Versus Brief Treatments for Marijuana Use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (5), 898-908
 69. Stotts AL., Schmitz JM, Rhoades HM. and Grabowski J (2001). Motivational interviewing with cocaine-dependent patients: a pilot study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 858-862
 70. Swanson AJ, Pantalon MV and Cohen KR (1999). Motivational Interviewing and Treatment Adherence among Psychiatric and Dualy Diagnosed Patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187 (10), 630-635
 71. Thevos AK, Roberts SJ, Thomas SE, and Randall CL (2000). CBT delays relapse in female social phobic alcoholics. *Addictive Behaviors*, 25 (3) pp333-345
 72. Truax DB and Carkhuff RR (1967). *Toward effective counseling and psychotherapy*. Chicago: Aldine Publishing Company
 73. Tyrer P, Murphy S, Oates G and Kingdon D (1986). Psychological Treatment for Benzodiazepine Dependence. *Lancet*, 1, 1042-1043
 74. United States Department of Health and Human Services (2000). *Treating Tobacco Use and Dependence* (2000). Rockville, MD: Agency for Health Care Research Quality
 75. Vorms H, Naukkarinen H, Sarna S and Kuoppasalmi K (2002). Treatment of out-patients with complicated benzodiazepine dependence: comparison of two approaches. *Addiction*, 97(7), 851-859
 76. Wanigaratne S (2003). Relapse Prevention in Practice. *The Drug and Alcohol Professional*, 3 (3), 11-18
 77. West R, McNeill A and Raw M (2000). Smoking Cessation Guidelines for Health Professionals: An update. *Thorax*, 55, 987-999
 78. Woody GE, Luborsky L, McLellan AT, O'Brien CP, Beck AT, Blaine J, Herman I and Hole A (1983). Psychotherapy for Opiate Addicts: Does it help? *Archives of General Psychiatry*, 40, 639-645
 79. Woody GE, McLellan AT, Lubarsky L and O'Brien CP (1995). Psychotherapy in Community Methadone Programs: A validation study. *American Journal of Psychiatry*, 152 (9), 1302-1308
 80. Yandoli D, Eisler I, Robbins C, Mulieady G and Dare C (2002). A comparative study of family therapy in the treatment of opiate users in a London drug clinic. *Journal of Family Therapy*, 24(4), 402-422