

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PALERMO
FACOLTA' DI SCIENZE DELLA FORMAZIONE**

Dottorato di Ricerca in "Psicologia" (XXIV Ciclo)

**Valutazione di un rolling group ambulatoriale
per pazienti con diagnosi di abuso da cocaina**

Dottoranda:
Dott.ssa Laura Pavia

Tutor:
Prof.ssa Marie Di Blasi

Coordinatore del
Corso di Dottorato:
Prof.ssa Marie Di Blasi

SSD: MPSI-08

A.A. 2012- 2013

Introduzione	p. 1
Cap. I Il Disturbo da uso di cocaina	p. 4
I.1 Introduzione	p. 4
I.2 Cocaina: epidemiologia e cambiamenti sociali	p. 5
I.3 Pattern di assunzione della sostanza: dall'uso alla tossicomania	p. 7
I.4 Consumo di cocaina e comorbilità	p. 12
I.5 Caratteristiche postmorbose e difficoltà cliniche	p. 15
Cap. II Il trattamento per i disturbi da uso di cocaina	p. 18
II.1 Introduzione	p. 18
II.2 Principali interventi psicosociali	p. 19
II.3 Interventi terapeutici: studi di efficacia	p. 22
II.3.1. Outcome studies	p. 22
II.3.2. Ricerche sui predittori	p. 27
II.4 Ricerche sull'efficacia delle terapie di gruppo	p. 33
II.4.1. Ricerche sulle variabili di processo nella terapia di gruppo	p. 36
Cap. III Aspetti metodologici della ricerca in psicoterapia di gruppo	p. 40
III.1 Introduzione	p. 40
III.2 Ricerca e terapia di gruppo: questioni metodologiche	p. 42
III.3 Modelli e strategie analitiche applicate alla ricerca sui gruppi	p. 46
Cap. IV La ricerca	p. 50
IV.1. Introduzione	p. 50
IV.2. Metodologia	p. 51
IV.2.1. Obiettivi della ricerca	p. 52
IV.2.2. Strumenti e tempi di misurazione	p. 53
IV.2.3. Misure Esito	p. 53
a) Drug Abuse Screening Test	p. 53
b) Outcome Questionnaire - 45	p. 54
c) Defense Style Questionnaire	p. 55
IV.2.4. Misure di processo	p. 56
a) California Psychotherapy Alliance Scale	p. 56
b) Group/Member/Leader Cohesion Scale	p. 56

IV.2.5	Analisi dei dati	p. 57
IV.3.	Risultati	p. 60
	IV.3.1. Risultati esito	p. 60
	IV.3.2. Risultati variabili di processo	p. 70
	IV.3.3. Risultati esito-processo	p. 80
IV.4.	Discussioni	p. 81
	IV.4.1. Il rolling group ad orientamento psicodinamico è efficace per il trattamento della cocaina?	p. 82
	IV.4.2. Quali evidenze emergono circa la relazione tra le variabili di setting e gli outcome?	p. 85
	IV.4.3. In che modo il processo di gruppo influenza il percorso e gli esiti del singolo paziente?	p. 87
	IV.4.4. Conclusioni limiti e prospettive future	p. 90
	Bibliografia	p. 94
	Appendice	p. 115

Introduzione

Il presente lavoro di tesi fornisce un contributo alla ricerca sullo studio dell'efficacia dei rolling group ad orientamento psicodinamico per pazienti con diagnosi di abuso di cocaina.

Nell'ultimo decennio l'utilizzo della cocaina è diventato un fenomeno sempre più normalizzato e trasversale nelle diverse fasce sociali della popolazione. Pur essendo la cocaina connotata da grande flessibilità d'uso, è sempre più crescente il numero di individui che con l'andare del tempo sviluppano una modalità di assunzione problematica o francamente patologica. Ad oggi, i dati epidemiologici indicano che i disturbi da abuso di cocaina rappresentano una sfida per i Servizi Sanitari, sia per l'assenza di trattamenti farmacologici adeguati, sia per le difficoltà connesse alla scarsa compliance terapeutica e agli elevati tassi di drop-out.

Il *capitolo 1* partendo da una descrizione delle caratteristiche farmacologiche e delle modalità di assunzione della cocaina, propone una riflessione sui significati e sull'interazione tra gli aspetti psicologici e culturali che contribuiscono alla crescente diffusione della sostanza tra la popolazione. Nella seconda parte del capitolo, vengono dapprima affrontati tutti gli aspetti diagnostici, clinici e psicopatologici connessi con il consumo e l'intossicazione da cocaina, per poi passare a delineare alcuni fattori specifici che sembrano caratterizzare la personalità postmorbo di chi abusa che hanno delle conseguenze sul piano dei trattamenti.

Il *capitolo 2* affronta la questione dei trattamenti per l'abuso di cocaina. Ad oggi la pianificazione del trattamento rappresenta uno dei principali nodi critici poiché non sussiste una efficace terapia farmacologica, esistono molteplici sottogruppi di pazienti, vi sono alti tassi di drop out e si registra una scarsa compliance alla terapia dettata dalla difficoltà di molti pazienti nel riconoscere come problematico

il loro rapporto con la cocaina. In una prima parte del capitolo vengono presentate le principali strategie psicosociali e psicoterapeutiche utilizzate per il trattamento delle condizioni di abuso di cocaina. Dei principali filoni di interventi vengono indicati gli assunti, gli obiettivi nonché i punti di forza e di debolezza riscontrati dalla letteratura empirica. Nella seconda parte, viene offerta al lettore una panoramica esauriente delle conoscenze scientifiche sugli studi di efficacia degli interventi terapeutici. In particolare vengono riportati i principali risultati delle ricerche sull'efficacia e sugli esiti degli interventi psicosociali. Una specifica attenzione viene rivolta alla letteratura empirica sulle caratteristiche baseline dei pazienti, sui risultati a breve e lungo termine e sull'influenza della durata e della frequenza della terapia. In ultimo vengono discussi gli studi sull'efficacia delle terapie di gruppo e sulle evidenze emerse rispetto alle principali variabili di processo studiate nei disturbi da uso di cocaina.

Il *capitolo 3* si propone di approfondire alcune questioni metodologiche della ricerca in psicoterapia di gruppo. In una prima parte del lavoro vengono evidenziate le principali criticità metodologiche delle analisi e dei modelli statistici solitamente impiegati all'interno dei disegni di ricerca sulla valutazione della psicoterapia di gruppo, mentre nell'ultima parte del capitolo vengono descritti i più recenti modelli di analisi longitudinale dei dati e le idonee strategie analitiche da applicare nella ricerca sui gruppi. All'interno di questo discorso viene descritta la metodologia dei Multilevel Models (Kenny & Hoyt, 2009; Raudenbush & Bryk, 2002; Singer & Willett, 2003; Tasca & Gallop, 2009) utilizzata nell'ambito della presente ricerca di dottorato. Tale procedura consente di elaborare dati con struttura nested e fra loro non omogenei coniugando lo studio del singolo paziente con il controllo dell'influenza del livello del gruppo.

Infine nel *capitolo 4* viene presentata la ricerca svolta nel corso di questi tre anni di dottorato sulla valutazione di un rolling group ad orientamento psicodinamico per pazienti con disturbi da abuso di cocaina condotto all'interno del Centro Clinico per Cocainomani dell'ASP di Brescia. Una prima parte è dedicata alla descrizione del disegno di ricerca, dei partecipanti, degli obiettivi, degli strumenti

utilizzati ed infine della tipologia di analisi dei dati condotta. Nella seconda parte del capitolo vengono esposti i risultati rispetto agli esiti, al processo ed alla relazione process-outcome; inoltre viene valutato l'effetto del tempo e della variazione nella composizione del gruppo (nuove immissioni, drop-outs, dimissioni) sull'andamento dell'esito del trattamento.

Il lavoro si conclude con un commento ai dati emersi nelle ricerca, supportato dalla letteratura empirica.

CAPITOLO I.

IL DISTURBO DA USO DI COCAINA

I.1. Introduzione

La cocaina è un alcaloide estratto dalle foglie della pianta della *Coca (Erythroxylon Coca)*, tipicamente utilizzato in una delle seguenti tre forme: cocaina cloridrato, base libera e crack. La cocaina cloridrato è una polvere idrosolubile somministrata per via intranasale ed endovenosa. La base libera e il crack sono scarsamente idrosolubili e si presentano sotto forma di cristalli, fumati in specifiche pipe dopo il riscaldamento.

Le modalità di assunzione della cocaina sono molteplici: orale, inalatoria (sniffo), respiratoria (fumo), parenterale (endovenosa, sottocutanea, intramuscolare); può essere assunta da sola, in associazione o mescolata ad altre sostanze (poliabuso). Nella società odierna la via di assunzione più comunemente utilizzata dai consumatori è quella inalatoria. Questa modalità di consumo impedisce a chi assume la sostanza di associare immediatamente l'uso della cocaina ad un comportamento patologico, riducendo di conseguenza i sentimenti di paura.

La cocaina agisce come stimolante del sistema nervoso centrale, specificamente come inibitore dei recettori della dopamina determinando sensazioni di euforia e un incremento dell'energia. Nel contesto attuale i consumatori ricercano nella sostanza degli specifici effetti che risultano sintonici con il macrosistema culturale di riferimento quali l'aumento del tono dell'umore e della sensazione di energia, l'incremento dell'autostima e della lucidità mentale, la crescita della libido e della forza muscolare, la diminuzione dell'appetito e del bisogno di dormire. Una peculiarità del consumo della cocaina è quella di spingere i consumatori a

valorizzare e potenziare tutti gli aspetti positivi e prestazionali e ai negare tutti quegli effetti connessi alla possibilità di riconoscimento di un Sé in difficoltà.

I.2. Cocaina: epidemiologia e cambiamenti sociali

In Europa il consumo di cocaina e i problemi ad essa correlati sono aumentati sensibilmente dopo la metà degli anni '90. Due sono gli indicatori epidemiologici principali circa il cambiamento inerente il consumo di cocaina concettualizzati dall'Osservatorio Europeo sulle droghe e la tossicodipendenza (OEDT, 2012): (a) il consumo della sostanza tra la popolazione generale e (b) la domanda di trattamento.

Il primo raccoglie informazioni sulla dimensione e i modelli di consumo nonché sulle caratteristiche dei consumatori. Attraverso tale dato è possibile rilevare come, in molti Paesi dell'Unione Europea, la cocaina sia ad oggi la sostanza illecita più consumata tra la popolazione generale dopo la cannabis. Nel 2012, 3.5 milioni di giovani adulti (15-34 anni), ovverossia il 2.4% della popolazione generale, ha dichiarato un consumo recente di cocaina¹; 1,5 milioni di persone (0.5% popolazione adulta) rientra tra i consumatori abituali, ovverossia tra coloro che hanno usato la cocaina negli ultimi 30 giorni (EMCDDA, 2012). Il quadro di consumo della sostanza in Europa è abbastanza diversificato: mentre alcuni paesi (ad es. Spagna, Paesi Bassi, Regno Unito) hanno un problema di cocaina ormai consolidato da tempo, altri (ad es. Francia, Portogallo, Italia) hanno visto negli ultimi anni un rapido aumento del consumo. L'Italia è oggi al terzo posto in Europa per consumo recente tra i giovani adulti. Da un punto di vista prettamente sociologico, la cocaina non è esclusivamente la droga dei giovani né quella degli adulti, non è solo la sostanza della cultura dominante né quella preferita delle

¹ Nelle ricerche epidemiologiche con la dicitura consumo recente si fa riferimento agli ultimi 12 mesi.

controculture, non è più la droga delle classi agiate ma è diventata trasversale alle classi sociali, non è un'emergenza ma una delle possibili risposte alla società.

Il consumo odierno della cocaina è strettamente legata all'attuale condizione sociale, e ne condivide tempi e spazi: come evidenzia Rigliano (2009) esiste una corrispondenza dialettica tra la società post-moderna, caratterizzata da un incremento progressivo del desiderio e del diritto alla realizzazione, e la cocaina. L'occidentale *self made man* (Amendt, 2004) che abita l'attuale scenario sociale è portatore di una serie di valori narcisistici e di possibilità potenzialmente infinite di trasformare se stesso. In lui la contrapposizione tra ciò che è permesso e ciò che è vietato è stata ormai sostituita dalla scelta tra ciò che è possibile e ciò che è ritenuto (momentaneamente) impossibile (Ehrenberg, 1999). In tal senso, secondo Amendt (2004), l'individuo è divenuto una sorta d'imprenditore autonomo che, in regime di libera concorrenza, necessita dell'assoluto potere di disporre del suo capitale/mondo interno e che difficilmente accetta restrizioni e divieti nell'ambito della dimensione pubblica e privata.

All'interno di questa cornice, tra le infinite possibilità di risposta a bisogni e urgenze in parte socialmente e culturalmente indotte, la cocaina si giustifica proprio perché è messa a servizio, in modo esemplare, dell'autoaffermazione. Essa è capace di coniugare desiderio di potenziamento, relazioni sociali di successo, compatibilità con la vita quotidiana, capacità di controllo, realizzazione dei propri desideri e bisogno di visibilità. In particolar modo, attraverso la sostanza, il soggetto riesce ad avere l'illusione di un'identità capace di trionfare con se stessa e nei rapporti con gli altri. La questione del progetto identitario sembra, dunque, giocare un ruolo fondamentale rispetto alle motivazioni che oggi favoriscono una maggiore disponibilità a utilizzare cocaina e che hanno contribuito al processo di normalizzazione del fenomeno.

Il secondo indicatore – domanda di trattamento – raccoglie informazioni sulla richiesta di trattamento e su alcune variabili a essa connesse (ad es. modelli di comportamento, caratteristiche demografiche, consumo di sostanze, utilizzo dei servizi). A tal proposito, i dati in Europa mostrano che a fianco della sempre

crescente diffusione della sostanza, si è verificato un progressivo aumento delle richieste di trattamento. Nell'ultimo anno la cocaina è stata indicata come la droga primaria dal 14 % di tutti i pazienti segnalati che hanno seguito un trattamento specialistico per problemi di tossicodipendenza (60.000 soggetti) e dal 19% di chi ha fatto per la prima volta richiesta di un trattamento specialistico (31.000 soggetti). In Europa, il numero dei pazienti che si sono sottoposti al trattamento per la prima volta nella vita per uso primario di cocaina è passato da 35.000 nel 2006 a 37.000 nel 2009 per poi attestarsi a 31.000 nel corso degli ultimi anni.

Tabella I. 1. Consumatori di cocaina in trattamento in Europa nel 2012

Sesso	Età media primo consumo	Età media inizio trattamento	Frequenza consumo	Principale metodo assunzione
16% Femmine	22	33	30% Da due a sei volte a settimana	67% Inalazione nasale 27% Inalazione da fumo
84% Maschi			25% Giornaliera 23% Consumo occasionale 22% Una volta a settimana o meno	3% Assunzione per via parenterale 2% Attraverso cibi e bevande 1% Altro
Consumatori di cocaina in % dei pazienti sottoposti al trattamento.				
	Tutti i pazienti che si sottopongono al trattamento %(valore numerico)		Pazienti che si sottopongono al trattamento per la prima volta %(valore numerico)	
Italia	24.3 (10.271)		30.3 (6.938)	

I.3. Pattern di assunzione della sostanza: dall'uso alla tossicomania

La pratica e la letteratura clinica hanno ampiamente evidenziato come l'assunzione di cocaina possa modularsi in maniera del tutto differente in relazione alle persone che ne fanno uso, ma anche rispetto a determinate fasi della vita di uno stesso individuo, secondo un gradiente continuo tra “nessuna relazione” e “relazione di totalizzante con-fusione” (Bignamini, 2009).

La tipologia di consumo più diffusa è rappresentata dall'*uso* della cocaina, spesso finalizzato all'obiettivo di divertirsi, migliorare le prestazioni, superare momenti di stanchezza. Questo pattern di assunzione può essere saltuario o continuativo per

un breve periodo ma ha comunque la caratteristica di non creare apparentemente problemi o non avere conseguenze problematiche.

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali – Text Revision (DSM-IV-TR; APA, 2000) distingue le possibilità di relazioni tra soggetto e cocaina in due categorie: Disturbi da Uso di Cocaina e Disturbi Indotti da Cocaina (tab.II.2).

Tab.I.2. Categorie Disturbi correlati alla Cocaina secondo il DSM-IV-TR

DISTURBI CORRELATI ALLA COCAINA	
Disturbi da uso di cocaina	Disturbi indotti da cocaina
Abuso di cocaina	Intossicazione da cocaina
Dipendenza da cocaina	Astinenza da cocaina
	Delirium da intossicazione da cocaina
	Disturbo psicotico indotto da cocaina con deliri
	Disturbo psicotico indotto da cocaina con allucinazioni
	Disturbo dell'umore indotto da cocaina
	Disturbo d'ansia indotto da cocaina
	Disturbo sessuale indotto da cocaina
	Disturbo del sonno indotto da cocaina
	Disturbo correlato da cocaina non altrimenti specificato

I disturbi da uso di cocaina comprendono l'abuso e la dipendenza mentre i disturbi indotti sono secondari all'assunzione della sostanza e possono essere classificati secondo il seguente ordine di gravità crescente: intossicazione, astinenza, delirium da intossicazione, disturbo d'ansia, disturbo sessuale, disturbo del sonno, disturbo psicotico indotto da cocaina, disturbo dell'umore ed infine disturbo correlato alla cocaina non altrimenti specificato.

L'*abuso* è una condizione che ad oggi si presenta con sempre maggiore frequenza tra la popolazione di consumatori; esso viene definito come una modalità patologica d'uso di una sostanza, che si caratterizza per una compromissione del funzionamento sociale nell'ambito dei compiti vitali principali e che porta a menomazione o a disagio clinicamente significativi, come manifestato da una (o più) delle seguenti condizioni, ricorrenti entro un periodo di 12 mesi:

- Uso ricorrente della sostanza che si accompagna ad un'incapacità di adempiere ai principali compiti connessi con il ruolo sul lavoro, a scuola o

a casa (ad es. ripetute assenze o scarse prestazioni lavorative correlate all'uso delle sostanze; assenze, sospensioni o espulsioni da scuola correlate alle sostanze; trascuratezza nella cura dei bambini o della casa);

- Ricorrente uso della sostanza in situazioni fisicamente rischiose (ad es. guidando o facendo funzionare dei macchinari in uno stato di menomazione per l'uso della sostanza);
- Ricorrenti problemi legali correlati alla sostanza (ad es. arresti per condotta molesta correlata alle sostanze);
- Uso continuato della sostanza nonostante persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dai suoi effetti (ad es. discussioni coniugali sulle conseguenze dell'intossicazione, scontri fisici).

Nell'abuso il soggetto è solo parzialmente consapevole della presenza di un comportamento patologico rispetto al consumo. Sebbene possano esserci pressioni esterne verso il cambiamento del comportamento, in lui non sono ancora presenti gli effetti trasformativi della sostanza, con un legame che continua a essere connesso essenzialmente con la dimensione del piacere.

Al contrario si parla di *dipendenza* nel momento in cui il soggetto ha subito gli eventi trasformativi della cocaina e sviluppa dei comportamenti peculiari che comprendono un corredo sintomatologico caratterizzato da tolleranza, astinenza, perdita di controllo sull'assunzione e, infine, invasione della sostanza nel tempo soggettivo. Gli specifici criteri di diagnosi da dipendenza includono il manifestarsi contemporaneamente negli ultimi 12 mesi di tre o più dei seguenti sintomi:

- Tolleranza si contraddistingue per un bisogno di dosi della sostanza sempre più elevate con l'obiettivo di raggiungere l'effetto desiderato e per una riduzione degli effetti a seguito dell'uso continuato della stessa quantità della sostanza;
- Astinenza;

- La sostanza è spesso assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto;
- Desiderio persistente e tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso;
- Una grande quantità di tempo è spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza, ad assumerla o a riprendersi dai suoi effetti;
- Interruzione o riduzione d'importanti attività sociali, lavorative o ricreative;
- Uso continuato della sostanza nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente, di natura fisica o psicologica, verosimilmente causato o esacerbato da essa (es. il soggetto continua ad usare cocaina malgrado il riconoscimento di una depressione indotta dalla sostanza).

Il fenomeno della tolleranza si può sviluppare sia a seguito di un uso cronico della cocaina che come conseguenza di un'intossicazione acuta. Generalmente si manifesta a carico degli effetti euforizzanti inducendo ad aumentare dose e frequenza di assunzione per poterli sperimentare nuovamente, così come di quelli anoressizzanti e inerenti le performance sessuali (Ambre et al., 1988; Braglia et al., 2002; Washton, 1989). Nella dipendenza da cocaina gli effetti sperimentati dal soggetto sono opposti a quelli ricercati; la sostanza assunta in modo cronico provoca dolori, insonnia, depressione episodica, anoressia e senso di estrema fatica. Si riscontrano inoltre paranoia, confusione, alterazione nel controllo degli impulsi così come disturbi della sfera sessuale. Durante la fase di consumo e, specificamente, a seguito di una condizione di intossicazione prolungata così come di una riduzione o sospensione dell'assunzione, la sindrome da astinenza da cocaina implica una condizione di malessere intenso caratterizzato prevalentemente da una sintomatologia di tipo psichico a carico dell'umore. Nelle fasi libere dall'assunzione, invece, l'astinenza è associata a sintomi di tipo fisico di lieve entità mentre si riscontra una sintomatologia psichica di rilievo caratterizzata da ansia, depressione, disforia e agitazione.

Gawin & Kleber (1986) hanno messo a punto un modello trifasico dell'astinenza da cocaina contraddistinto da una sintomatologia disforico-depressiva. La prima fase, della durata massima di quattro giorni, si caratterizza per uno stadio in cui prevale un forte craving per la cocaina e un rapido abbassamento del tono dell'umore accompagnato da una fase depressiva acuta; a questo segue un periodo in cui è assente il craving e si riscontrano insonnia e iperfagia. La seconda fase ha una durata che varia da 1 a 10 settimane ed è caratterizzata da una regolarizzazione del sonno a cui si accompagna un periodo di prolungata disforia, anedonia, mancanza di motivazione e ritiro sociale che possono riportare ad una condizione di forte craving per la cocaina. L'ultimo stadio, definito dagli Autori di "estinzione indefinita", si contraddistingue per un ritorno ad un tono dell'umore stabile sebbene si possono comunque presentare saltuari episodi di craving generalmente scatenati da stimoli che differiscono da persona a persona.

Più della dipendenza, la modalità maggiormente rappresentativa del rapporto patologico con la cocaina è la *tossicomania*. Tale sostanza presenta, difatti, delle caratteristiche farmacologiche che non creano una condizione di normalizzazione e stabilità psicofisica, come riscontrabile ad esempio negli oppiacei. Al contrario, nella tossicomania da cocaina si innesca una dimensione di squilibrio via via sempre più bulimico e caratterizzato da pattern di assunzione ciclici o a bouffée che producono un progressivo scompenso verso uno stato di intossicazione. L'intensa sollecitazione chimica prodotta dalle ripetute assunzioni di cocaina determina una saturazione del sistema definita 'crash', che consiste in un crollo psichico che obbliga a un intervallo rispetto all'uso della sostanza. Ciò crea nella vita del soggetto un processo bifasico di stimolazione/saturazione della trasmissione dopaminergica; in tale condizione, il soggetto diventa sempre più ossessionato dai rituali legati al consumo della sostanza, presenta estrema agitazione, labilità affettiva, scarsa capacità di giudizio e deficit dell'attenzione.

La gravità dell'intossicazione da cocaina dipende dalla quantità di sostanza assunta, dal grado di tolleranza e dalla via d'assunzione; tale disturbo è

frequentemente riscontrabile ed è caratterizzato dai seguenti criteri diagnostici (DSM-IV-TR; APA 2000):

- Assunzione recente di cocaina;
- Modificazioni psicologiche o comportamentali maladattive clinicamente significative (ad es. euforia o appiattimento dell'affettività; modificazione della tendenza a socializzare; ipervigilanza; suscettibilità interpersonale; ansia, tensione o rabbia; comportamenti stereotipati; compromissione delle capacità critiche, del funzionamento sociale o lavorativo) che si sviluppano durante, o poco dopo, l'assunzione di cocaina;
- Due o più dei seguenti sintomi, che si sviluppano dopo l'assunzione di cocaina:
 - a. Tachicardia o bradicardia;
 - b. Midriasi;
 - c. Ipertensione o ipotensione;
 - d. Sudorazione o brividi;
 - e. Nausea o vomito;
 - f. Perdita di peso obiettiva;
 - g. Agitazione psicomotoria o rallentamento;
 - h. Debolezza muscolare, depressione respiratoria, dolore toracico o aritmie cardiache;
 - i. Confusione, crisi epilettiche, discinesie, distonia o coma;
- I sintomi non sono dovuti a una condizione medica generale e non sono meglio spiegabili con un altro disturbo mentale.

Nella tossicomania da cocaina l'assunzione termina o per l'esaurimento della sostanza o per un crollo o evento critico nella vita del soggetto.

I.4. Consumo di cocaina e comorbilità

Come indicato nel paragrafo precedente, nel DSM-IV-TR (APA, 2000) sono indicati una serie di disturbi correlati all'uso della cocaina. La letteratura riporta elevate e significative percentuali di comorbidità fra i disturbi da abuso di cocaina e i disturbi psicotici e i disturbi dell'umore.

Il consumo cronico di cocaina può indurre momentanei sintomi psicotici, espressi generalmente attraverso manifestazioni sintomatiche di paranoia o allucinazioni (Roncero, et al., 2011). Le caratteristiche cliniche delle psicosi da cocaina sono abbastanza simili tra i soggetti e gli episodi sono generalmente preceduti da un periodo di sospettosità caratterizzati da aggressività e agitazione, oltre a comportamenti compulsivi e disforia (Karila, et al., 2010; Herrero, et al., 2008; Roncero, et al., 2012). Le allucinazioni sono generalmente vivide e isolate; nell'83% dei casi si riscontrano allucinazioni uditive, meno frequentemente visive e tattili (Roncero C., et al., 2001).

Diverse ricerche hanno approfondito i fattori di rischio connessi all'emersione di sintomi psicotici in consumatori di cocaina. Tra i fattori studiati, quelli di maggior rilievo sono: l'aver iniziato a fare uso della sostanza in età precoce (Bartlett, et al., 1997; Floyd, et al., 2006), una lunga storia di consumo (Mooney, et al., 2006; Roncero, et al., 2011), e l'assunzione della sostanza per via respiratoria o parenterale (Brady, et al., 1991; Jeffcoat, et al., 1989; Kaye, et al., 2004; Kalayasiri, et al., 2006; Roncero, et al 2011).

Fra le più comuni manifestazioni della psicosi ritroviamo la paranoia. Essa è caratterizzata da un insieme d'idee e convinzioni irrazionali, principalmente a tema persecutorio, non corrispondenti alla realtà. Le ricerche mostrano l'emersione di questi sintomi sia a seguito di abbuffate della sostanza che dopo una singola assunzione (Kalayasiri, et al., 2006; Mooney, et al., 2006). Tali sintomi sono abbastanza comuni: si riporta una frequenza di credenze paranoiche e sospettosità variabile tra il 48 e l'88% fra chi abusa di cocaina (Tang, et al., 2007; Smith, et al., 2009; Morton, et al., 1999). Gli studi hanno cercato di approfondire i fattori connessi all'emersione di tali sintomi, e i risultati sembrano suggerire una maggiore frequenza fra i pazienti in fase di astinenza che utilizzano

la sostanza per via endovenosa (Kalayasiri, et al., 2006) e che fanno un concomitante uso di cannabinoidi (Roncero, et al., 2011). Inoltre, l'esordio di tali episodi sembra strettamente connesso alla dose assunta (Roncero, et al., 2013; Santos, et al., 2012).

Fra le altre problematiche psicopatologiche indotte dal consumo di cocaina vi sono i disturbi dell'umore (5, 6, 8, Wild et al., 2005).

Gli studi mostrano, in particolar modo, una relazione tra disturbo bipolare e consumo di cocaina in circa il 10% dei consumatori, sebbene vi siano evidenze a sostegno del fatto che l'incremento degli effetti tossici a seguito delle abbuffate può mimare episodi ipomaniacali o maniacali (Cerullo & Strawoski 2007).

Inoltre, il consumo di cocaina è spesso associato con la depressione (Falck et al., 2004). Tra i consumatori è piuttosto comune riscontrare la presenza di sintomi depressivi sottosoglia che non consente di effettuare una diagnosi ma che hanno delle ricadute cliniche importanti (Kleinman et al, 1990; Rounsaville et al, 1991). Seppur difatti, molteplici evidenze suggeriscano un'associazione tra uso cronico e depressione (Shaffer & Eber 2002; Booth et al., 2005;), risulta difficile distinguere una sintomatologia depressiva legata ai sintomi transitori derivante dalla cessazione del consumo o dall'intossicazione rispetto a quei sintomi che possono essere associati ad una concomitante sindrome depressiva (Carroll & Rounsaville, 1992; Ford et al., 2009; Weddington et al., 1990). In molteplici ricerche è stato riscontrato come molti pazienti dipendenti dalla cocaina presentino una sostanziale sintomatologia depressiva quando entrano in trattamento. Tali sintomi, se connessi all'uso della sostanza, sembrano essere importanti predittori dell'esito dei trattamenti psicosociali (Rounsaville, 2004; Stultz, et al., 2011).

Anche la comorbidità con i disturbi di Asse II è ampiamente riscontrata nella popolazione di consumatori di cocaina (Weiss, et al., 1993; Craig, 2000) con una prevalenza tra il 30 e il 70% di disturbi di personalità borderline (Bordeen, et al., 2013; Trull, et al., 2000) e antisociale (Roncero, et al., 2011; Morgan., et al., 2013; Byrne, et al., 2013).

La coesistenza di abuso/dipendenza da alcool fra le persone che abusano di sostanze illegali è estremamente frequente e ben documentata sia in campioni clinici che fra la popolazione in generale, in particolare per quel che riguarda l'associazione tra consumo di alcool e cocaina. A tal proposito, le evidenze mostrano una diffusione prevalente dell'abuso di alcool fra coloro che usano cocaina per via inalatoria. Una possibile spiegazione per tale associazione è connessa alle proprietà farmacologiche dell'alcool, caratterizzate da un andamento bifasico degli effetti sul sistema nervoso centrale (attivazione e sedazione), che pertanto rivestono particolare importanza per la modulazione degli effetti della cocaina.

Talune ricerche hanno valutato le differenze cliniche fra coloro che abusano esclusivamente della cocaina e coloro che abusano parallelamente di alcool e cocaina. I risultati mostrano come questi ultimi siano stati più frequentemente vittime di traumi violenti, presentino concomitanti disturbi psicopatologici in particolar modo disturbi di personalità evitante e antisociale così come disturbi depressivi e d'ansia (Cunningham et al., 1993) e riportino con maggior frequenza una condizione di poliabuso, così come una più lunga storia clinica di uso di sostanze (Brady et al., 1995; Higgins et al., 1994; Vanek et al., 1996). Gli studi mostrano inoltre come l'uso concorrente di cocaina e alcool sia associato con conseguenze avverse, inclusi rapporti sessuali non desiderati (Heil et al., 2001; Higgins et al., 1994), violenza e attività criminali (Gossop et al., 2006; Macdonald et al. 2003, 2005, 2008), così come più frequenti drop out e maggiori esiti negativi nel corso dei trattamenti (Ahmadi, et al., 2009; Kampman, et al., 2004; Pennings, et al., 2002; Flannery, et al., 2004).

I.5. Caratteristiche postmorbose e difficoltà cliniche

La complessità e multidimensionalità che entra in gioco nel rapporto del soggetto con la cocaina, così come con tutte le altre sostanze, comporta la necessità di osservare e analizzare una molteplicità di fattori eziopatogenetici che vanno

esaminati attraverso una visione complessa e interattiva. I sintomi del disturbo appaiono abbastanza stereotipati e sembrano corrispondere a meccanismi eziopatogenetici semplici e sempre uguali, ma dietro questa apparente uniformità e linearità si ritrova una grande variabilità connessa a molteplici e differenti fattori ambientali, relazionali, familiari ed individuali che fanno sì che un soggetto si renda disponibile all'uso della sostanza (Platt, 1997).

Se vi è un accordo in letteratura sull'esistenza di una molteplicità di fattori rischio e processi psichici e relazionali in interazione tra loro tale da non consentire di poter parlare di una personalità premorboza, la ricerca ha rintracciato di contro degli aspetti specifici che sembrano caratterizzare la personalità postmorboza di coloro che abusano di cocaina e che hanno delle conseguenze sul piano dei trattamenti. Le trasformazioni individuali che intervengono a seguito dell'uso continuato della cocaina sono dovute sia agli specifici effetti farmacologici che ad una profonda ristrutturazione intrapsichica ed esistenziale che si verifica nei soggetti a seguito dell'uso della sostanza e che implica l'irruzione di nuovi stati affettivi, di nuove visioni di sé, del mondo e di sé nel mondo (Bignamini, 2009).

La radicale perdita di controllo rispetto all'assunzione e i comportamenti correlati rappresentano, a tal proposito, un segno distintivo di quegli elementi psicopatologici che sembrano strutturarsi o accentuarsi a seguito dell'abuso della sostanza. In primo luogo la cocaina, grazie anche all'andamento ciclico dei suoi effetti farmacologici, induce nel soggetto dei meccanismi di scissione che permettono di tenere divisi degli stati affettivi opposti della propria identità. Da una parte vi è un Io idealizzato che riesce ad essere ciò che vuole grazie agli effetti di euforia intensa e di rinforzo che la sostanza riesce a produrre, dall'altra un Io svalutato costretto dai limiti imposti da se stesso e dagli altri (Tavares Pinheiro R., et al., 2001; Bignamini 2009). A questa modalità si affiancano, a livello intrapsichico, dinamiche e atteggiamenti di rifiuto e negazione che ostacolano l'accettazione delle reali perdite e delle conseguenze avverse che la sostanza ha sulla propria personalità rispetto alla gestione degli affetti, in particolare per ciò che riguarda la rabbia, l'aggressività e l'ostilità (Degenhardt, et

al., 2005). A tal proposito, le ricerche evidenziano la presenza di significative difficoltà connesse all'espressione e gestione della rabbia sia fra abusatori che pazienti dipendenti da cocaina, i quali mostrerebbero notevoli difficoltà a riconoscere e comprendere tale emozione tendendo a trasferirla sulle persone vicine, generalmente i familiari, che spingono verso la separazione dalla sostanza (Fox, et al., 2007; Reilly & Shopshire, 2000).

La presenza di meccanismi psicologici orientati alla negazione sembra assumere un ruolo protettivo per il soggetto evitando, da un lato, il confronto diretto con stati emotivi intensi e, dall'altro, riducendo la consapevolezza di sé circa la progressiva perdita di autocontrollo e di valore. (Howard, et al., 2002; Dare, et al., 2010). Come risultato, questi pazienti sovrastimano la loro capacità di gestire, ridurre o controllare la quantità di sostanza utilizzata (Dacki, et al., 2001) e vivono un profondo stato di ambivalenza in quanto la sostanza ha consentito di avere dei cambiamenti di sé valutati come positivi, di fronteggiare in modo efficace i problemi e di avere una serie di benefici che rendono il soggetto estremamente incerto rispetto alla scelta di rinunciare alla sostanza.

Un ulteriore elemento clinicamente rilevante è la presenza di difficoltà nelle relazioni interpersonali e nell'adattamento sociale (Ghitza, 2007; Hudson et al., 2002; Kampman et al., 2004; Rounsaville, 2004; Teichner et al., 2001). Sebbene il consumo di cocaina rappresenti un iniziale rimedio rispetto alle difficoltà o ai problemi nelle relazioni sociali, con l'instaurarsi di un uso via via più problematico emergono modalità relazionali sempre più disfunzionali che investono la sfera familiare, lavorativa e più in generale i contesti sociali prossimali: in questi luoghi la sostanza non è più strumento per migliorarsi rispetto allo sguardo degli altri ma il soggetto diventa totalmente orientato e rivolto verso sé stesso, per cui l'Altro esiste solo nella sua funzione di specchio.

CAPITOLO II.

IL TRATTAMENTO PER I DISTURBI DA USO DI COCAINA

II.1. Introduzione

All'interno della popolazione di pazienti che fanno uso di cocaina, esistono molteplici sottogruppi che si differenziano in base alla tipologia e alla fase del consumo, alla presenza di disturbi indotti dalla sostanza, alla compromissione nel funzionamento sociale. Data la complessità, l'eterogeneità e le difficoltà che questi pazienti hanno nel riconoscersi come soggetti con problemi derivati dall'uso della sostanza, la pianificazione del trattamento è ad oggi uno dei principali nodi critici poiché implica la necessità di sviluppare strategie terapeutiche molteplici, adeguate alla fase del paziente con l'obiettivo di facilitare l'aderenza e la ritenzione alla terapia.

Nel corso degli ultimi decenni, negli Stati Uniti così come in Europa, l'incidenza, i costi sanitari e le ricadute sociali dei disturbi da uso di cocaina hanno indirizzato l'interesse verso la messa a punto di terapie specializzate e lo studio dell'efficacia degli interventi proposti.

Ad oggi, le evidenze indicano come non esista ancora un trattamento farmacologico efficace e riportano elevate percentuali di drop out: nello specifico, le stime individuano che l'80% dei pazienti abbandonano precocemente il programma di trattamento, la compliance è molto bassa e spesso gli outcome sono negativi, anche in relazione all'alta incidenza di disturbi di personalità.

Lo sviluppo di nuove terapie farmacologiche per il trattamento continua ad essere una delle priorità della ricerca in questo ambito. Gli attuali studi stanno esaminando il ruolo di alcuni farmaci, quali ad esempio il topimarato e il

disulfiram², per prevenire la ricaduta (Reis, et al., 2008, Carroll, et al., 1998). Allo stato attuale, in mancanza di trattamenti antagonisti e di prevenzione del craving, l'intervento farmacologico è rivolto principalmente alla cura degli stati disforico-depressivi che accompagnano la sindrome di astinenza attraverso l'uso di stabilizzatori dell'umore o ansiolitici.

Gli interventi psicosociali e psicoterapeutici rappresentano la base dei trattamenti per la cura dei disturbi da uso di cocaina (Carroll, 2005a; Vocci & Montoya, 2009). Nonostante l'efficacia di questi interventi sia stata dimostrata, è possibile osservare la mancanza di un accordo consensuale sugli obiettivi e sul metodo di valutazione dei risultati delle terapie. Fra i principali obiettivi comunemente riconosciuti e condivisi in letteratura ricordiamo: favorire la partecipazione al percorso di cura, mantenere i pazienti in trattamento, implementare la compliance e infine fornire un supporto per la prevenzione delle ricadute (Kampman 2010; Shearer et al., 2007). Tuttavia, Knapp et al. (2008), nella più importante meta-analisi sui trattamenti per i disturbi da uso di cocaina, evidenziano che questi indicatori non possono essere considerati delle misure attendibili di cambiamento clinicamente significative, poiché non pongono attenzione su specifiche variabili psicologiche centrali nella cura del cocainismo e inerenti le trasformazioni nello stile di vita.

II.2. Principali interventi psicosociali

I primi interventi psicosociali per la cura del disturbo da uso di cocaina erano mutuati dai trattamenti consolidati nel più generale ambito dei disturbi da uso di sostanze. Nel corso del tempo, la complessità e la specificità di questa patologia

² Il disulfiram (dietilditiocarbammato) è un farmaco generalmente usato nella cura dell'alcolismo. Recentemente sono state effettuate sperimentazioni cliniche sul suo impiego nel trattamento della dipendenza da cocaina. Evidenze hanno dimostrato l'efficacia del farmaco nella riduzione della quantità e della frequenza di uso della cocaina.

Il topimarato è un farmaco anticonvulsivo. Ha meccanismi d'azione multipli, tra cui l'inibizione del canale voltaggio-dipendente del sodio, un aumento dell'inibizione GABAergica e una riduzione dell'eccitazione glutamatergica. Recenti trials clinici sembrano evidenziare la sua efficacia nel trattamento della dipendenza da cocaina poiché modula l'attività del sistema dopaminergico mesocorticolimbico favorendo l'astensione della sostanza.

ha spinto i clinici e i ricercatori a sviluppare tecniche terapeutiche e interventi mirati alle caratteristiche del disturbo.

L'analisi delle rassegne (Najavits & Weiss, 1994; Woody, 2003) indica l'esistenza di tre principali filoni di terapie messe a punto per trattare i disturbi da uso di cocaina. In un primo filone rientrano i modelli di matrice cognitivo-comportamentale, al cui interno s'iscrivono interventi sia psicosociali che psicoterapeutici. Un secondo filone racchiude i modelli di psicoterapia psicodinamica, mentre nell'ultimo rientrano gli interventi psicoeducativi di counselling. Per quasi tutti questi modelli di terapia, a seguito del diffondersi degli studi sui trattamenti di provata efficacia, sono stati sviluppati manuali e protocolli terapeutici che hanno ricevuto validazione empirica.

Le terapie cognitivo comportamentali (*Cognitive Behaviour Therapy*, CBT), si basano sull'assunto che l'abuso debba essere trattato con lo scopo di modificare le credenze patogene che il soggetto possiede rispetto agli effetti creati dalla cocaina. L'obiettivo è rivolto a individuare gli elementi di resistenza del paziente per fargli sviluppare una maggiore motivazione e aiutarlo a modificare i pensieri disadattivi. In particolar modo queste terapie si focalizzano su obiettivi indirizzati a insegnare nuove abilità per affrontare in maniera più efficace l'astinenza dalla cocaina (Carroll et al., 1998, 2004, Grant et al., 1996, Messina et al., 2003, McKee et al., 2007, Rosenhow et al., 2000, Rawson et al., 2002b), sviluppare una capacità di pensiero critico rispetto al comportamento d'uso (Crits-Christoph et al., 1999, Beck et al., 1993) ed insegnare strategie per gestire il craving e prevenire le ricadute (Carroll & Rawson 2005c).

Fra i trattamenti di matrice cognitivo-comportamentale, un intervento di ampia applicazione è la terapia basata sugli incentivi o di gestione delle contingenze (*Contingency Management*, CM; *Community Reinforcement Approach*, CRA). Essa consiste in un insieme di tecniche e strategie che utilizzano voucher o metodi di rinforzo per coinvolgere e gratificare gli individui quando raggiungono determinati obiettivi. Una specificità di questa terapia è che spesso i rinforzi diventano più consistenti al crescere della lunghezza del periodo di astinenza

(Barry et al., 2009, DeRubeis et al., 1998, Carroll et al., 1998, Messina et al., 2003, Rawson et al., 2002b).

Sempre nell'ambito delle terapie comportamentali ritroviamo anche gli approcci motivazionali (*Motivational Interview*, MI; *Motivational Enhancement Therapy*, ME; Miller & Rollnick 2002). Questi interventi sono generalmente brevi, direttivi e orientati all'esplorazione e alla risoluzione dell'ambivalenza connessa all'uso della cocaina. L'obiettivo è indirizzato a potenziare la volontà di cambiare i comportamenti legati all'uso della sostanza (Crits-Christoph et al., 1999, McKee et al., 2007).

Le principali tipologie di psicoterapie psicodinamiche sviluppate per i disturbi da uso di cocaina comprendono la terapia supportivo espressiva modificata per i consumatori di cocaina (*Supportive Expressive Therapy*; Mark, & Luborsky, 1992) e la terapia interpersonale (*Interpersonal Therapy*, IPT; Rounsaville, et al., 1983).

La prima si propone di aiutare i pazienti a elaborare le esperienze personali e identificare le difficoltà e i problemi inerenti le relazioni interpersonali attraverso l'uso di tecniche espressive e orientate al sostegno. Nel secondo modello di psicoterapia gli obiettivi sono principalmente rivolti alla riduzione o alla cessazione del consumo di cocaina e allo sviluppo di strategie per affrontare i problemi sociali e interpersonali associati con l'insorgenza e la perpetuazione del consumo della stessa. Entrambi i format terapeutici hanno la peculiarità di essere di breve durata e a tempo limitato.

Infine vi sono gli interventi psicoeducativi di *Drug Counselling (DC)*. Questi sono focalizzati sull'astinenza e sulla cura di problemi di tipo sociale, familiare e legale associati all'uso della cocaina. Questi trattamenti, sviluppati sia in formato individuale sia di gruppo, sono stati progettati per educare i pazienti rispetto ad una progressiva riduzione del consumo della sostanza e per supportarli a partecipare a programmi di trattamento più strutturati.

Tabella II.1. Punti di forza e di debolezza dei principali filoni di terapia

	Punti di forza	Debolezza
CT/CBT	Intervento individualizzato sul paziente; Superiorità nel promuovere una riduzione a lungo termine dell'uso; focalizzate sullo sviluppo di nuove competenze e sul cambiamento dei pensieri problematici.	Richiede la capacità di ragionamento astratto; Presuppone la motivazione a cambiare; Può richiedere lungo tempo per raggiungere risultati efficaci.
CM/CRA	Possono favorire la ritenzione; Riduzione precoce uso sostanze; Facilmente utilizzabile con altre terapie.	Hanno costi significativi; Nessuna orientamento verso la modificazione dei pattern di comportamento; Poche evidenze sull'efficacia a lungo termine
MI/MET	Non richiede alta motivazione; Interventi brevi; Può promuovere l'interesse ad effettuare futuri trattamenti.	Scarsità di dati empirici
IPT/SE	Lavora sulle difficoltà interpersonali; Interventi brevi;	Richiede alta motivazione
DC	Interventi brevi e focalizzati; Forniscono interventi educativi; Non richiedono alta motivazione	La letteratura non evidenzia punti di debolezza

II.3. Interventi terapeutici: studi di efficacia

In letteratura è possibile rintracciare due principali filoni di studi sulla valutazione dei trattamenti per i disturbi da uso di cocaina: (a) le ricerche focalizzate sull'efficacia e sugli esiti dei differenti interventi terapeutici (outcome studies) (Carroll et al., 1998; Crits-Christoph et al., 1999; Higgins et al., 1993, Maude-Griffin et al., 1998); e (b) le ricerche indirizzate a valutare gli esiti delle terapie in relazione ai predittori e alle differenze individuali (Crits-Christoph et al., 2003, 2007; Siqueland et al., 1998, 2004).

II.3.1. Outcome studies

Nel primo filone di ricerche rientrano quegli studi che confrontano gli outcome in campioni di pazienti trattati attraverso diversi modelli di terapia, con l'obiettivo di comprendere quali tipologie di interventi terapeutici possano considerarsi efficaci. Nella maggior parte di questi studi si valuta la condizione sintomatologica rispetto

all'uso della cocaina. Tuttavia, non essendovi un consenso su quali siano le misure più efficaci per una valutazione clinicamente significativa del cambiamento, le ricerche fanno riferimento a risultati ottenuti attraverso molteplici strumenti quali self-report, screening biologici (capello, urine, sangue) o controllo del fluido orale. Crits-Christoph P. et al. (2013) hanno rintracciato in letteratura ben tredici diversi metodi di valutazione della riduzione del consumo della cocaina, riscontrando una limitata associazione tra i risultati e gli esiti a lungo termine. Singolarmente tutte le misure possiedono notevoli limiti, per cui nel loro lavoro gli Autori rilevano che i risultati più affidabili si ottengono combinando gli strumenti self-report con gli screening biologici.

In generale i risultati di questo filone di ricerche sono abbastanza variabili e discordanti: mentre alcuni dati sembrano suggerire la superiorità di determinati trattamenti psicosociali (Higgins et al., 1993; Maude-Griffin et al., 1998; Stultz et al 2010) altri studi non rilevano differenze significative negli esiti tra diversi approcci di terapia (Carroll et al., 1998).

Complessivamente le ricerche evidenziano che la combinazione di diverse tipologie di trattamento è maggiormente efficace per il raggiungimento dell'astinenza. Ad esempio, nei loro studi Higgins et al. (1991, 1993) mostrano un più rapido raggiungimento di una condizione drug-free attraverso trattamenti multimodali che combinano il contingency management con le tecniche di rinforzo comunitario³. Risultati simili sono evidenziati anche nell'importante lavoro del *National Institute of Drug Abuse* (NIDA) sulla valutazione dei trattamenti per la dipendenza da cocaina: il *Collaborative Cocaine Treatment Study*. In questo studio sono stati comparati gli esiti prodotti da quattro forme di trattamento di diffusa applicazione: psicoterapia cognitivo-comportamentale, psicoterapia interpersonale, counselling individuale e di gruppo. Lo studio evidenzia tre risultati di notevole importanza per la pratica clinica:

³ 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 da parte della comunità, la quale svolge un ruolo nel mantenere i comportamenti sia di uso che di non-uso.

1. Tutti i trattamenti producono una riduzione rilevante nella frequenza e nella quantità d'uso della cocaina;
2. Sia la psicoterapia cognitiva che quella interpersonale si sono dimostrate più efficaci rispetto agli interventi di counselling nella ritenzione dei pazienti in trattamento. Tuttavia gli interventi di counselling sono più efficaci nel favorire lo sviluppo dell'astinenza sia durante il trattamento sia nell'arco di un periodo che va da uno a tre mesi successivi alla terapia (Crits-Christoph et al., 2003);
3. Infine, risultati clinici significativi rispetto agli altri trattamenti si ottengono attraverso il trattamento multimodale che combina l'intervento di psicoterapia con quello di counselling.

Negli ultimi anni, considerevoli lavori di reviews e meta-analisi hanno confrontato le evidenze degli studi clinici.

La review di Knapp (2008) è stata condotta su 27 studi randomizzati e controllati. I trattamenti presi in considerazione sono di breve e media durata (range tra 3 e 9 mesi), per un totale di 3663 partecipanti (età $\mu=33$; range 18 – 65; 73% maschi). Tutti gli studi includono soggetti in trattamento ambulatoriale, escluso un lavoro di Monti et al., (1997) che valuta un trattamento residenziale. I risultati sono stati comparati secondo due tipologie di outcome: gli esiti primari, inerenti l'utilizzo della cocaina e valutati attraverso l'esame dei metaboliti e lo screening biologico, la gravità della dipendenza (ASI e SCL-90), il craving, le ricadute, la frequenza di coinvolgimento con la sostanza e gli esiti secondari, connessi con i problemi medici, legali, sociali, familiari e lavorativi. Gli Autori concludono che le evidenze empiriche non supportano la superiorità clinica di uno specifico approccio terapeutico rispetto ad altri. Tuttavia mostrano che gli studi in cui sono utilizzate terapie che combinano programmi di contingency management con approcci di terapia cognitiva orientati a fornire skills training per ridurre l'uso di droga, supportare nel miglioramento delle relazioni familiari, offrire consulenze lavorative e sociali, ottengono migliori risultati nel raggiungimento dell'astinenza e la ritenzione in trattamento (Higgins et al., 1993,1994; Petry et al., 2005; Silverman et al., 1996, 2001). Gli Autori evidenziano che i pochi studi che

valutano, oltre la condizione sintomatologica, i cambiamenti nello stile di vita e nel funzionamento relazionale non consentono di trarre conclusioni di sintesi.

Nel lavoro meta-analitico di Dutra et al. (2008) (tab.II.1.) sono stati selezionati 34 trials clinici randomizzati con l'obiettivo di analizzare l'efficacia degli interventi terapeutici per diverse tipologie di disturbi da uso di sostanze, fra cui la dipendenza da cocaina. I risultati⁴ mostrano che approssimativamente un terzo dei partecipanti, indipendentemente dalle condizioni di trattamento, hanno precocemente abbandonato la terapia. In particolar modo, tra i pazienti con problemi di cocaina, si riscontrano le più alte percentuali di drop-out. Parallelamente a questo risultato gli studi mostrano che gli interventi per i disturbi da uso di cocaina hanno prodotto i più grandi effect size ($d = 0.62$, 95% CI = 0,16-1,08) rispetto a quelli ottenuti nei trattamenti per le altre sostanze. Secondo gli Autori questo risultato suggerisce una sorta di trend dicotomico caratterizzato o dalla rapida astinenza o dal precoce drop-out, come se in questa tipologia di pazienti non fosse possibile perseguire cambiamenti gradualmente.

Tabella II.2. Studi sugli interventi psicosociali per disturbi da uso di cocaina (Dutra et al., 2008)

Studio	Trattamento	Condizione di controllo	Settimane di trattamento	Sedute a settimana
Silverman et al., 1996	CM	NCM	52	
Jones et al., 2004	CM	NCM	12	
Sigmon et al., 2004	CM	TAU	24	
Silverman et al., 2004	CM	TAU	52	
Higgins et al., 1993	CBT/CM	TSF	24	2
Carroll et al., 1998	CBT	TSF	12	2
Crits-Christoph et al., 1999	CBT+GDC	GDC	24	1-2
Carroll et al., 1994	RP	TAU	12	1
Schmitz et al., 2002	RP	TAU	12	2

Note. CM=contingency management, CBT=cognitive behavior therapy, RP= relapse prevention, GDC= group drug counselling, TAU= treatment as usual, TSF= 12-step facilitation, NCM= non contingency management

⁴ La dimensione dell'effetto dei singoli studi è stata calcolata attraverso l'indice d di Cohen. L'attendibilità riconosciuta di questo studio deriva da uno specifico metodo per aggregare le valutazioni di esito e calcolare l'effect size: quando le misure di outcome erano più di due, gli Autori hanno aggregato gli indici medi delle variabili di esito; quando invece le misure erano questionari self-report esami tossicologici, per determinare l'effetto diversificato di queste misurazioni, gli Autori hanno effettuato una molteplice aggregazione dei dati producendo diversi indici che sono stati successivamente confrontati. Attraverso questa metodologia, per ogni studio è stato calcolato un indice medio dell'effetto complessivo, della dimensione dell'effetto del self-report ed infine della dimensione dell'effetto degli esami tossicologici.

In una più recente review, Penberthy et al. (2010) focalizzano l'attenzione sugli studi di efficacia degli outcome nei modelli di matrice cognitivo-comportamentale.

Le evidenze indicano una maggiore efficacia della CBT nel raggiungimento dell'astinenza dalla cocaina (Maude-Griffin, et al., 1998; Rawson 2002a, 2002b; Crits-Christoph et al., 1999). In particolare essa risulta più efficace della terapia interpersonale (IPT) nel ridurre la frequenza d'uso della sostanza (Barry, et al., 2009) e nel mantenimento dell'astinenza per 4 settimane consecutive e al 6° mese di follow-up (Maude-Griffin, et al., 1998). Diversamente, Carroll et al. (1998) hanno trovato che la CBT non è più efficace di altre tipologie di interventi psicosociali in termini di riduzione dell'uso di cocaina o promozione dell'astinenza.

I supporti empirici complessivamente mostrano che gli effetti del trattamento cognitivo-comportamentale si mantengono sino ad un anno dopo la conclusione della terapia e che i pazienti mostrano maggiori competenze nella gestione della sostanza confrontati con pazienti che hanno effettuato altri tipi di terapia (Rawson et al., 2002b, Carroll et al., 2005a, Epstein et al., 2003).

Per quanto concerne il contingency management (CM) e la terapia basata sugli incentivi (CRA), le ricerche presenti nella review dimostrano una maggiore efficacia di entrambi i metodi in differenti popolazioni di soggetti dipendenti da cocaina (Barry et al., 2009, DeRubeis et al., 1998, Roozen et al., 2004) rispetto ad altri tipi di trattamenti (Rawson et al., 2002b, Barry et al., 2009, Petry et al., 2005, Higgins et al., 1993, 1995, 2000a, Jones et al., 2004). Negli studi condotti da Higgins et al. (1993, 2000b) è stato riscontrato che l'associazione fra la terapia basata sugli incentivi e i vouchers facilita maggiormente la ritenzione e l'astinenza durante il trattamento e a 6 mesi di follow-up; risultati simili sono stati riscontrati nei lavori successivi di Jones et al. (2004), Petry et al. (2005) e Barry et al. (2009). Rispetto all'effetto dell'uso dei vouchers, diversi studi hanno riscontrato che (Higgins et al., 2006, Garcia-Rodriguez et al., 2009) chi riceve più alti voucher è maggiormente astinente durante il trattamento, (con un effect-size da

medio a grande), sebbene tali differenze non si riscontrano alla fine e alle rilevazioni di follow-up.

In ultimo, nella già citata review, Penberthy et al. (2010) analizzano anche gli studi sull'efficacia dell'approccio motivazionale (Motivational Enhancement Therapy, MET). Fra quelli analizzati, diversi studi (Rosenhow et al. 2000; Stotts et al. 2001) riscontrano che, nei pazienti con bassa motivazione al trattamento, poche sedute d'intervista motivazionale consentono di promuovere lo sviluppo di strategie di coping salutari e di ridurre l'uso di cocaina, avendo degli effetti significativi sulla ritenzione in trattamento. Anche per questo tipo d'interventi, la ricerca (McKee et al., 2007) ha mostrato una maggiore efficacia nel promuovere il desiderio di cambiamento e nel raggiungimento dell'astinenza derivata dalla combinazione del MET con la CBT. Tuttavia non emergono differenze in termini di frequenza e quantità di uso durante il trattamento e al follow-up in nessuno degli studi sull'efficacia dell'approccio motivazionale.

Penberthy et al. (2010) concludono che il MET risulta essere sostanzialmente un intervento efficace nel promuovere la partecipazione alla terapia e lo sviluppo di maggiori attitudini verso il cambiamento.

II.3.2. Ricerche sui predittori

Un secondo filone di ricerca ha valutato i predittori degli esiti dei trattamenti (Crits-Christoph et al., 2003, 2007; Siqueland et al., 1998, 2004), con l'obiettivo di sviluppare protocolli terapeutici specializzati per sottotipi di pazienti (Carroll et al., 1994). In particolar modo, si possono rintracciare tre categorie di studi: sui predittori baseline, sugli esiti a breve e a lungo termine ed infine sull'intensità dei trattamenti (durata, frequenza, lunghezza e numero di sedute).

Per quanto riguarda la prima categoria, nello studio di Stultz et al. (2010) su pazienti con disturbo da uso di cocaina si esaminano quattro tipi di interventi terapeutici (IDC, CT, SE e GDC). Attraverso le analisi vengono identificati tre cluster di pazienti in relazione alla compromissione sintomatologica iniziale e al

cambiamento nel corso del trattamento. Al primo sottogruppo appartengono quei pazienti definiti dagli Autori *common and fast responders* (52%). Questi presentano un uso di cocaina moderato all'avvio della terapia e sono contraddistinti da una rapida riduzione dell'uso della sostanza indipendentemente dalla tipologia di intervento terapeutico effettuato. In questi pazienti gli esiti si mantengono anche dopo un anno dalla fine del trattamento. Il secondo gruppo, definito *moderate responders* (35%), presenta delle caratteristiche simili al cluster precedente rispetto all'uso di cocaina ma mostra delle differenze riguardo alla rapidità del cambiamento. La diversità sostanziale tra i due sottogruppi concerne i problemi ambientali e sociali: i *moderate responders* ottengono, infatti, dei punteggi di maggiore compromissione nelle aree ambientali e sociali e traggono maggiori benefici dall'intervento di counselling di tipo individuale. Il terzo sottogruppo di pazienti, i *severe responders* (13%), si caratterizza per un consumo grave e importanti problemi nell'area ambientale e sociale. I risultati mostrano che per questo cluster di consumatori sembra essere maggiormente indicato un trattamento psicosociale a lungo termine.

Sostanzialmente questo studio evidenzia che gli interventi terapeutici hanno un impatto diverso nel raggiungimento dell'astinenza in relazione alle caratteristiche cliniche dei pazienti. Anche negli studi di Crits-Christoph et al. (1999; 2007) si rivelano alcuni predittori pre-trattamento che hanno un'influenza significativa sul processo e sugli esiti terapeutici. In particolare, tali ricerche mostrano che i pazienti che all'avvio della terapia presentano una bassa compliance, un uso moderato della sostanza e alti problemi sociali traggono maggior beneficio dall'Individual Drug Counselling (Crits Christoph, 2007).

Nel lavoro meta-analitico di Dutra L. et al. (2008) si valuta il ruolo di specifiche variabili, confrontando i risultati degli studi sulla base della dimensione dell'effect size. Gli Autori mostrano che sia l'età che gli anni di consumo sono predittori degli esiti. In particolar modo, gli interventi terapeutici hanno maggiori benefici in campioni di soggetti più giovani mentre si riscontrano esiti negativi fra chi consuma la sostanza da più tempo.

All'interno degli studi sui predittori degli esiti, si riscontrano molte ricerche focalizzate sui predittori degli esiti a breve termine degli interventi terapeutici i cui risultati mostrano che sono più facilmente a rischio di drop-out o hanno più scarsi esiti quei pazienti che al momento dell'avvio della terapia riportano un uso corrente della sostanza o i cui screening biologici sono positivi (Ahmadi et al., 2009; Kampman et al., 2002; Reiber et al., 2002).

Altri predittori negativi o connessi a scarsi esiti rispetto al cambiamento sintomatologico sono l'aver seguito precedenti trattamenti, la giovane età, la presenza di una sintomatologia depressiva, uno scarso impegno rispetto al cambiamento, il craving, una scarsa fiducia rispetto alla propria capacità di evitare l'uso della sostanza in situazioni ad alto rischio, deficit cognitivi e presenza di un contemporaneo disturbo da uso di alcool (Aharonovich et al., 2006, 2008; Dennis, et al., 2005; Hser et al., 1999, 2006; Poling, et al. 2007; Rohsenow, et al., 2007; Schmitz et al., 2009; Simpson et al., 2002; Siqueland et al., 2002; Stulz, et al., 2011).

Uno dei principali predittori per il successo e l'efficacia della terapia risulta essere l'impegno del paziente (Penberthy et al., 2010). Anche nei lavori di Carroll et al. (1998; 2005b) i pazienti che sono più aderenti al trattamento e alle prescrizioni dei terapeuti mostrano un incremento delle competenze sociali e di gestione della cocaina così come un minor uso della sostanza durante la terapia e ad 1 anno di follow-up.

Per quanto concerne le ricerche orientate all'identificazione dei predittori degli esiti a lungo termine. Numerosi studi mostrano che una maggiore ritenzione in trattamento predice risultati migliori nel tempo (McKay & Weiss, 2001; Siqueland et al., 2002; Simpson et al., 2002).

Nel lavoro di Crits-Christoph et al (2013) si valuta l'associazione degli esiti a lungo termine rispetto ad alcune misure di miglioramento clinico che riguardano l'uso della cocaina, l'astinenza e le scale dell'Addiction Severity Index (area medica, lavorativa, sociale-familiare, alcool, sostanze, legale e psicologica). Il raggiungimento precoce dell'astinenza si correla con un cambiamento nelle scale

dell'ASI così come con il mantenimento di una condizione drug-free nella valutazione di follow-up, mentre una riduzione dell'uso della sostanza è correlata in maniera efficace solo con un miglioramento rispetto ad alcune aree di funzionamento (legale, psicologica, medica).

Evidenze simili emergono in diversi studi che mostrano come l'interruzione precoce e continuativa nell'uso della cocaina sia un robusto predittore di esiti positivi a lungo termine (Havassy et al., 1995; Higgins et al., 2000b; McKay et al., 1999; Preston et al., 1998;).

Anche negli studi di Herbeck et al. (2006) e di Hser et al. (2006) i pazienti che hanno realizzato cinque o più anni di astinenza dalla sostanza mostrano più bassi tassi di depressione, minori sintomi psichiatrici, pochi problemi penali e tassi inferiori di disoccupazione rispetto a chi non aveva raggiunto un'astinenza stabile.

In relazione a questi risultati diversi studi hanno approfondito l'analisi delle variabili che sembrano essere maggiormente predittive del raggiungimento di uno stato di astinenza a lungo termine. Nello studio condotto da Scott et al., (2005) emerge che la scarsa presenza di sintomi psicopatologici, di problemi legali, la presenza di una rete di supporto amicale proveniente da una popolazione di non consumatori, una maggiore ritenzione in trattamento sono predittori di una condizione di astinenza valutata sia al termine della terapia che al follow-up.

Nei lavori di McKay et al. (2005a, 2010) emerge che un'età più avanzata, più bassi livelli d'istruzione, un minor uso della cocaina e dell'alcool alla valutazione baseline, un più elevato senso di autoefficacia, un maggior impegno e supporto sociale così come bassi punteggi di depressione sono maggiormente predittivi del raggiungimento dell'astinenza e del mantenimento di tale condizione al follow-up. Infine, l'ultima categoria di studi ha approfondito i fattori strutturali della terapia, in particolar modo per ciò che riguarda l'intensità dei trattamenti (durata, frequenza, lunghezza e numero di sedute).

Nelle prime ricerche condotte da Alterman et al. (1994; 1996) non si riscontrano differenze nei risultati dei trattamenti in nessuna delle terapie valutate (terapia di gruppo cognitivo-comportamentale, interventi psicoeducativi e di counselling).

Uno studio più recente di Coviello (2001) è stato condotto su 94 pazienti dipendenti da cocaina assegnati a random a due tipologie di trattamento: un programma settimanale ospedaliero di 12 ore e un programma settimanale ambulatoriale di 6 ore. Sono state effettuate molteplici valutazioni sia durante che dopo la terapia (follow-up a 4 e 7 mesi). Complessivamente si rileva una riduzione nell'uso della cocaina così come un miglioramento nel lavoro e nel funzionamento psichico nel 52% dei pazienti. Non emergono differenze di efficacia fra i due trattamenti né rispetto al raggiungimento della condizione drug-free né rispetto al cambiamento dei propri comportamenti sociali sia al termine del trattamento che nelle valutazioni di follow-up.

Nel già citato lavoro di Dutra et al. (2008) mentre la durata del trattamento ha un'influenza sul raggiungimento dell'astinenza, il numero di sedute settimanali non è risultato significativamente associato ad un cambiamento nella sintomatologia.

Diversamente McLellan et al. (2005) hanno riscontrato delle differenze tra i programmi ambulatoriali intensivi (almeno tre sessioni a settimana) e i programmi ambulatoriali tradizionali (una o due sedute settimanali), mostrando una maggiore efficacia dei trattamenti intensivi nel raggiungimento dell'astinenza.

Predittori studiati	Ricerche	Risultati	
Baseline	<p>- Craving, Gravità problemi medici, Credenza nella filosofia 12 passi, Aspettative miglioramento</p> <p>- Tipologia uso cocaina, Problemi ambientali, Problemi sociali</p> <p>- Età, Sesso, Durata uso cocaina</p>	<p>Crits-Christoph et al.(1999, 2007)</p> <p>Stultz et al.,(2010)</p> <p>Dutra et al.,(2008)</p>	<p>Uso moderato, alti problemi sociali, basso coinvolgimento iniziale al trattamento, traggono maggior e più immediati benefici con IDC.</p> <p>Uso cocaina moderato raggiungono rapida astinenza a prescindere dal tipo di terapia. Uso cocaina moderato con problemi sociali differenze nella rapidità cambiamenti e maggiori benefici counselling individuale. Consumo grave e problemi sociali trattamento a lungo termine.</p> <p>Età più bassa esiti maggiormente positivi. Maggiori anni uso cocaina esiti negativi</p>
Breve termine	<p>- Uso sostanza, Screening urine</p> <p>- Trattamenti, Variabili demografiche Impegno, Uso di sostanze, Comorbidità</p> <p>- Impegno</p>	<p>Ahmadi et al., (2009); Kampman et al., (2002); Reiber et al., (2002)</p> <p>Aharonovich et al., (2006, 2008); Dennis et al., (2005); Hser et al.,(1999, 2006); Poling, et al. (2007); Rohsenow, et al., (2007); Schmitz et al., (2009); Simpson et al., (2002); Siqueland et al., (2002); Stulz, et al.,(2011)</p> <p>Penberthy et al., (2010), Carroll et al., (1998; 2005b)</p>	<p>Screening positivi e ricorrente uso sostanza connessi a più frequenti drop-out e scarsi esiti rispetto astinenza.</p> <p>Precedenti trattamenti, Giovane età. Scarso impegno, Craving, Presente disturbo da uso di alcool, Presenza di una sintomatologia depressiva si associano a scarsi esiti.</p> <p>Maggior successo e aderenza al trattamento</p>
Lungo termine	<p>-Uso cocaina, Area medica, legale, sociale-familiare, alcool e sostanze, lavorativa e psicologica</p> <p>-Ritenzione in trattamento</p> <p>-Astinenza</p> <p>-Psicopatologia, Area legale, sociale, familiare, Partecipazione terapia</p> <p>- Variabili demografiche, uso sostanze e alcool, impegno, efficacia, sintomatologia, supporto familiare e sociale.</p>	<p>Crits-Christoph (2013)</p> <p>McKay et al.(2001a,2001b); Siqueland et al., (2002); Simpson et al., (2002)</p> <p>Havassy et al., (1995); Higgins et al., (2000a); McKay et al., (1999); Preston et al., (1998); Herbeck, et al., (2006); Hser et al., (2006)</p> <p>Scott et al.,(2005)</p> <p>McKay et al., (2005a, 2010)</p>	<p>Associazione tra raggiungimento astinenza e follow up (12 mesi). Associazione tra astinenza e miglioramento area legale, psicologica e medica.</p> <p>Maggiore ritenzione risultati migliori (12-24 mesi follow up)</p> <p>Risultati riduzione precoce e continuativa predittori a lungo termine del miglioramento complessivo (12 mesi-12 anni).</p> <p>Pochi sintomi e problemi legali, buon supporto sociale, maggiore ritenzione in trattamento predittori astinenza a lungo termine (3 anni).</p> <p>Maggiore età, bassi livelli di istruzione, minor uso di cocaina e alcool, maggiore efficacia in sé e impegno, supporto sociale, bassi punteggi di depressione predittori astinenza a lungo termine (2 anni).</p>

Tabella II.3. Sintesi ricerche sui predittori esiti delle terapie

II.4. Ricerche sull'efficacia delle terapie di gruppo

La terapia di gruppo è considerata uno dei trattamenti elettivi della dipendenza da sostanze, inclusa la dipendenza da cocaina (McAuliffe & Albert 1992; Stinchfield, et al., 1994; Vannicelli 1992 ; Washton 1989; Khantzian et al. 1986,1990,1992).

Il dispositivo terapeutico di gruppo per i pazienti con dipendenza da cocaina è sempre più diffuso sia per il vantaggioso rapporto costi-benefici sia perché risulta adeguato alle specifiche caratteristiche cliniche di tale popolazione (Sandahl et al., 2008). La letteratura (Flores, 1997; Washton, 1989) offre molteplici indicazioni sull'utilità e l'efficacia della terapia di gruppo con questi pazienti riconducibili alle caratteristiche proprie della patologia. Attraverso il gruppo è, infatti, possibile lavorare su stili relazionali e difensivi tipici di questi pazienti quali l'evitamento, la scissione, l'autoregolazione, l'onnipotenza, la negazione e sulla possibilità di tollerare il confronto con i limiti.

Il principale fattore terapeutico, menzionato in letteratura, sembra essere il rispecchiamento e il confronto con i pari poiché consente di lavorare e mettere in discussione il sistema difensivo della negazione e di promuovere cambiamenti nel comportamento (Brook, & Spitz, 2002).

La psicoterapia di gruppo seppur considerata, da un punto di vista clinico, il trattamento per eccellenza nell'ambito dei DUS, deve fare i conti con un grosso limite per ciò che concerne la produzione di risultati sistematici e oggettivabili derivanti dalla ricerca empirica. In particolar modo la grande eterogeneità dei quadri clinici, i molteplici modelli di terapia di gruppo, nonché la mancanza di un accordo consensuale circa i metodi di valutazione hanno determinato non poche difficoltà per quanto attiene la ricerca (Brook, & Spitz, 2002). Uno dei maggiori limiti degli studi presenti in letteratura sull'efficacia delle terapie di gruppo è che la quasi totalità delle ricerche si focalizza esclusivamente sugli esiti, con particolare attenzione all'utilizzo delle sostanze (Weiss et al. 2004).

L'analisi della letteratura empirica sugli outcome delle psicoterapie di gruppo ci consente di differenziare le ricerche in due principali tipologie: la prima include gli studi che hanno confrontato l'efficacia della psicoterapia di gruppo con il trattamento farmacologico; la seconda comprende gli studi che hanno posto a confronto la psicoterapia di gruppo con quella individuale.

Per quanto attiene gli studi che hanno confrontato l'efficacia della psicoterapia di gruppo con il trattamento farmacologico, i risultati (Luthar, et al., 2000; Weiss et al., 2000, 2004) indicano che gli esiti migliori rispetto all'uso della sostanza si riscontrano in quei pazienti che seguono trattamenti che integrano la cura farmacologica con la psicoterapia di gruppo. Tali risultati sono stati riscontrati sia nelle terapie di gruppo ad orientamento cognitivo-comportamentale sia in quelle di tipo supportivo.

Fra gli studi che hanno confrontato l'efficacia della terapia di gruppo con la terapia individuale (Weiss et al., 2004; Graham et al., 1996; Schmitz et al., 1997;) i risultati ci consentono di rilevare un miglioramento sintomatologico nella maggior parte dei pazienti valutati, senza differenze significative di efficacia tra i modelli di terapia. Nello studio di Graham et al. (1996), 192 pazienti con dipendenza da eroina, cocaina o alcool sono stati assegnati casualmente ad un trattamento, individuale o di gruppo di 12 sedute orientato alla prevenzione delle ricadute, non riscontrando alcuna differenza tra i trattamenti rispetto agli esiti ottenuti (misurati tramite il *Drug Abuse Screening Test* e l'*Alcohol Dependence Scale*). Nello studio di Schmitz, et al., (1997) 32 pazienti con dipendenza da cocaina sono stati assegnati in modo random ad un trattamento di gruppo o individuale a tempo limitato (12 sedute) per la prevenzione delle ricadute. Nelle valutazioni effettuate al termine della terapia e al follow-up effettuato al 6° mese non sono emerse differenze significative tra le due forme di terapia rispetto agli esiti inerenti l'utilizzo della cocaina (misurati attraverso l'ASI e lo screening delle urine).

A conclusioni differenti, invece, sono giunti gli studi che hanno confrontato l'efficacia del trattamento combinato, di gruppo ed individuale, sia con la sola terapia individuale che con quella di gruppo (Linehan et al., 1999; McKay et al.,

1997; Crits Christoph et al., 1999; Sanchez, et al., 2011; Weiss et al., 2004). Dall'analisi di queste ricerche emerge che il trattamento combinato, rispetto alla sola terapia di gruppo, fornisce esiti significativamente migliori sia al termine del trattamento che al follow-up.

Lo studio di Linehan et al. (1999) si è proposto di confrontare l'efficacia del trattamento combinato (psicoterapia comportamentale individuale affiancata da una seduta settimanale di terapia comportamentale di gruppo) con la sola terapia individuale in 28 pazienti donne con dipendenza da cocaina, assegnate casualmente ad una delle due condizioni. I risultati hanno evidenziato delle differenze nell'efficacia dei due trattamenti per cui le pazienti che hanno seguito il trattamento combinato hanno ottenuto esiti migliori rispetto alla riduzione nell'uso della cocaina sia alla fine della terapia sia alle valutazioni di follow-up effettuate al 4° e al 16° mese.

Il lavoro di McKay et al. (1997), diversamente, ha confrontato l'efficacia del trattamento combinato (terapia di gruppo associata a sedute settimanali di terapia individuale per la prevenzione delle ricadute) con la sola terapia di gruppo. Lo studio ha riguardato 98 pazienti con dipendenza da cocaina (sia consumatori che in condizione drug-free) assegnati casualmente ad una delle due forme di trattamento. Gli esiti, valutati alla fine dei 5 mesi di terapia, evidenziano che fra i pazienti consumatori la terapia combinata ha degli effetti nella diminuzione dell'utilizzo della cocaina maggiori della sola terapia di gruppo. Diversamente nelle valutazioni di follow-up effettuate al 6° mese la terapia di gruppo appare maggiormente efficace nel mantenere l'astinenza tra i pazienti in condizione drug-free.

Lo studio di Sanchez et al. (2011), condotto su 19 pazienti con dipendenza da cocaina in trattamento ambulatoriale, ha valutato l'efficacia in termini di ritenzione in trattamento e raggiungimento dell'astinenza dalla sostanza in un trattamento di psicoterapia di gruppo cognitivo-comportamentale associato ad un approccio individuale di contingency management. I risultati confermano che l'uso combinato delle due forme di terapia è maggiormente efficace sia della sola

terapia di gruppo cognitivo-comportamentale che dell'intervento individuale di contingency management nella ritenzione in trattamento e nel raggiungimento di una condizione drug-free sia al termine della terapia che al follow-up al 3° mese. L'ultimo studio di Crits Christoph et al. (1999) si è occupato di porre a confronto l'efficacia di differenti interventi terapeutici nel trattamento di pazienti con dipendenza da cocaina. Lo studio ha coinvolto 487 pazienti assegnati casualmente ad una delle quattro seguenti terapie, ciascuna della durata di 6 mesi: (a) Counselling di gruppo sulle sostanze; (b) Counselling di gruppo sulle sostanze associato ad una terapia cognitiva; (c) Counselling di gruppo sulle sostanze associato ad una terapia supportivo-espressiva; ed infine (d) Counselling individuale e di gruppo sulle sostanze. I risultati mostrano che i cambiamenti maggiormente significativi rispetto alla riduzione nell'uso della sostanza si ottengono nei pazienti che effettuano il trattamento combinato di counselling sulle sostanze individuale e di gruppo.

II.4.1. Ricerche sulle variabili di processo nella terapia di gruppo

Come in precedenza descritto, la terapia di gruppo comprende una vasta gamma di approcci; pur con queste differenze, alcune variabili di processo hanno un ruolo fondamentale nel predire l'esito indipendentemente dal modello di terapia. Negli ultimi anni la ricerca ha trovato un accordo su alcuni costrutti centrali della relazione terapeutica in gruppo che sono strettamente collegati al suo processo e al cambiamento nei pazienti: la coesione di gruppo, l'alleanza terapeutica e il clima. Ad oggi tuttavia risulta essere piuttosto scarna la letteratura sul ruolo di queste variabili nella terapia di gruppo per pazienti con disturbo da uso di cocaina.

I pochi studi disponibili si sono principalmente focalizzati su due fattori: la coesione e l'alleanza terapeutica.

La coesione è tra i più importanti costrutti terapeutici studiati nella letteratura clinica ed empirica sui gruppi. Nel corso del tempo si è notevolmente dibattuto sulla definizione clinica e operativa di tale costrutto proprio rispetto alla

complessità e molteplicità di livelli che lo caratterizzano. Attualmente, le evidenze supportano alcune fondamentali dimensioni della coesione, definendola come la qualità e la struttura delle relazioni all'interno di un gruppo (Burlingame et al., 2011).

Dalle ricerche la coesione risulta essere un predittore di esiti positivi nella terapia per molteplici popolazioni di pazienti, in particolar modo per ciò che riguarda la riduzione dei sintomi e il funzionamento interpersonale (Burlingame et al., 2011; Johnson et al., 2008). Nello specifico dei disturbi da uso di cocaina solo due studi hanno approfondito l'influenza sugli esiti di tale fattore terapeutico.

Lo studio di Crits-Christoph, et al (2011) è stato condotto su 487 pazienti con dipendenza da cocaina e si è proposto di valutare la relazione tra alcune variabili di processo e gli esiti sintomatologici di un gruppo di counselling sulle sostanze della durata di 12 sedute, senza però riscontrare alcuna influenza della coesione sul consumo. Anche in un precedente lavoro (Gillaspy J.A. et al., 2002) condotto su 49 pazienti con disturbo da uso di cocaina trattati attraverso un gruppo di psicoterapia interazionale, semi-aperto e a tempo limitato, i risultati non hanno evidenziato alcuna correlazione tra la coesione e il miglioramento dei pazienti alle variabili di esito sintomatologico e di funzionamento psicologico.

Entrambi gli studi mostrano pertanto dei risultati discordanti rispetto alla letteratura complessiva sulla coesione e probabilmente, la breve durata degli interventi terapeutici studiati influenza questi risultati; a tal proposito, Burlingame et al.(2011) evidenziano che la coesione pur essendo indipendente dalla durata della terapia, richiede un tempo minimo (più di 12 sedute) per potersi instaurare in modo significativo.

Diversamente, lo studio dell'alleanza terapeutica ha una consolidata mole di ricerche nell'ambito dei trattamenti dei disturbi da uso di cocaina.

Tutti i risultati rilevano correlazioni significative tra una precoce e robusta alleanza ed esiti positivi in pazienti con dipendenza da cocaina, anche in presenza di quadri di comorbidità (Barber et al., 1999; Carroll, 1997; Gerstley, et al 1989; Luborsky, et al., 1985; Raytek et al. 1999).

Barber et al. (1999) hanno evidenziato una relazione tra buoni livelli di alleanza e una diminuzione nell'uso di cocaina già al primo mese di terapia ma non successivamente, alle valutazioni effettuate al 6° mese di trattamento, in cui invece più alti punteggi di alleanza risultano predittivi del miglioramento nella sintomatologia depressiva.

Anche Hser et al., (1999) ha valutato la relazione tra la forza dell'alleanza e l'astinenza in un campione di 789 pazienti dipendenti da cocaina in trattamento residenziale o ambulatoriale, ottenendo risultati differenti in base alla tipologia di trattamento: in particolare, nei trattamenti residenziali, ma non in quelli ambulatoriali, lo sviluppo di una forte e precoce alleanza è un buon predittore degli esiti al follow up effettuato al 12° mese.

Nella ricerca condotta nell'ambito del NIDA *Collaborative Cocaine Treatment Study* su 95 pazienti dipendenti da cocaina in trattamento ambulatoriale assegnati ad un counselling manualizzato sulle sostanze, ancora Barber et al (2006) hanno analizzato come l'alleanza e l'aderenza del terapeuta al trattamento manualizzato interagiscono nel predire sia l'esito sintomatologico sia il cambiamento del funzionamento in differenti aree della vita. I risultati riportano che nei pazienti con una forte alleanza terapeutica, l'aderenza del terapeuta al trattamento manualizzato è essenzialmente irrilevante rispetto agli esiti. Di contro, quando vi sono livelli di alleanza più deboli, una moderata aderenza del terapeuta al modello è associata con migliori esiti sia rispetto all'uso di cocaina che alla sintomatologia depressiva. Infine, nel studio di Critis-Christoph et al. (2013b) è stato rilevato che l'alleanza con il terapeuta è positivamente associata con una riduzione nell'uso della cocaina sia a breve che a lungo termine (oltre 6 mesi).

Complessivamente, i ricercatori sono concordi nell'affermare che, affinché la psicoterapia aumenti e migliori la ritenzione in trattamento e i risultati ottenuti, il paziente e il terapeuta devono sviluppare un rapporto significativo e un'alleanza terapeutica positiva. La qualità dell'alleanza ed il modo in cui sono gestite le criticità, in particolare nelle prime fasi della terapia, sembrano ricoprire una funzione chiave non solo rispetto alla permanenza di un paziente in trattamento,

ma anche in relazione alla possibilità di portare a termine i percorsi di cura avviati.

Gli studi hanno inoltre analizzato il ruolo dell'alleanza sulla ritenzione in trattamento. Negli studi di Barber et al. (1999, 2001) tale relazione è stata esaminata rispettivamente in 252 e in 308 pazienti ambulatoriali dipendenti da cocaina. In entrambe le ricerche, i pazienti sono stati assegnati casualmente ad una terapia supportivo-espressiva (SET), ad una terapia cognitiva (CT) o a un counselling individuale sulle sostanze (IDC). I risultati mostrano che i punteggi dell'alleanza sono predittivi della ritenzione in trattamento all'inizio della terapia ma non hanno influenza nel corso del tempo, sottolineando il ruolo centrale dello strutturarsi di buoni e precoci livelli di alleanza come fattore predittivo di una maggiore ritenzione in trattamento. Inoltre, lo studio rileva delle differenze nei punteggi dell'alleanza tra le tre terapie: in particolare, mentre nella SET e nel IDC una più alta alleanza da parte dei pazienti risulta associata ad una maggiore ritenzione.

CAPITOLO III.

ASPETTI METODOLOGICI DELLA RICERCA IN PSICOTERAPIA DI GRUPPO

III.1. Introduzione

Nella pratica clinica i trattamenti per una varietà di disturbi sono comunemente effettuati nel contesto di gruppi di terapia, soprattutto nei servizi pubblici o comunitari dove spesso, in ragione del vantaggioso rapporto costi-benefici, il gruppo diventa la soluzione privilegiata per far fronte all'ingente domanda di cura (Burlingame et al., 2004).

Per alcune condizioni, come l'alcolismo e l'abuso di sostanze, il trattamento attraverso i gruppi ha notevolmente superato l'uso di trattamenti individuali (NIAAA/NIDA, 2003). Oltre alle questioni prettamente connesse alla logica di managed care, dal punto di vista clinico vi è un accordo nel sostenere che nella terapia di gruppo l'elemento relazionale sia uno dei principali fattori terapeutici di cura nel trattamento della dipendenza da sostanze così come di altre patologie (Fehr, 2003; Yalom, 1995). Il gruppo fornisce, infatti, ai partecipanti un contesto protetto e sicuro in cui poter osservare e mettersi in gioco nei rapporti interpersonali e ricevere da parte degli altri pazienti e del conduttore dei feedback immediati rispetto ai propri comportamenti. Nella più robusta review meta-analitica effettuata da Weiss et al., (2004) su studi che comparavano la terapia di gruppo ad altre condizioni di trattamento in un arco temporale di trenta anni, gli Autori non hanno riscontrato differenze rilevanti negli esiti di gruppi terapeutici con modelli differenti, così come tra interventi effettuati in gruppo e in individuale. A parità di efficacia, i risultati forniscono una robusta giustificazione

circa l'attuazione di programmi terapeutici di gruppo, poiché molti più pazienti possono essere contemporaneamente trattati (Weiss, et al., 2004).

Morgan-Lopez et al. (2006, 2007), in alcuni recenti lavori, indicano che nel campo degli studi sui trattamenti per i disturbi da uso di sostanze ci si trovi di fronte ad un curioso gap tra i format di terapia studiati in ambito empirico e i setting maggiormente utilizzati nella prassi clinica. La maggioranza delle ricerche ad oggi presenti in letteratura riguarda principalmente studi di efficacy che misurano l'esito di una terapia sotto condizioni strettamente controllate, in un setting simile a quello di laboratorio, tramite l'uso di accorgimenti metodologici quali la distribuzione random dei pazienti, la manualizzazione dei protocolli di intervento così come la durata standard. Sono scarsamente numerosi di contro gli studi di effectiveness che misurano i risultati nelle condizioni meno controllate della pratica clinica reale quotidiana, con pazienti non selezionati ad hoc (Kendall et al., 2004; Lo Coco et al., 2008). Nel campo dell'utilità della ricerca tale differenza è cruciale poiché i risultati del primo filone di studi, molto validi internamente, rischiano di essere superflui rispetto all'utilità delle ricadute nella pratica clinica.

Partendo da queste considerazioni diversi autori si sono interrogati sul perché la terapia di gruppo non sia il più diffuso ambito di ricerca nel trattamento dell'abuso di sostanze. Morgan-Lopez et al., (2007), così come Weiss (2004) concludono che la limitata presenza di ricerche è legata non solo alla grande varietà dei modelli gruppali ma anche a una serie di difficoltà metodologiche che s'incontrano nella messa a punto di disegni di ricerca capaci di tenere conto della complessità delle variabili in esame e della loro difficile operazionalizzazione.

Morgan-Lopez & Fals-Stewart (2006a) hanno identificato quattro strategie di analisi che i ricercatori hanno comunemente usato per ovviare alle difficoltà della ricerca sulla terapia di gruppo: (a) valutare empiricamente una terapia di gruppo ma ignorare la dipendenza tra i membri e trattare i dati come se i pazienti non fossero aggregati (nested); (b) includere il gruppo nell'analisi, ma ignorare il cambiamento fra i partecipanti a seguito di nuovi inserimenti in terapia; (c)

sviluppare disegni di ricerca che guardano ai gruppi come se fossero chiusi o con fattori temporali fissi; e non in ultimo (d) evitare il problema non facendo ricerche sui gruppi.

Diversi ricercatori nell'ambito dei trattamenti per l'abuso di sostanze (NIDA, 2003) hanno cercato di superare le barriere circa l'efficacia e l'effectiveness degli studi empirici e si sono sempre più indirizzati a pensare alla complessità di analisi che caratterizza i gruppi terapeutici e ad effettuare studi ecologicamente validi con l'obiettivo di comprendere le barriere metodologiche che esistono nella ricerca e contemporaneamente sviluppare soluzioni per farvi fronte.

III.2. Ricerca e terapia di gruppo: questioni metodologiche

Una prima questione a lungo tralasciata riguarda la dipendenza dei dati all'interno dei gruppi.

Le osservazioni raccolte per un singolo paziente infatti non possono essere considerate indipendenti da quelle degli altri membri del gruppo e dal gruppo nel suo insieme. La presenza di una struttura dei dati nested implica, per tanto, la non-indipendenza dei dati stessi, ovvero il fatto che le misurazioni provenienti da insiemi di dati aggregati o longitudinalmente rilevati sullo stesso individuo, possono presentare un grado di omogeneità maggiore che misurazioni provenienti da popolazioni differenti. Nello specifico dei rolling groups, si assume che le osservazioni condotte su due soggetti compresenti nel medesimo arco di tempo abbiano una struttura autocorrelazionale, ovvero che siano fra loro più simili di quelle rilevate fra soggetti separati da un arco di tempo più ampio (Kenny & Hoyt, 2009).

L'interdipendenza riguarda sia le variabili che strutturano il normale processo terapeutico (ad esempio, i membri di un gruppo condividono uno stesso terapeuta e possono reciprocamente influenzare i propri comportamenti e il modo di fare esperienza dell'altro) sia quelle variabili specifiche di un determinato gruppo di terapia (ad esempio, frequentemente i setting di gruppo sono caratterizzati dal

cambiamento dei partecipanti nel corso del tempo a causa di drop-out, conclusioni precoci o nuovi ingressi). Gli effetti di queste trasformazioni nella composizione del gruppo hanno delle inevitabili influenze sulle risposte dei pazienti al trattamento così come sugli outcome.

Il momento dell'inserimento di un nuovo paziente, il suo rapporto con la sostanza così come la fase e le caratteristiche del gruppo all'interno del quale è inserito possono, ad esempio, avere ricadute negative in un gruppo costituito da pazienti che hanno già alle spalle un breve periodo di astinenza. Un inserimento può, infatti, generare degli effetti sfavorevoli sia sul nuovo paziente che può demoralizzarsi e mettere in moto meccanismi difensivi volti all'attacco e alla squalificazione di ciò che sta avvenendo in gruppo, che sugli altri partecipanti attivando, per esempio, fenomeni di craving. Differente è l'influenza che può avere l'inserimento di un nuovo membro in un gruppo di pazienti che sono astinenti dalla sostanza da lungo tempo e il cui desiderio di completare con successo la terapia può avere degli effetti di rinforzo (Morgan-Lopez & Fals-Stewart, 2007).

L'inserimento così come gli effetti creati dall'uscita di pazienti dal gruppo o la partecipazione intermittente creano dinamiche complesse con delle ripercussioni nella metodologia della ricerca e sulle inferenze circa l'efficacia della terapia di gruppo. A tal proposito, Baldwin et al. (2005; 2008) evidenziano come molti dei risultati emersi nelle ricerche effettuate nel corso del tempo hanno sovrastimato l'efficacia della terapia di gruppo poiché hanno trattato i pazienti come individui singoli o hanno esaminato gli individui e il gruppo come due risultati paralleli ma non interdipendenti, applicando metodologie analitiche dei modelli single-level tradizionali (es. ANOVA, analisi della varianza per misure longitudinali ripetute o rANOVA, regressioni multiple) e commettendo ciò che in statistica viene definito falso positivo o errore del I tipo.

Uno dei metodi più comunemente usati in letteratura per valutare l'interdipendenza consiste nel misurare il livello di correlazione tra i dati

provenienti da soggetti che appartengono allo stesso gruppo attraverso il calcolo di un coefficiente definito Intraclass Correlation Coefficient (ICC).

Una seconda questione riguarda la molteplicità di setting che il dispositivo gruppale consente.

Nei programmi di trattamento clinico esistono due generali tipologie di gruppo: il gruppo chiuso, in cui tutti i partecipanti incominciano la terapia nello stesso momento e il loro numero rimane costante nel corso del tempo, e i rolling groups o gruppi aperti, in cui i partecipanti possono iniziare il trattamento in differenti momenti o in specifiche fasi del gruppo (semi-aperto) o più frequentemente in qualsiasi momento durante il corso della terapia (pienamente aperti). Il gruppo chiuso ha un vantaggio nell'analisi degli outcome dettato dall'assenza di cambiamento dei membri per cui i dati sono pienamente aggregati (nested) nel corso del trattamento e presentano una struttura gerarchica, in cui cioè le unità (siano essi singoli individui o gruppi) sono fra loro raggruppate, gerarchicamente o longitudinalmente, come appunto nelle valutazioni di soggetti appartenenti al medesimo gruppo. Nella pratica clinica l'avvio di questi gruppi richiede tuttavia una lunga e complessa tempistica di reclutamento dei pazienti difficile da gestire all'interno dei Servizi.

I risultati di un'indagine condotta da Fals-Stewart et al. (2005) sulle tipologie di gruppo utilizzate nella pratica clinica evidenziano che nella maggior parte dei casi si utilizzano rolling groups. Le ragioni di tale diffusione sono riconducibili a vari motivi. Tali gruppi hanno importanti ricadute sui costi economici delle terapie poiché consentono di trattare più pazienti contemporaneamente attraverso un dispositivo terapeutico permanente in cui i frequenti drop-out e i precoci abbandoni si alternano con le nuove immissioni. Inoltre una volta avviati hanno la potenzialità di poter durare a tempo indeterminato rigenerandosi costantemente grazie ai percorsi di ingresso e di uscita.

Da un punto di vista di metodologia di analisi dei dati i rolling groups non possono essere considerati come un'unità invariata nel tempo. Risulta quindi molto problematico riferirsi ad un unico gruppo in quanto questo può variare

anche da una seduta all'altra, per cui ci si trova di fronte ad una notevole quantità di dati mancanti o di serie interrotte (definite missing data). Per tale motivo in questi gruppi i dati dei pazienti possono essere definiti come partially nested. Il problema risiede dunque nello sviluppare dei metodi di analisi che tengano conto di questi aspetti, consentendo di ottenere dei risultati utili e attendibili.

Infine, un altro elemento fondamentale è l'assunto di sfericità, ovvero l'assunto secondo cui la variabilità delle misurazioni nel corso del tempo si ipotizza uguale e le correlazioni fra coppie di rilevazioni multiple di uno stesso soggetto nel tempo sono considerate equivalenti. Secondo quanto affermato da Tasca et al. (2009), tale requisito appare frequentemente violato nel caso di disegni di ricerca longitudinali sui gruppi perché la variabilità rilevata nelle misurazioni iniziali può ridursi nel corso del tempo per effetto del trattamento e le correlazioni su coppie di misurazioni consecutive nel tempo tendono ad assumere valori più elevati. Pertanto, anche in questo caso, il rischio è quello di ricadere in errori di tipo I, ovvero falsi positivi, valutando la presenza di una differenza significativa laddove non è tale.

Nel corso di questi anni i ricercatori hanno cercato di comprendere come potere analizzare in modo appropriato e metodologicamente corretto i dati provenienti da questa tipologia di gruppi.

Un aspetto fondamentale riguarda la possibilità di tener conto del cambiamento nella composizione dei partecipanti.

Per far fronte a questa questione sono state sviluppate diverse soluzioni: un primo approccio proviene dalla ricerca genetica e consiste nel modellare i dati pesando l'ingresso e l'uscita dei partecipanti. Attraverso questo metodo i dati sono modellati tenendo conto del tempo che un soggetto rimane nel gruppo e del turnover che si verifica nel gruppo durante la sua permanenza.

Una seconda soluzione è il Latent Class Pattern Mixture Modeling, che consente di valutare i cambiamenti dei partecipanti alla terapia di gruppo nel corso delle sedute, di tenere conto delle differenze nella partecipazione al trattamento così come del momento in cui l'individuo fa il suo ingresso in terapia attraverso

l'identificazione dei pattern latenti che connettono i dati longitudinali includendo anche i dati mancanti (Lin et al., 2004; Muthen et al., 2003; Roy, 2003). Morgan-Lopez & Fals-Stewart (2007) hanno recentemente sviluppato un indice, il Group Percentage Change Index (PGCI), attraverso cui è possibile quantificare e catturare il cambiamento nella composizione del gruppo di seduta in seduta. Il valore di tale coefficiente può variare da 0% (la stessa composizione di gruppo da una seduta alla successiva) al 100% (un cambiamento totale dei partecipanti alla terapia). In diversi studi gli Autori hanno mostrato come tale indice consenta di essere utilizzato come predittore di outcome, per valutare, ad esempio, se la stabilità nella composizione del gruppo è correlata all'efficacia del trattamento. Inoltre tale misura può essere utilizzata come variabile di ponderazione nel contesto della modellizzazione lineare gerarchica (HLM) dei dati.

III.3. Modelli e strategie analitiche applicate alla ricerca sui gruppi

Uno dei più recenti modelli di analisi longitudinale dei dati è il Multilevel Models, sviluppato negli ultimi trent'anni per trattare dati con struttura di varianza complessa, ovvero fenomeni strutturati su più livelli gerarchici (livello individuale, familiare, organizzativo, territoriale, sociale, temporale etc.). I multilevels sono dei modelli che permettono di descrivere il comportamento di una popolazione tenendo conto della variabilità tra diversi soggetti (between person) e all'interno dei singoli soggetti (within person) (Pinheiro, et al., 2000, Diggle, et al., 1994, Davis, 2002).

Tali modelli sono particolarmente adatti nell'analisi dei dati longitudinali poiché separano, per mezzo degli effetti casuali, la variabilità tra soggetti dalla variabilità all'interno del soggetto. Per effettuare questa separazione vengono introdotti, oltre ai parametri classici della regressione detti 'effetti fissi', dei parametri casuali, detti 'effetti random', volti a modellizzare la struttura degli errori tenendo conto del legame intrinseco tra i dati relativi allo stesso paziente.

Ad esempio, l'utilizzo di tale modello consente di valutare quanto i valori di una variabile, quale l'alleanza, misurata nel corso del tempo siano differenti fra i diversi soggetti per effetto di un errore nella misurazione o se invece non esprimano una differente relazione che ciascun paziente ha con il proprio terapeuta.

Nell'ambito dei dati provenienti da trials di trattamenti basati sulla terapia di gruppo tale modellistica consente di valutare tre questioni fondamentali:

- (1) qual è la traiettoria o l'andamento nel cambiamento di un singolo soggetto nel corso del tempo;
- (2) quali sono le differenze nel cambiamento tra i soggetti nel corso del tempo;
- (3) spiegare o predire le differenze nel cambiamento tra i soggetti nel corso del tempo.

I Multilevel Models sono approcci analitici che si applicano a strutture di dati gerarchici o nested che vengono espressi attraverso l'applicazione di equazioni multilivello (Raudenbush & Bryk, 2002) in cui i principali parametri -l'intercetta e gli slopes- nel modello del Livello 1 (within person) diventano le variabili dipendenti nel modello del Livello 2 (between person).

Uno dei principali modelli di analisi multilivello è rappresentato dai Modelli Lineari Gerarchici (HLM). Essi rappresentano una tipologia di modello di regressione utile per quei dati che si riferiscono a differenti livelli o unità di analisi. In particolare permettono un'adeguata analisi sui gruppi poiché consentono di elaborare i dati aggregati (nested) su diversi livelli, quindi ad esempio di effettuare analisi sia a livello individuale che aggregando i soggetti in base al gruppo. Il vantaggio consiste nel poter valutare l'interazione tra i diversi livelli e nello stabilire quanto i risultati individuali dipendano dal gruppo di terapia.

Consideriamo, ad esempio, l'andamento dell'alleanza in tre cluster di pazienti che partecipano ad una stessa terapia di gruppo (i precoci drop out, quelli che hanno raggiunto una condizione drug-free e coloro che sono cambiati anche nel funzionamento psicologico). Attraverso tale modello di analisi possiamo stabilire

se la dimensione dell'alleanza varia trasversalmente in relazione alle caratteristiche degli individui o subisce un'influenza dettata dall'appartenenza ad uno dei suddetti cluster.

Un altro metodo di analisi utilizzato negli ultimi anni è stato sviluppato da Kenny et al. (2002) e rappresenta un'estensione della metodologia Actor-Partner Interdependence Model (APIM) per l'analisi dei gruppi. Tale metodo consente di differenziare la varianza dei risultati tra quella dovuta all'effetto di gruppo e quella dovuta all'effetto individuale del singolo membro, ottenuto attraverso la differenza tra i punteggi del singolo e il resto del gruppo.

Sebbene queste strategie di analisi siano molto efficaci per l'analisi longitudinale e per valutare il cambiamento dell'individuo in relazione al gruppo, tuttavia non sono idonee per una corretta analisi dei dati provenienti dai rolling groups. Trattare, difatti, i dati di una terapia di gruppo in cui i pazienti cambiano come se il gruppo fosse formato sempre dagli stessi partecipanti (effetto fisso), significa che gli individui che entrano in gruppo successivamente o che interrompono il trattamento precocemente sono considerati provenienti dalla stessa popolazione di individui che partecipano alla terapia per tutto il tempo o in modo più continuo. In sintesi, è come se si assumesse che l'effetto del trattamento sia consistente fra i diversi sottogruppi senza fare alcuna distinzione sull'efficacia del trattamento tra coloro che lo completano, i precoci drop-out o coloro che invece iniziano la terapia successivamente.

Per superare queste difficoltà, sempre Morgan-Lopez e Fals-Stewart hanno messo a punto una variazione dei Pattern Mixture Models (Hedeker & Gibbons, 1997; Muthén et al., 1987; Little, 1993) definita Latent Class Pattern Mixture Models (LCPMM). Tale modello possiede potenzialità di rilievo nell'analisi dei rolling groups perché consente di modellare i dati sia in relazione al momento di ingresso in trattamento, sia rispetto ad un numero finito di cluster latenti (ad esempio, le persone che frequentano la maggior parte delle sedute, i ritardatari, i partecipanti irregolari) consentendo così un confronto intra ed intergruppo.

Più recentemente, Tasca et al., (2010) hanno applicato allo studio dei rolling groups l'analisi dei modelli gerarchici lineari consentendo di: (1) stimare i parametri, anche quando mancano casualmente dei dati tra i soggetti (Gueorguieva & Krystal, 2004), (2) utilizzare tutti i dati disponibili senza ricorrere alla cancellazione dei singoli casi (Singer & Willett , 2003), (3) stimare i parametri degli individui (ad esempio, intercetta [baseline] e slope [cambiamento] (Raudenbush & Bryk , 2002); infine (4) modellare il tempo come covariata, cioè come variabile non fissa per ogni individuo (Singer & Willett , 2003). Attraverso tali procedure gli Autori hanno sviluppato un metodo che permette di analizzare il cambiamento tra una seduta e la successiva e valutare l'effetto delle variazioni della composizione del gruppo rispetto all'outcome dei singoli partecipanti trattando gli elementi come dati sia gerarchici che non. In altri termini i pazienti non vengono visti come un unico gruppo, ma come aggregati in una serie di gruppi in relazione ai cambiamenti nella composizione del gruppo nel corso del tempo.

CAPITOLO IV.

LA RICERCA

IV.1. Introduzione

La ricerca oggetto di questa tesi si inserisce nel filone degli studi sulla valutazione degli esiti e dei processi in psicoterapia. Essa è stata condotta su un gruppo terapeutico semi-aperto ad orientamento psicodinamico per pazienti con disturbi d'abuso di cocaina. Il processo è stato seguito dalla sua fondazione fino a 24 mesi di terapia.

Prima di entrare nel merito della ricerca e descriverne in dettaglio le fasi, sarà utile fornire una cornice di riferimento esplicativa dei presupposti fondanti il trattamento terapeutico osservato e valutato.

La terapia è condotta all'interno del Centro Clinico Cocainomani dell'ASP di Brescia, un servizio ambulatoriale specialistico dedicato alla cura di soggetti con disturbo d'abuso di cocaina che vivono una condizione sociale e lavorativa stabile. All'interno del servizio sono forniti sia interventi medici che psicologici. Gli interventi medici sono orientati al supporto farmacologico laddove è necessario, alla cura delle patologie infettive connesse al disturbo e allo screening biologico. In particolare all'interno del Centro si effettuano Drug Test frequenti nel corso di tutto il trattamento con lo scopo di aiutare il paziente a mantenere l'astinenza aumentando il suo senso di responsabilità. Gli interventi psicologici proposti sono sia di psicoterapia che di counselling (individuale e di gruppo) ed hanno lo scopo di promuovere l'interruzione dell'uso di cocaina.

Il gruppo semi-aperto oggetto di analisi della ricerca prevede una seduta della durata di 90 minuti con una cadenza settimanale. La terapia si propone come obiettivi il superamento della sintomatologia (uso di cocaina e in diversi casi alcool) e dei risvolti interpersonali ad essa connessi, la maturazione delle strutture psichiche, la comprensione e il distanziamento dall'identità sintomatica.

Il conduttore ha il compito di mantenere l'attenzione al rispetto dei confini del gruppo, facilitare la condivisione ed il rispecchiamento dei vissuti. Gli interventi sono caratterizzati da un maggiore supporto nelle fasi di avvio o al momento dell'inserimento di un nuovo membro. Dopo la fase di fondazione la conduzione è, invece, poco direttiva e volta ad agevolare il processo gruppale.

IV.2. Metodologia

Lo studio è di tipo osservazionale-naturalistico ed utilizza un disegno longitudinale a misure ripetute. I disegni per misure ripetute presentano i seguenti vantaggi:

- Permettono di ottenere informazioni sull'evoluzione di una variabile d'interesse su un singolo soggetto.
- Consentono di utilizzare campioni di dimensione inferiore a quella necessaria in un disegno sperimentale con una sola rilevazione.
- Consentono di tenere sotto controllo ed escludere dall'errore la variabilità tra i diversi soggetti.

Lo studio ha coinvolto 18 pazienti. L'età media dei partecipanti è di 37 anni (d.s. 8.17, range 24-51), solo 1 paziente è di sesso femminile. Tra i partecipanti, n.3 pazienti hanno abbandonato la terapia dopo un mese di trattamento, n.4 hanno concluso precocemente, partecipando complessivamente a 6 mesi di terapia. La media di anni di abuso dalla sostanza è, fra tutti i pazienti, di 15.44 anni (ds 7.11; range 4-32).

Per quanto riguarda il policonsumo, n.8 pazienti hanno un concomitante uso di alcool e n.6 associano all'abuso di cocaina l'uso di cannabinoidi. Al momento dell'ingresso in terapia di gruppo, la media complessiva di mesi di astinenza dalla sostanza è di 5.33 mesi (ds 6.19; range 0-24).

Il 90% (10 pazienti, 1 drop-out, 3 conclusioni precoci) non assume farmaci, mentre 16 pazienti hanno effettuato un precedente trattamento individuale.

Tabella IV.1. Caratteristiche demografiche e cliniche dei pazienti.

	Età	Sesso	Anni abuso	Policonsumo	Mesi trattamento	Mesi Astinenza	Farmaci	Ulteriori trattamenti	Mesi partecipazione al gruppo
Pazienti (n=11)	38.17 (8.13)	M=11	17.08 (7.39)	3 ^{oo} 6 ^o 1 ^{ooo} 1 ^{oooo}	18.67 (24.13)	4.17 (4.08)	10 [^] 1 ^{^^^}	9* 1** 1****	12 (5.59)
Drop-out (n=3)	31.00 (4.35)	M=3	13.33 (5.85)	1 ^o 2 ^{ooo}	24 (12)	1.33 (2.30)	3 [^]	1* 2****	1
Conclusioni precoci (n=4)	36.00 (10.10)	M=3 F=1	10.75 (5.37)	1 ^o 3 ^{ooo}	41 (54.8)	11.25 (9.28)	3 [^] 1 ^{^^}	3* 1**	6

Ulteriori Trattamenti = *Psicoterapia Individuale; **Nessuno; ***Counselling Individuale; ****Sostegno psicologico.
 Policonsumo = ^oAlcool; ^{oo}Nessuna; ^{ooo}Alcool+Cannabinoidi; ^{oooo}Alcool+Psicofarmaci. Farmaci = [^]Nessuno; ^{^^}Antidepressivo; ^{^^^}Ipnocico

IV.2.1. Obiettivi della ricerca

L'ipotesi di partenza è che la psicoterapia di gruppo ad orientamento psicodinamico consenta dei cambiamenti oltre che in relazione al problema della sostanza anche rispetto a specifiche modalità relazionali e mentali che caratterizzano la psicopatologia del cocainismo.

L'obiettivo generale è di valutare i cambiamenti nei pazienti a seguito del trattamento effettuato e analizzare il processo attraverso il monitoraggio di alcune variabili al fine di rilevare l'influenza che queste hanno sui pazienti nel corso del tempo.

Gli obiettivi specifici sono:

- (a) Formulare l'assessment sintomatologico iniziale e rilevare i cambiamenti ottenuti al termine del trattamento;
- (b) Valutare se vi sia un progressivo cambiamento nel funzionamento psicologico;
- (c) Valutare se si registra un cambiamento negli stili difensivi;
- (d) Valutare se la ritenzione in trattamento e il turnover hanno un impatto sugli esiti della terapia;
- (e) Valutare se l'alleanza si modifica nel corso del tempo e se i livelli di alleanza del gruppo influenzano i livelli di alleanza nei singoli pazienti;

(f) Valutare se la coesione verso il terapeuta e verso il gruppo si modifica nel corso del tempo e se i livelli di coesione del gruppo influenzano i livelli di coesione nei singoli pazienti;

(g) Valutare se le variabili di processo misurate influenzano l'esito.

Per il raggiungimento degli obiettivi sopra esposti e in linea con la proposta di Fonagy, et al., (2002) sulla centralità dei diversi livelli di outcome, la valutazione è stata effettuata rispetto al:

- Livello sintomatico e sintomatologico;
- Livello dei processi di funzionamento psicologico e relazionale;

Per quanto attiene alla misurazione del processo di gruppo, le variabili prese in considerazione riguardano i seguenti fattori aspecifici del setting di gruppo:

- Alleanza terapeutica;
- Coesione di gruppo.

IV.2.2. Strumenti e tempi di misurazione

Gli strumenti utilizzati sono stati selezionati sulla base della bontà delle loro proprietà psicometriche e dell'ampia diffusione nella letteratura scientifica internazionale di settore.

IV.2.3. Misure Esito

Drug Abuse Screening Test (DAST)

Il DAST (Skinner, 1982; Skinner e Goldberg 1986) è un questionario self report che indaga il comportamento di abuso del soggetto nel corso dei 12 mesi precedenti, fornendo un indice globale di gravità dell'abuso di sostanze. Lo strumento è composto da 20 item a risposta binaria (si/no) con un punteggio massimo pari a 20: il punteggio cut-off di 6 è indicativo di un problema di uso da sostanze; un punteggio superiore a 12 indica un disturbo da abuso.

Il DAST è tra gli strumenti più utilizzati nella clinica e nella ricerca internazionale sia per le sue proprietà psicometriche che per la sua utilità clinica, consentendo di individuare in modo rapido e attendibile non solo l'indice di gravità globale ma anche le aree maggiormente compromesse (relazionale, lavorativa, legale e medica) (Maisto, et al., 2000; Cocco, Carey, 1998; French, et al., 2001; Looman, Abracen, 2011).

Tempi di somministrazione. Lo strumento è stato utilizzato per valutare i pazienti con una cadenza semestrale nel corso dell'intero trattamento terapeutico.

Outcome Questionnaire-45 (OQ-45)

L'OQ-45 (Lambert, Morton et al., 2004; Lo Coco et al., 2006) è una misura self-report composta da 45 item costruita per valutare il funzionamento del paziente rispetto ai sintomi o disturbi psicologici (in particolare ansia e depressione), ai problemi interpersonali e al funzionamento nelle relazioni sociali. Lo strumento fornisce un punteggio totale basato su tutti gli item e dei punteggi inerenti le singole sottoscale: Symptom Distress (25 item; score 0-100), Interpersonal Relations (11 item; score 0-44) e Social Role (9 item; score 0-36). Lo scoring dello strumento si effettua attraverso la somma dei punteggi che vengono forniti su una scala Likert a 5 punti (0=mai, 1=raramente, 2=qualche volta, 3=frequentemente, 4=quasi sempre); il range può variare da 0 a 180 con punteggi più alti indicativi di maggiori livelli di compromissione del funzionamento psicologico.

Nella validazione italiana, lo strumento ha dimostrato di possedere adeguate e valide proprietà psicometriche, con una buona consistenza interna ($\alpha = 0.92$), e di discriminare in modo adeguato tra campioni clinici e no. Il punteggio normativo è differente rispetto al campione americano così come il punteggio di cut-off per stimare un cambiamento clinico significativo (Chiappelli et al., 2008). Il punteggio cut-off previsto dai dati normativi degli USA è di 64 per la scala complessiva, di 36 per la scala SD, di 15 e 12 rispettivamente per le scale IR e SR.

I dati italiani presentano un valore cut-off più elevato di 2 punti sia per la scala complessiva che per SD rispetto la versione originaria dello strumento.

Tempi di somministrazione. Lo strumento è stato somministrato una volta al mese per l'intera durata del processo terapeutico.

Defense Style Questionnaire (DSQ)

Il meccanismo di difesa è un costrutto di matrice psicoanalitica, definito nel DSM-IV come un processo psicologico automatico che protegge l'individuo dall'ansia e dalla percezione di stressors interni ed esterni. I meccanismi di difesa sono pertanto operazioni cognitive ed emotive involontarie che si manifestano a livello inconscio per minimizzare gli inaspettati cambiamenti dell'ambiente interno ed esterno attraverso un cambiamento delle esperienze cosce di pensieri, sentimenti ed emozioni (Bond et al., 1983).

Il DSQ è uno strumento self report di agevole somministrazione, utile a determinare il livello di maturazione o adattamento delle difese attraverso delle misure di cluster (gli stili difensivi) indicativi dello stadio di sviluppo psichico raggiunto. A partire dalla prima formulazione di Bond et al.(1983), sono state messe a punto successive versioni dello strumento e quasi tutte hanno confermato l'esistenza di quattro stili difensivi, che si sviluppano lungo un continuum di adattamento: (1) Maladaptive (caratterizzato dall'incapacità di gestire i propri impulsi); (2) Image Distorting (caratterizzato dalla scissione dell'immagine di sé e dell'altro); (3) Self-Sacrificing (riflette la necessità di percepire se stessi come generosi, disponibili ad aiutare gli altri e incapaci di provare sentimenti aggressivi); ed infine, (4) Adaptive.

L'ultima versione dello strumento, utilizzata nell'ambito di questo progetto di ricerca, risale al 1986 (Bond e Vaillant 1986), è costituita da 88 item. Di questi, 78 item valutano specificamente difese mentre i rimanenti 10 costituiscono due scale di controllo finalizzate a misurare la tendenza alla menzogna e la desiderabilità sociale.

Tempi di somministrazione. Lo strumento è stato utilizzato per valutare i pazienti con una cadenza semestrale nel corso dell'intero trattamento terapeutico.

IV.2.4. Misure Processo

California Psychotherapy Alliance Scale – Group (CALPAS-Group)

La CALPAS-Group (Gaston, Marmar, 1989) è stata elaborata per valutare l'alleanza nelle psicoterapie di gruppo. È un questionario volto alla comprensione della qualità del rapporto che s'instaura tra i partecipanti al gruppo e il conduttore. È composta da 12 item valutati attraverso una scala Likert a 7 punti. Lo strumento fornisce punteggi su quattro scale: *Capacità di lavoro del paziente*, che riflette l'abilità del paziente a lavorare attivamente ed in modo deciso nel trattamento, cioè la capacità di formare un'alleanza di lavoro col terapeuta; *Impegno verso la terapia* che riflette l'atteggiamento del paziente verso il terapeuta e la terapia ed include i suoi sentimenti di fiducia e la capacità di completare il trattamento anche se questo comporta momenti difficili e sacrifici; *Consenso sulle strategie di trattamento*, che riflette il grado di accordo, implicito o esplicito, tra il punto di vista del paziente e quello del terapeuta sul come procedere durante il trattamento; ed infine, *Livello di comprensione da parte del terapeuta* che valuta la comprensione empatica da parte del terapeuta delle ragioni sottostanti le difficoltà e le sofferenze del paziente.

Tempi di somministrazione. Lo strumento è stato somministrato una volta al mese per tutta la durata del processo terapeutico.

Group/Member/Leader Cohesion Scale (GMLCS)

Il GMLCS (Piper, Marrache, Lacroix, Richardsen, Jones, 1983) è uno strumento che valuta diversi aspetti della coesione all'interno del gruppo. In questo studio sono state utilizzate solo due forme della scala: quella che valuta la coesione rispetto al terapeuta e verso il gruppo nel suo insieme. Entrambe le scale sono dei questionari self-report composti da 9 item con una scala Likert a 6 punti.

La scala che valuta la coesione rispetto al terapeuta fornisce punteggi rispetto a tre aree: qualità positive, insoddisfazione rispetto al ruolo del terapeuta, compatibilità personale.

La scala che valuta la coesione rispetto al gruppo nel suo insieme fornisce punteggi rispetto a tre aree: effetto e stimolazione mutua, impegno verso il gruppo, impegno del gruppo.

Tempi di somministrazione. Lo strumento è stato somministrato una volta al mese per tutta la durata del processo terapeutico.

IV.2.5. Analisi dei dati

Essendo un disegno longitudinale a misure ripetute, per studiare i dati del gruppo semi-aperto si è proceduto in primo luogo alla costruzione di un data-set soggetto-tempo, anche conosciuto come univariate format. In esso ogni soggetto ha molteplici dati, uno per ogni periodo in cui è osservato.

In seguito è stata condotta un'analisi esplorativa e descrittiva, attraverso un empirical growth plot, per visualizzare come i pazienti cambiano nel corso del tempo rispetto alla variabili oggetto di studio.

Per valutare la presenza di eventuali associazioni fra le variabili si è proceduto al calcolo del coefficiente di co-graduazione Tau-b di Kendall; nello specifico, tale coefficiente è stato calcolato per valutare le associazioni fra le variabili di outcome al pre-trattamento. Per la valutazione degli outcome sono state seguite due procedure: (1) il calcolo della significatività del cambiamento e (2) della entità del cambiamento.

Per la valutazione della significatività statistica e clinica dei cambiamenti delle variabili di outcome (1) si è proceduto secondo le indicazioni fornite da Jacobson & Truax (1991) per il calcolo del Clinical Significant Change. Il cambiamento è considerato significativo se: (a) il Reliable Change Index (RCI) indica una variazione statisticamente attendibile e non casuale ($RCI > 1.96$); (b) il cutoff indica che è avvenuto un cambiamento clinicamente significativo.

Sulla base di questi parametri si ottengono i seguenti profili:

- Recovered: (a) $RCI > 1.96$; (b) soddisfa i criteri del cutoff;
- Improved: (a) $RCI > 1.96$; (b) non soddisfa i criteri del cutoff;
- Unchanged: (a) $RCI < 1.96$; (b) non soddisfa i criteri del cutoff;
- Deteriorated: (a) $RCI < -1.96$; (b) non soddisfa i criteri del cutoff.

La formula attraverso cui calcolare l'RCI prevede il rapporto fra la differenza dei punteggi pre-post trattamento e la variazione dell'errore standard dello strumento (S_E):

$$RCI = T_1 - T_2 / S_E$$

In linea con le procedure adottate in altri studi (Rasquin et al., 2009), per una valutazione longitudinale del cambiamento delle misure secondarie di outcome, si è proceduto al confronto dei punteggi delle rilevazioni a 3, 6, 9, 12, 18 e 23 mesi con le valutazioni al momento dell'avvio del gruppo.

Al fine di quantificare l'entità del cambiamento negli stili difensivi (2), è stata usata una variante della statistica d di Cohen (1988) calcolata attraverso l'indice sviluppato da Busk e Serlin (1992) per valutare la dimensione del cambiamento nelle ricerche single-case, secondo la seguente formula:

$$d_1 = \mu_{A_2} - \mu_{A_1} / S_{A_1}$$

dove A_2 e A_1 sono i due periodi di raccolta dati, μ_A è la media dei dati raccolti in un periodo, e S_A è la relativa deviazione standard.

Il cambiamento nella composizione del gruppo è stato calcolato attraverso l'indice messo a punto da Morgan-Lopez & Fals-Stewart (2007), il Percentage of Group Change Index (PGCI), che consente di valutare la variabilità nella composizione del gruppo di mese in mese attraverso la seguente formula:

$$PGCI = (1 - [a/a+b+c])(100),$$

dove a è il numero dei partecipanti rimasti gli stessi dalla precedente seduta, b rappresenta il numero dei partecipanti presenti nella seduta, ma assenti la seduta precedente ed infine, c è il numero dei membri presenti nella seduta precedente, ma assenti in quella corrente. Il valore viene espresso in percentuale e può variare da 0 (composizione del gruppo è invariata) a 100 (cambiamento totale nella composizione del gruppo).

Per la valutazione dell'effetto sugli outcome di specifiche variabili di setting (Tempo e Turnover dei partecipanti) è stato utilizzato un Modello Lineare Gerarchico.

Per la valutazione delle variabili di processo è stata condotta un'analisi attraverso i Multilevel Models (MLMs) (Raudenbush & Bryk, 2002; Singer & Willett 2003). Il modello è comunemente espresso come due equazioni di livello. Nel livello 1 i dati vengono modellati. Nel livello 2, l'intercetta e gli slopes derivati dall'equazione del 1 Livello diventano variabili dipendenti.

Poiché le rilevazioni di un gruppo semi-aperto effettuate non sono fra loro indipendenti, per modellare i dati di processo è stato seguito il metodo recentemente sviluppato da Tasca et al. (2010) che utilizza una covariata che varia nel corso del tempo, definita Adjusted-group, calcolata attraverso la seguente formula:

$$\text{Adjusted-group Variabile Processo} = ([\sum (\text{Variabile Processo}_{ij} \text{Mese}_j)] - (\text{Variabile Processo}_{ij} \text{Mese}_j)) / (n_j - 1)$$

Per cui, per valutare gli effetti dei punteggi dell'alleanza di gruppo così come della coesione verso il terapeuta e verso il gruppo sui punteggi individuali, è stato calcolato un punteggio medio della CALPAS-G di gruppo e della GMLCS per ciascun mese rispetto a ciascun paziente secondo la precedente formula (Bonito et

al., 2006; Kenny & Cook, 1999). Il calcolo di questa variabile consente così di stimare gli effetti del gruppo su un individuo da una seduta all'altra, e gli effetti dei cambiamenti delle variabili di gruppo sui cambiamenti individuali di mese in mese. Nello specifico le analisi sono state effettuate attraverso un two-level Multilevel Model in cui sono stati elaborati tre modelli separati.

Per valutare il *goodness of fit* (o bontà di adattamento) dei Modelli 1, 2 e 3 ai dati si è proceduto al calcolo e al confronto delle devianze statistiche (D) dei singoli modelli; minori punteggi di devianza statistica sono indicativi di migliore adattamento del modello ai dati. Per testare la significatività delle differenze fra le devianze statistiche (ΔD) tra due modelli nested ci si è avvalsi della distribuzione del chi-quadro, con i gradi di libertà definiti attraverso la differenza fra il numero dei parametri valutati nei due modelli.

IV.3. Risultati

IV.3.1. Risultati esito

Le co-graduazioni tra i punteggi ai differenti strumenti di esito al momento dell'avvio del trattamento ci mostrano che a più alti livelli di gravità sintomatologica e nel funzionamento psicologico corrispondono punteggi più alti nei cluster difensivi più immaturi.

In particolar modo maggiori problematiche rispetto all'uso della cocaina si associano all'utilizzo di stili difensivi maladattivi, caratterizzati dall'incapacità di gestire i propri impulsi, e di scissione dell'immagine sé-altro.

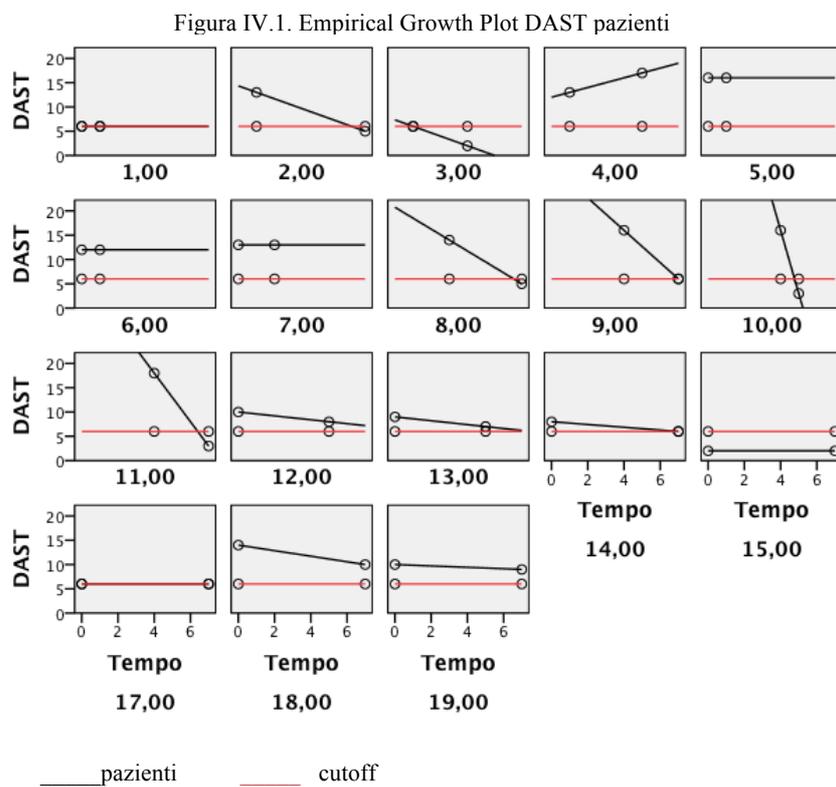
Tabella IV.2. Co-graduazioni strumenti esito dei pazienti all'avvio della terapia

Strumenti Esito	DAST	OQ-45	Maladaptive	Image-Distorting	Self-Sacrificing	Adaptive
DAST	1.00	.096	.372*	.448**	.220	-.063
OQ-45		1.00	.401*	.241	.153	.277
Maladaptive			1.00	.507**	.492**	.294
Image-Distorting				1.00	.384*	.130

Self-Sacrificing	1.00	.259
Adaptive		1.00

(a) Primo obiettivo della ricerca è stato quello di valutare se tra i pazienti in trattamento è riscontrabile un miglioramento nella condizione sintomatologica.

I dati mostrano che il punteggio medio di gravità rispetto all'utilizzo della cocaina fra i pazienti al momento del loro ingresso in trattamento è di 11.22 (SD 4.37, range da 2 a 18). Tale punteggio indica l'esistenza di un problema d'uso della sostanza. In particolar modo n.7 pazienti mostrano un problema d'uso ($\mu= 9.25$; DS= .95; range 8-10), n.1 paziente ha un punteggio inferiore al cutoff, n. 10 hanno un punteggio indicante un problema d'abuso di cocaina ($\mu=14.5$; DS=1.90; range 12-18).



A seguito della terapia in quasi tutti i pazienti è riscontrabile un miglioramento

clinico caratterizzato da un decremento progressivo nei punteggi sintomatologici (fig.IV.1.) e confermato dall'esame dei metaboliti.

I dati (tab. IV.3.) mostrano che per n.6 pazienti il cambiamento risulta clinicamente significativo e stabile nel corso del tempo, ovverossia è stata raggiunta una condizione non problematica rispetto all'uso della cocaina. Per un paziente (ID 4) invece è riscontrabile un miglioramento statisticamente significativo sia al 6° che al 12° mese di terapia, salvo poi avere una ricaduta al 18° mese caratterizzata da un deterioramento significativo della sua condizione sintomatologica. Inoltre, i tre pazienti (ID 5, ID 12, ID 13) che hanno concluso precocemente il gruppo mostrano un abbassamento dei punteggi in direzione dell'assenza di un problema nell'uso della cocaina, anche se questo non risulta statisticamente significativo. Complessivamente le analisi ci mostrano che il cambiamento nell'area sintomatologica attraverso questo tipo di trattamento tende a verificarsi intorno al 6° mese di terapia.

Tab. IV.3. Calcolo longitudinale Clinical Significant Change Drug Abuse Screening Test

*Drop out; **Conclusione precoce; Cutoff Abuso=12; Cutoff Problema=6; ^a recovered; ^b improved; ^c unchanged; ^d deteriorated

Pazienti	T ₁	T ₂	T ₃	T ₄	T ₅	T ₆	T ₇	RCI T ₁ -T ₂	RCI T ₁ -T ₃	RCI T ₁ -T ₄	RCI T ₁ -T ₅	RCI T ₁ -T ₆	RCI T ₁ -T ₇
ID 1*	6												
ID 2	13		14	14	10	5	5		.69 ^c	.69 ^c	-2.08 ^b	-5-55^a	-5.55 ^a
ID 3	6	6	2	2				0 ^c	-2.77^a	-2.77^a			
ID 4	13		3	3	17				-6.94^a	-6.94^a	2.77 ^d		
ID 5**	16	13						-2.08 ^b					
ID 6*	12												
ID 7*	13												
ID 8			14	13	9	5	5			-0.69 ^c	-3.47 ^b	-6.25^a	-6.25 ^a
ID 9				16	7	6	6				-6.25^a	-6.94 ^a	-6.94 ^a
ID 10				16	3	3	3				-9.02^a	-9.02 ^a	-9.02 ^a
ID 11				18	4	3	3				-9.72^a	-10.41 ^a	-10.41 ^a
ID 12**					10	8						-1.38 ^c	
ID 13**					9	7						-1.38 ^c	
ID 14						8	6						-1.38 ^b
ID 15						2	2						
ID 17						6	6						0 ^c
ID 18						14	10						-2.77 ^b
ID 19						10	9						-0.69 ^c

(b) il Secondo obiettivo della presente ricerca è di valutare se, tra i pazienti in trattamento, è riscontrabile un miglioramento nel funzionamento psicologico.

I dati (tab. IV.4.) mostrano che il punteggio medio di gravità rispetto al funzionamento psicologico fra i pazienti al momento del loro ingresso in trattamento è di 63.08 (SD 16.38, range da 20 a 95). In particolare n.9 pazienti mostrano un punteggio baseline al di sotto del cutoff.

A seguito della terapia in quasi tutti i pazienti che al momento dell'avvio del trattamento mostravano punteggi al di sopra del cutoff, è riscontrabile un miglioramento clinico caratterizzato da un decremento progressivo nei punteggi.

Anche in questo caso per valutare la significatività statistica di tale cambiamento si è proceduto al calcolo longitudinale del Clinical Significant Change (CSC; Jacobson Truax,1991).

I dati (tab. IV.4) mostrano che in due pazienti si riscontra una remissione completa (ID 8, ID 9). Per sei pazienti non si riscontrano cambiamenti statisticamente significativi anche se in quattro di questi è rilevabile un miglioramento (ID 2, ID 13, ID 14, ID 17). Infine, in un paziente (ID 11) si rileva un deterioramento statisticamente significativo nel funzionamento psicologico a cui si associa però, come emerso nell'analisi precedente, un miglioramento statisticamente significativo rispetto alla riduzione nell'uso della cocaina.

Tabella IV.4. Calcolo longitudinale Clinical Significant Change Outcome Questionnaire-45

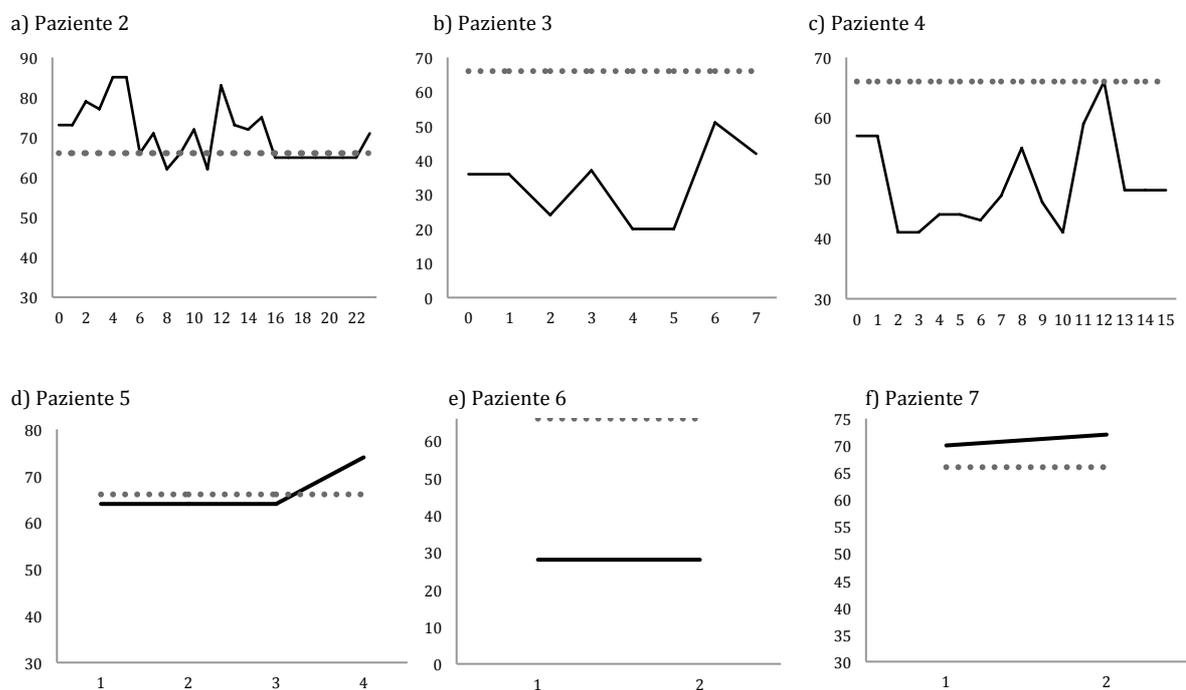
Pazienti	Pre	Post	RCI Pre-Post
ID 1*	55	55	---
ID 2	73	71	-0.24 ^c
ID 3	36	42	---
ID 4	57	48	---
ID 5**	64	74	1.24 ^d
ID 6*	28	28	---
ID 7*	70	72	0.24 ^c
ID 8	81	32	-6.10^a

ID 9	83	60	-2.86^a
ID 10	65	65	---
ID 11	58	76	2.24 ^d
ID 12**	40	47	---
ID 13**	75	67	-0.99 ^c
ID 14	76	68	-0.99 ^c
ID 15	58	41	---
ID 17	81	72	-1.12 ^c
ID 18	48	48	---
ID 19	51	50	---

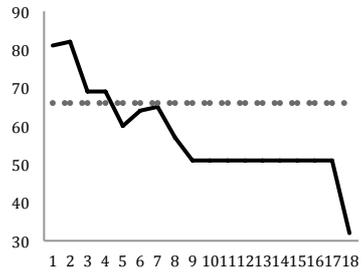
*Drop out; **Conclusione precoce; Cutoff =64; ^a recovered; ^b improved; ^c unchanged; ^d deteriorated. Il calcolo dell'RCI è stato effettuato solo per quei punteggi che risultano sopra il cut off alla baseline, o per quei punteggi che lo superano nel corso delle rilevazioni.

Come mostrato in fig. IV.2., l'analisi longitudinale delle rilevazioni mensili evidenzia come il trend di cambiamento per ogni paziente non sia lineare, ma si riscontrano degli innalzamenti o degli abbassamenti clinicamente significativi in momenti specifici per ciascun individuo.

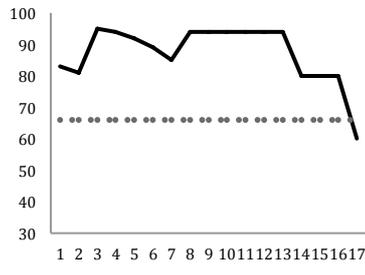
Figura IV.2. Andamento OQ-45 dei singoli pazienti



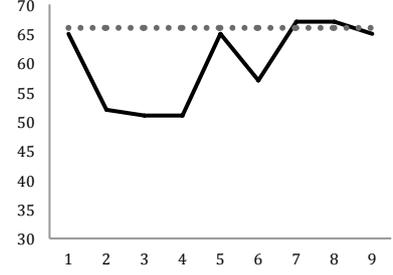
g) Paziente 8



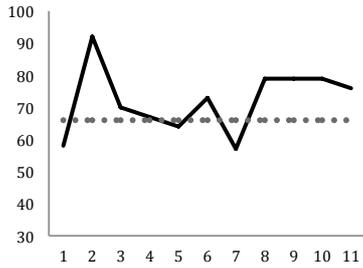
h) Paziente 9



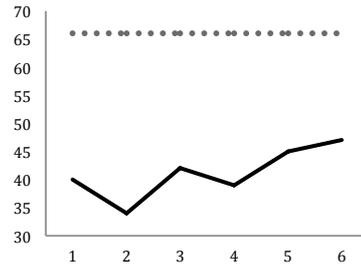
i) Paziente 10



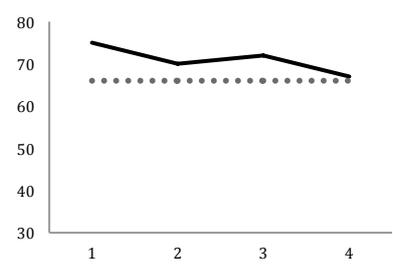
l) Paziente 11



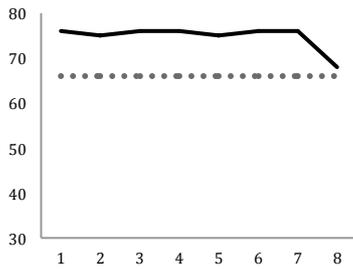
m) Paziente 12



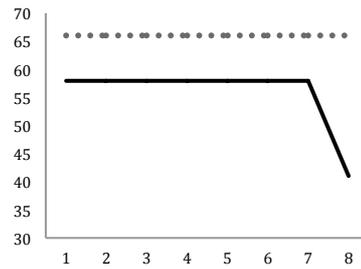
n) Paziente 13



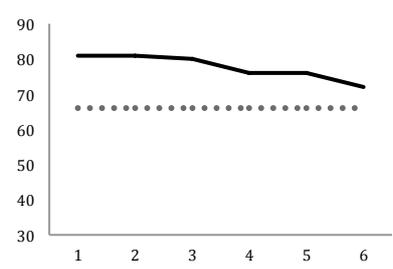
o) Paziente 14



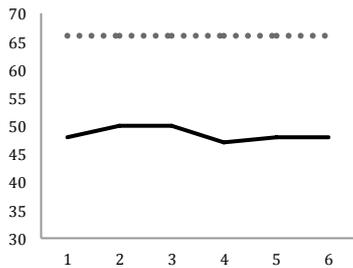
p) Paziente 15



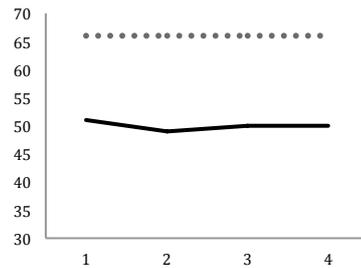
q) Paziente 17



r) Paziente 18



s) Paziente 19



——— pazienti - - - - - cutoff

(c) Terzo obiettivo del presente lavoro è quello di valutare se, tra i pazienti in trattamento, è riscontrabile un cambiamento nei meccanismi di difesa.

Complessivamente i punteggi medi tra i pazienti alle diverse scale del DSQ sono Maladaptive 4.27 (SD 1.32), Image Distorting 4.07 (SD 1.14), Self-Sacrificing 4.21 (SD 1.19) e Adaptive 5.21 (SD 1.41).

Le uniche scale in cui si riscontrano punteggi al di sopra del cut-off sono quelle riguardanti la scissione dell'immagine di sé e dell'altro (μ 3.4, sd 1.23), la Self-Sacrificing (μ 4.1 sd 1.2), indicante la necessità di percepire se stessi come generosi, disponibili ad aiutare gli altri e incapaci di provare sentimenti aggressivi, e quella delle difese adattive (μ 4.3, sd 0.6).

Tabella IV.5. Punteggi Pre-Post DSQ.

Pazienti	Scale DSQ	Pre Media (ds)	Post Media (ds)	Durata terapia
ID 1*	Maladaptive	3.30 (2.48)	---	1 mese
	Image Distorting	3.46 (2.77)	---	
	Self Sacrificing	4.25 (2.81)	---	
	Adaptive	3.42 (2.32)	---	
ID 2	Maladaptive	5.39 (2.31)	3.96 (2.63)	23 mesi
	Image Distorting	3.4 (2.18)	5 (2.80)	
	Self Sacrificing	5.12 (1.89)	4.25 (3.03)	
	Adaptive	5.85 (1.88)	5.85 (3.04)	
ID 3	Maladaptive	2.75 (2.97)	1.72 (1.75)	6 mesi
	Image Distorting	2.93 (3.06)	1.93 (1.91)	
	Self Sacrificing	4.87 (3.47)	3.75 (3.56)	
	Adaptive	5.85 (3.48)	4.42 (2.66)	
ID 4	Maladaptive	4.84 (2.56)	4.15 (2.31)	15 mesi
	Image Distorting	5.73 (2.43)	4.13 (1.66)	
	Self Sacrificing	4.12 (2.14)	4.37 (2.54)	
	Adaptive	5.57 (2.44)	5 (2)	
ID 5**	Maladaptive	4.54 (2.81)	---	2 mesi
	Image Distorting	5.26 (1.56)	---	
	Self Sacrificing	3.62 (2.49)	---	
	Adaptive	4.57 (3.45)	---	
ID 6*	Maladaptive	1.87 (1.10)	---	1 mese
	Image Distorting	1.86 (1.08)	---	
	Self Sacrificing	2 (0.86)	---	
	Adaptive	2.85 (1.55)	---	
ID 7*	Maladaptive	4.87 (3.04)	---	2 mesi
	Image Distorting	6.4 (2.02)	---	
	Self Sacrificing	3 (1.58)	---	
	Adaptive	4.85 (3.22)	---	
ID 8	Maladaptive	5.75 (2.34)	4.12 (2.63)	18 mesi
	Image Distorting	5 (2.42)	3.8 (2.45)	
	Self Sacrificing	6.62 (1.93)	3.5 (2)	

	Adaptive	5.71 (3.06)	4.71 (2.71)	
ID 9	Maladaptive	5.45 (2.94)	5.06 (1.39)	18 mesi
	Image Distorting	5.2 (2.48)	4.93 (1.61)	
	Self Sacrificing	5.12 (2.71)	5 (1.32)	
	Adaptive	6.57 (2.49)	4.42 (1.04)	
ID 10	Maladaptive	5.60 (2.67)	4.60 (2.31)	9 mesi
	Image Distorting	4.26 (2.26)	3.6 (1.89)	
	Self Sacrificing	3.5 (1.80)	3.75 (1.92)	
	Adaptive	5.14 (1.72)	4.71 (1.66)	
ID 11	Maladaptive	4.66 (2.88)	4.60 (2.47)	11 mesi
	Image Distorting	4.6 (2.02)	5.6 (2.57)	
	Self Sacrificing	3.75 (2.94)	3.75 (1.71)	
	Adaptive	5.42 (3.06)	5.14 (3.13)	
ID 12**	Maladaptive	1.96 (1.56)	---	10 mesi
	Image Distorting	2.33 (1.73)	---	
	Self Sacrificing	2.75 (2.53)	---	
	Adaptive	2.42 (0.90)	---	
ID 13**	Maladaptive	3.39 (2.15)	---	6 mesi
	Image Distorting	4.4 (1.99)	---	
	Self Sacrificing	4.12 (2.42)	---	
	Adaptive	5.85 (1.64)	---	
ID 14	Maladaptive	5.03 (1.45)	4.93 (2.0)	8 mesi
	Image Distorting	4.26 (1.23)	4.33 (1.88)	
	Self Sacrificing	4.37 (0.85)	4.12 (1.53)	
	Adaptive	4.85 (0.98)	5.28 (1.77)	
ID 15	Maladaptive	2.75 (2.16)	3.30 (2.86)	8 mesi
	Image Distorting	2.93 (2.26)	3.8 (2.28)	
	Self Sacrificing	3 (1.73)	3.5 (1.87)	
	Adaptive	3.71 (2.43)	8.85 (6.56)	
ID 17	Maladaptive	5.42 (2.69)	4.66 (2.57)	8 mesi
	Image Distorting	4.53 (2.27)	4.2 (2.07)	
	Self Sacrificing	3.5 (2.43)	4 (2.14)	
	Adaptive	6.28 (1.38)	4.42 (2.66)	
ID 18	Maladaptive	5.60 (2.47)	3.30 (3.06)	7 mesi
	Image Distorting	5.6 (2.57)	3.26 (2.76)	
	Self Sacrificing	7.25 (1.71)	4.25 (3.45)	
	Adaptive	4.14 (3.13)	4.57 (3.11)	
ID 19	Maladaptive	1.36 (1.43)	1.66 (1.74)	7 mesi
	Image Distorting	1.33 (1.24)	1.66 (1.39)	
	Self Sacrificing	1.62 (1.65)	2.25 (1.71)	
	Adaptive	2.85 (2.16)	5.25 (1.97)	

La forza del cambiamento nei meccanismi di difesa al termine del trattamento è stata calcolata attraverso il coefficiente d (Cohen, 1988; Busk e Serlin, 1992).

Per quanto riguarda lo stile difensivo Maladaptive, l'analisi dei dati indica un cambiamento significativo per gli otto pazienti (ID 2,3,4,8,10,17,18) che all'avvio del trattamento avevano un punteggio medio superiore a quello del campione

clinico normativo, con un effect size ($d=1.80$) indicante un cambiamento di grande entità.

Per quanto riguarda lo stile Image-Distorting nove pazienti (ID 2,4,8,9,10,11,14,17,18) ottengono un cambiamento di grandezza media ($d=.55$).

In sette pazienti (ID 2,3,4,8,9,14,18) emerge un cambiamento nello stile Self-Sacrificing con un grande effect size pari a $d=2.46$. Infine si osserva in tre pazienti (ID15,18,19) un miglioramento dei punteggi nello stile di difesa Adaptive $d=-1.1$.

Tabella IV.6. Interpretazione della grandezza del cambiamento.

DSQ	n	Pre M(ds)	Post M(ds)	Effect size
Maladaptive Style	8	5.39 (.30)	4.34 (.57)	1.80***
	4	2.85 (1.34)	2.82 (1.4)	-
Image-Distorting	9	4.73 (.73)	4.13 (.74)	.55**
	3	2.39 (.92)	2.46 (1.16)	-
Self-Sacrificing	7	5.35 (1.15)	4.17 (.47)	2.46***
	5	3.07 (.85)	3.45 (.69)	-
Adaptive Style	3	3.56 (.65)	6.22 (2.3)	-1.15***
	9	5.69 (.53)	4.88 (.48)	-

*0.2 piccolo effect-size, **0.5 medio effect-size, ***0.8 grande effect-size

(d) Quarto obiettivo del presente lavoro è quello di valutare se la ritenzione in trattamento e il turnover hanno un impatto sugli esiti della terapia.

Seguendo le indicazioni di Burlingame et al. (2004) sull'importanza di tenere conto delle variabili costituenti la cornice organizzativa all'interno di cui studiare il gruppo e la sua processualità, si è ritenuto utile approfondire e valutare il ruolo di quelle variabili connesse alla struttura del gruppo.

In particolare modo si è scelto di valutare se la ritenzione in trattamento (Tempo) e la stabilità del gruppo (PGCI) hanno un effetto sugli esiti di ciascun paziente mediante l'applicazione di un Modello Lineare Gerarchico.

Le analisi rilevano degli effetti del tempo sugli esiti sintomatologici e il funzionamento psicologico. Nello specifico, al DAST, il punteggio dell'intercetta è $\beta_{00}=13.57, p=.000$ e il cambiamento medio è $\beta_{10}=-1.10, p=.002$, mentre all'OQ-45 il punteggio è $\beta_{00}=63.05, p=.000$ e il cambiamento medio è $\beta_{10}=-.324, p=.002$. I risultati indicano che il tempo influenza i punteggi in queste scale, nel senso che maggiore è il tempo che si trascorre in terapia maggiormente diminuiscono i punteggi e si osserva quindi un miglioramento.

Per quanto concerne invece l'influenza che ha la composizione e la stabilità del gruppo sugli esiti, i risultati mostrano un effetto solo in relazione al DAST, ($\beta_{00}=12.61, p=.000$) con un cambiamento medio p a $\beta_{20}=.091, p=.046$, indicativi del fatto che a parità di tempo di permanenza in trattamento, la stabilità del gruppo ha un'influenza sull'esito sintomatologico, ovvero sia gli ingressi e le uscite hanno un impatto negativo rispetto all'uso della sostanza.

Tabella IV.7. Modello lineare gerarchico effetti Tempo e PGCI sulle variabili di outcome

Strumento	Modello	Parametro	Coefficiente	df	t	p
DAST	1	β_{00}	13.57	36.967	8.117	.000
	2	β_{10}	-1.10	42.524	-3.372	.002
	1	β_{00}	12.61	41.570	7.077	.000
	2	β_{10}	-1.22	43.270	-3.800	.000
	3	β_{20}	.091	35.025	2.066	.046
	OQ-45	1	β_{00}	63.05	19.023	15.499
2		β_{10}	-.324	155.632	-3.155	.002
1		β_{00}	62.31	21.260	14.961	.000
2		β_{10}	-.288	155.072	-2.541	.012
3		β_{20}	.036	149.383	.753	.452
Maladaptive		1	β_{00}	4.22	33.008	10.698
	2	β_{10}	-.052	38.183	-.905	.371
	1	β_{00}	4.34	35.023	10.399	.000
	2	β_{10}	-.053	36.804	-.934	.356
	3	β_{20}	-.006	33.259	-.898	.376
	Image Distorting	1	β_{00}	3.97	35.232	10.466
2		β_{10}	.004	39.896	.068	.946
1		β_{00}	4.18	36.725	10.500	.000
2		β_{10}	.004	38.037	.081	.936
3		β_{20}	-.013	33.625	-1.715	.095

Self Sacrificing	1	β_{00}	4.06	40.708	11.544	.000
	2	β_{10}	.013	38.211	.151	.881
	1	β_{00}	4.10	5.578	10.649	.000
	2	β_{10}	.017	37.133	.196	.845
	3	β_{20}	-.003	36.400	-.328	.745
	Adaptive	1	β_{00}	5.08	19.435	10.501
	2	β_{10}	.018	41.819	.179	.859
	1	β_{00}	5.01	19.336	9.402	.000
	2	β_{10}	.013	39.992	.132	.896
	3	β_{20}	.005	39.228	.345	.732

IV.3.2. Risultati variabili di processo

(e) Quinto obiettivo del presente lavoro è quello di valutare se l'alleanza si modifica nel corso del tempo e se i livelli di alleanza del gruppo influenzano i livelli di alleanza nei singoli pazienti.

Il numero mediano di pazienti che hanno completato la CALPAS-G nel corso di ogni mese è 7 con un range da 3 a 8. Il punteggio medio della CALPAS-G tra i pazienti nel corso del tempo è 4.99 (DS .676) (fig. IV.3.; tab.IV.8.).

Figura IV.3. Trend CALPAS-G

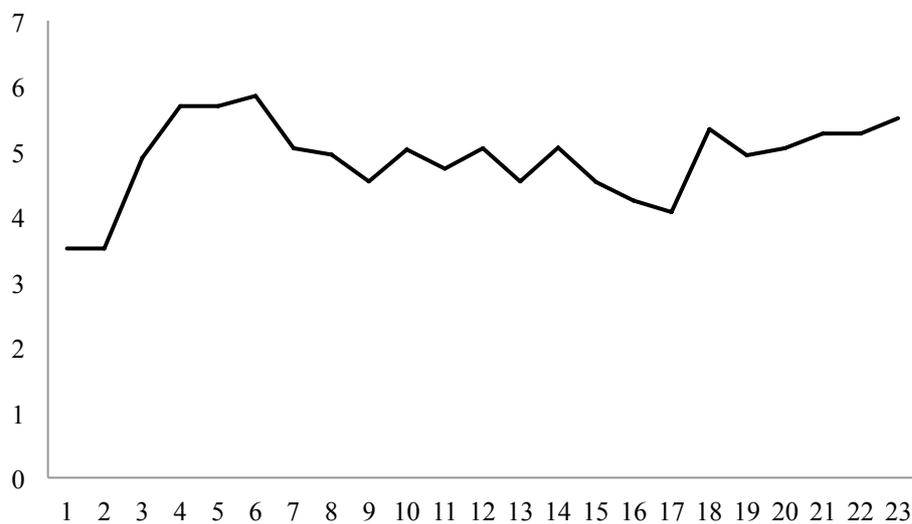
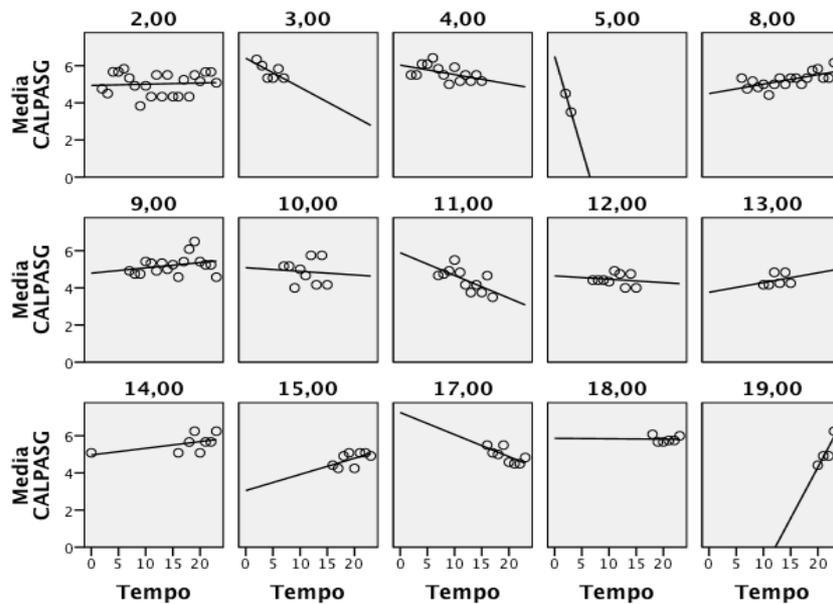


Tabella IV.8. Media CALPAS-G e partecipanti al gruppo nel tempo

Mesi di trattamento	N per mese	M
1	6,00	3,51
2	6,00	3,51
3	5,00	4,90
4	3,00	5,69
5	3,00	5,69
6	4,00	5,85
7	8,00	5,05
8	7,00	4,95
9	7,00	4,54
10	8,00	5,03
11	8,00	4,73
12	8,00	5,05
13	8,00	4,54
14	8,00	5,06
15	8,00	4,53
16	8,00	4,24
17	7,00	4,07
18	7,00	5,34
19	7,00	4,94
20	8,00	5,05
21	8,00	5,27
22	8,00	5,27
23	8,00	5,51

Come suggerito da Singer e Willett (2003), per la valutazione individuale dell'alleanza è stata effettuata un'iniziale ispezione grafica dei dati, attraverso gli scatterplots, per determinare se i dati potessero essere spiegati meglio attraverso un modello lineare o non lineare. L'analisi mostra l'esistenza di un andamento lineare dei dati.

Figura IV.4. OLS cambiamento CALPAS-G dei pazienti nel corso del tempo



Per valutare il cambiamento dell'alleanza individuale misurata nel corso dei mesi e per valutare e controllare l'effetto medio degli altri membri del gruppo su singoli punteggi di mese in mese, sono stati elaborati tre modelli separati.

Il Modello 1 è definito Unconditional Linear Model; in esso il cambiamento nei singoli punteggi dell'alleanza (CALPAS –G) è stato modellato di mese in mese. Il modello è definito incondizionato perché non sono ancora inclusi predittori diversi nel corso del tempo. Il Modello 2 consente di valutare l'effetto medio dei punteggi del gruppo ad una data variabile sui punteggi individuali a quella stessa variabile, al netto dell'influenza del tempo, aggiungendo all'equazione precedente il parametro $\pi_{2i}adjustedVARIABLE_{ij}$. Il Modello 3, infine, valuta e controlla l'effetto medio di variazione dei punteggi dell'alleanza degli altri membri del gruppo sul cambiamento dei singoli punteggi dell'alleanza nel corso del tempo.

Nel Modello 1 sono previste due equazioni che consentono di valutare il tasso di cambiamento nei punteggi di alleanza individuale, le cui formule sono:

Livello 1: $y_{ij} = \pi_{0i} + \pi_{1i} Mese_{ij} + e_{ij}$.

Livello 2: $\pi_{0i} = \beta_{00} + \mu_{0i}$

$$\pi_{1i} = \beta_{10} + \mu_{1i}$$

In questo modello y_{ij} rappresenta il punteggio individuale alla CALPAS-G misurato per il soggetto i al mese j ; π_{0i} rappresenta l'intercetta per il soggetto i al primo mese; π_{1i} rappresenta il punteggio lineare di crescita per il soggetto i nel corso dei mesi; e_{ij} è il residuo.

Come indicato in precedenza, nei Multilevel Models i parametri del Livello 1 diventano variabili dipendenti nel Livello 2. A Livello 2, osserviamo due equazioni. La prima equazione è l'intercetta between-person. Ciascun intercetta individuale (π_{0i}) è modellata come media di tutti i punteggi individuali predetti alla CALPAS-G al 1° mese (β_{00}) sommato alla deviazione dell'intercetta di ciascun individuo dalla media (μ_{0i}). La seconda equazione del Livello 2 modella l'andamento della curva within-person. Ciascuna curva individuale (π_{1i}) è funzione del tasso medio di cambiamento nei punteggi della CALPAS-G per tutti i soggetti nel corso dei mesi (β_{10}) sommato alla deviazione dell'intercetta di ciascun individuo dal tasso di cambiamento medio (μ_{1i}).

Il Modello 1 può anche essere riassunto come modello combinato:

$$y_{ij} = [\beta_{00} + \beta_{10} \text{Mese}_{ij}] + [\mu_{0i} + \mu_{1i} \text{Mese}_{ij} + e_{ij}].$$

Il punteggio individuale e di gruppo varia di mese in mese. Dall'analisi dei dati emerge che il punteggio individuale predetto alla CALPAS-G è di 4.91 (SE=0.15) e il punteggio medio di crescita è di .006 (SE= .008). Questo parametro di crescita non è significativo (p .414) ed indica che non vi è un cambiamento nei punteggi individuali della CALPAS-G di mese in mese.

Prima di procedere al calcolo del Modello 2, è stato calcolato un punteggio medio della CALPAS-G di gruppo per ciascun mese rispetto a ciascun paziente secondo le indicazioni di Tasca et al (2010), al fine di valutare gli effetti dei punteggi dell'alleanza di gruppo sui punteggi individuali, mediante la seguente formula:

$$\text{Adjusted-group CALPAS} = \left(\frac{\sum (\text{CALPAS-G}_{ij} \text{Mese}_j)}{n_j} \right) - (\text{CALPAS-G}_{ij} \text{Mese}_j) / (n_j - 1)$$

Questo valore è stato calcolato per ciascun mese e rispetto a ciascun paziente. Così che ciascun paziente ha un punteggio CALPAS-G individuale e un punteggio medio di gruppo CALPAS-G aggiustato per ciascun mese di trattamento (tab. IV.9.).

Tabella IV.9. Esempio su due pazienti del data-set soggetto tempo

ID	Mese trattamento	CALPAS-G paziente	Σ CALPAS di gruppo	Numerosità gruppo	Adjusted CALPAS gruppo
2	0	4.75	21.08	6	3.27
2	2	4.75	21.08	6	3.27
2	3	4.50	24.50	5	5.00
2	4	5.67	17.08	3	5.71
4	0	5.50	21.08	6	3.12
4	2	5.50	21.08	6	3.12
4	3	5.50	24.50	5	4.75

Il Modello 2 valuta l'effetto medio dei punteggi dell'alleanza di gruppo sui punteggi dell'alleanza individuale. L'alleanza di gruppo è stata modellata con il tempo come variabile covariata per ciascun paziente attraverso la somma del parametro π_{2i} dell'alleanza di gruppo. L'equazione è la seguente:

$$\text{Livello 1: } y_{ij} = \pi_{0i} + \pi_{1i} \text{Mese}_{ij} + \pi_{2i} \text{AlleanzaGruppo}_{ij} + e_{ij}.$$

$$\text{Livello 2: } \pi_{0i} = \beta_{00} + \mu_{0i}$$

$$\pi_{1i} = \beta_{10} + \mu_{1i}$$

$$\pi_{2i} = \beta_{20} + \mu_{2i}$$

L'analisi dei dati mostra che alti punteggi nell'alleanza di gruppo nel corso di ciascun mese sono significativamente associati con i punteggi individuali alla CALPAS-G. Così che, il punteggio individuale alla CALPAS-G cresce di $\beta_{20} .516$ (SE=.075) per ciascun aumento nei punteggi dell'alleanza di gruppo $p=.000$ (tab. IV.10).

Il Modello 3 valuta l'effetto medio di cambiamento dell'alleanza di gruppo sull'alleanza individuale nel corso del tempo. Per fare ciò è stata aggiunta nell'equazione l'interazione Alleanza Gruppo X Mese:

Livello 1: $y_{ij} = \pi_{0i} + \pi_{1i} \text{Mese}_{ij} + \pi_{2i} \text{AlleanzaGruppo}_{ij} + \pi_{3i} \text{AlleanzaGruppo}_{ij} \times \text{Mese}_{ij} + e_{ij}$.

Livello 2: $\pi_{0i} = \beta_{00} + \mu_{0i}$

$\pi_{1i} = \beta_{10} + \mu_{1i}$

$\pi_{2i} = \beta_{20} + \mu_{2i}$

$\pi_{3i} = \beta_{30} + \mu_{3i}$

dove π_{3i} rappresenta l'effetto dell'interazione tra il punteggio dell'alleanza di gruppo e il tempo sul punteggio di alleanza individuale. In altri termini il modello valuta l'effetto del cambiamento dell'alleanza nel gruppo sull'alleanza individuale nel corso dei mesi di terapia, ovvero se la trasformazione nei punteggi dell'alleanza di gruppo è associata con quella dei punteggi individuali di mese in mese.

I dati mostrano come questa relazione è statisticamente significativa, così che il punteggio individuale alla CALPAS-G cresce di $\beta_{30}.042$ (SE=.010) all'aumentare del punteggio dell'alleanza di gruppo di mese in mese $p=.000$.

Tabella IV.10. Risultati effetti fissi alleanza per i Modelli 1,2,3

Modello	Parametro	Coefficiente	df	t	p
1	β_{00}	4.82	50.080	24.455	.000
	β_{10}	.012	119.093	1.067	.288
2	β_{00}	2.42	144.638	6.220	.000
	β_{10}	.003	125.482	.348	.728
	β_{20}	.516	135.508	6.875	.000
3	β_{00}	5.09	138.934	6.793	.000
	β_{10}	-.210	137.182	-3.947	.000
	β_{20}	-.020	133.077	-.140	.889
	β_{30}	.042	134.359	4.089	.000

I risultati indicano che i punteggi dell'alleanza terapeutica di gruppo influenzano i punteggi dell'alleanza di ciascun paziente di mese in mese.

Per valutare la bontà di adattamento del modello ai dati, si è proceduto al calcolo della significatività delle differenze tra le devianze statistiche dei singoli modelli. I dati mostrano che il Modello 3 ha un indice di bontà di adattamento ai dati migliore dei due precedenti (tab.IV.11).

Tabella IV.11. Bontà di adattamento del modello

Variabile	Goodness of fit
Modello 1	
D=331.819	
Modello 2	$\Delta\chi^2(1)= 37.717 \quad p<0.05$
D= 294.102	
Modello 3	$\Delta\chi^2(1)=8.465 \quad p<0.05$
D=285.637	

Attraverso tale metodo sono stati misurati i cambiamenti individuali nei punteggi dell'alleanza nel corso del tempo mentre veniva controllato e valutato l'impatto dell'alleanza del gruppo che a sua volta si modificava nel corso del tempo in relazione ai nuovi ingressi o alle uscite.

I risultati indicano che l'alleanza di ciascun individuo non tende ad aumentare di mese in mese. In linea con la letteratura che indica che il tempo non influenza lo strutturarsi dell'alleanza, i risultati di questo studio suggeriscono che nei pazienti della ricerca il legame con il gruppo e l'accordo verso i compiti e gli obiettivi della terapia è indipendente dalla durata della terapia. (Modello 1)

Di contro il Modello 2 mostra che in una data rilevazione i punteggi di alleanza del gruppo influenzano i punteggi dell'alleanza dell'individuo. I soggetti che erano in trattamento durante una rilevazione in cui gli altri membri del gruppo riferivano elevati livelli di alleanza tendevano a riferire punteggi più elevati rispetto alla propria alleanza verso il gruppo.

Il Modello 3 risulta essere quello che meglio si adatta ai dati raccolti e ci indica che il cambiamento nel corso del tempo dei punteggi dell'alleanza del gruppo influenza il cambiamento nel tempo dei punteggi dell'alleanza individuale.

(f) Sesto obiettivo del presente lavoro è quello di valutare se la coesione verso il terapeuta e verso il gruppo si modifica nel corso del tempo e se i livelli di coesione del gruppo influenzano i livelli di coesione nei singoli pazienti.

Il numero mediano di pazienti che hanno completato la GMLCS nel corso di ogni mese è 7. Il range della coesione verso il terapeuta varia da 3 a 5 e il punteggio medio tra i pazienti nel corso del tempo è stato di 3.97 (DS.453); il range della coesione verso il gruppo varia tra 3 e 6, con un punteggio medio pari a 4.41 (DS .499).

Tabella IV.12. Media Coesione terapeuta e gruppo e partecipanti al gruppo nel tempo

Mesi di trattamento	N per mese	Coesione terapeuta	Coesione gruppo
1	6,00	3.13	3.17
2	6,00	3.83	3.85
3	5,00	3.02	3.32
4	3,00	3.7	4.51
5	3,00	3.99	4.66
6	4,00	3.93	4.77
7	8,00	3.94	4.15
8	7,00	3.74	4.56
9	7,00	3.94	4.64
10	8,00	3.94	4.71
11	8,00	3.84	4.45
12	8,00	3.91	4.44
13	8,00	3.44	4.01
14	8,00	3.42	3.87
15	8,00	3.90	4.36
16	8,00	3.37	3.87
17	7,00	3.42	3.66
18	7,00	4.10	4.50
19	7,00	3.53	3.85
20	8,00	4.27	4.41
21	8,00	4.22	4.4
22	8,00	4.06	4.53
23	8,00	4.12	4.38

Anche per l'analisi del GMLCS è stata effettuata un'iniziale ispezione grafica dei dati attraverso gli scatterplots.

Figura IV.5. OLS cambiamento Coesione Terapeuta dei pazienti nel corso del tempo

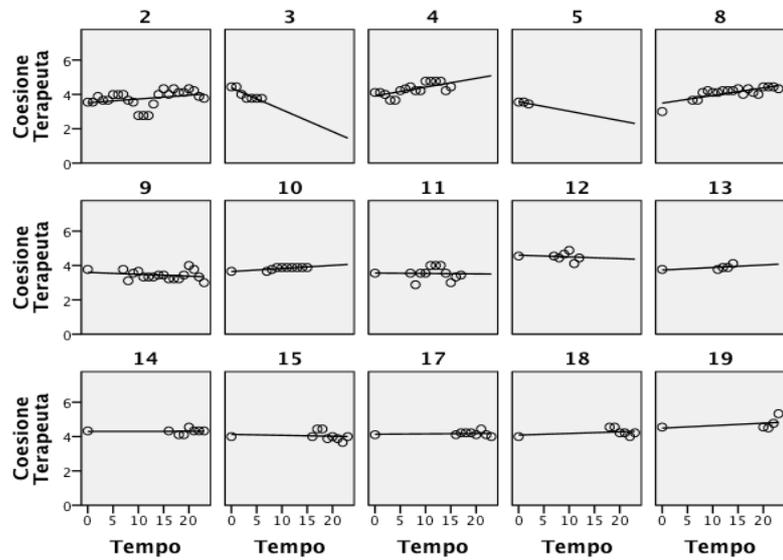
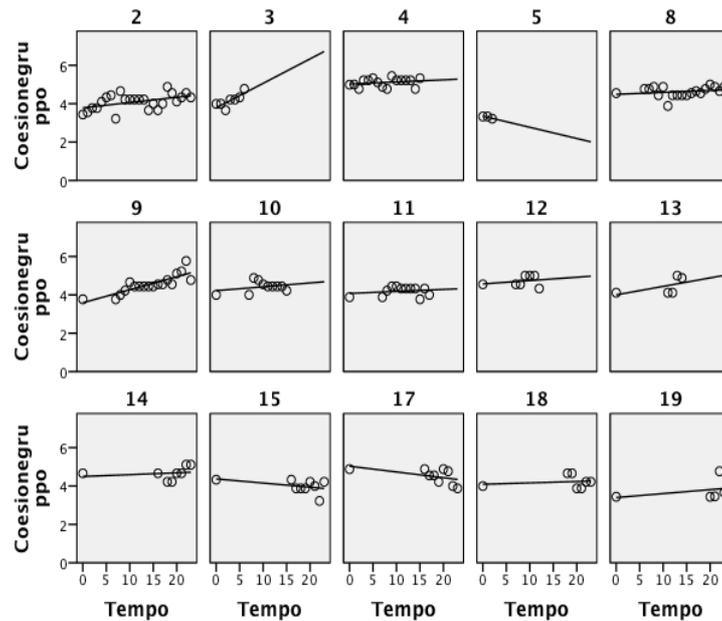


Figura IV.6. OLS cambiamento Coesione Gruppo dei pazienti nel corso del tempo



Per valutare il cambiamento della coesione verso il terapeuta e verso il gruppo misurata nel corso dei mesi e per valutare e controllare l'effetto medio del cambiamento nei livelli di coesione nel gruppo sul cambiamento dei livelli di

coesione del singolo individuo nel corso del tempo, sono stati elaborati tre modelli separati per ogni scala della coesione.

Nel Modello 1 il cambiamento dei punteggi individuali della coesione del terapeuta e del gruppo (GMLCS) è stato modellato di mese in mese. Nel Modello 2 viene introdotta la variabile di processo covariata modellata sulla base del tempo. Cioè, viene valutato e controllato l'effetto del livello dei punteggi del gruppo sul punteggio della coesione del singolo individuo. Il Modello 3 infine valuta e controlla nel corso del tempo l'effetto medio di cambiamento nei punteggi della coesione del gruppo sul cambiamento dei punteggi della coesione individuale.

Le formule dei modelli sono equivalenti a quelle sviluppate per l'analisi dell'alleanza; i risultati mostrano però un effetto del tempo esclusivamente sul cambiamento nei punteggi della coesione sia verso il terapeuta che verso il gruppo.

Come si vede in tabella IV.13. il punteggio individuale e di gruppo varia di mese in mese. Dall'analisi dei dati emerge che il punteggio individuale predetto alla Coesione verso il Terapeuta è di β_{00} 3.86 (SE=.097) e il punteggio medio di crescita è di β_{10} .014 (SE=.004); mentre rispetto alla Coesione verso il Gruppo è di β_{00} 4.07 (SE=.120) e il punteggio medio di crescita è di β_{10} .018 (SE=.004). Entrambi i parametri di crescita sono significativi, rispettivamente p .001 e p .000. Tali dati indicano che vi è un significativo cambiamento nei punteggi individuali della Coesione sia verso il terapeuta che verso il gruppo di mese in mese (tab. IV.13.).

Né il Modello 2 né il Modello 3 evidenziano risultati significativi, ovvero non risulta esservi un effetto della coesione del gruppo su quella individuale nel corso dei mesi di terapia.

Modello	Parametro	Coefficiente		df		t		p	
		Terapeuta	Gruppo	Terapeuta	Gruppo	Terapeuta	Gruppo	Terapeuta	Gruppo
1	β_{00}	3.86	4.07	24.250	20.829	39.400	33.797	.000	.000
	β_{10}	.014	.018	156.825	154.926	3.528	4.049	.001	.000
2	β_{00}	4.22	3.74	151.350	138.758	17.522	14.856	.000	.000
	β_{10}	.016	.017	152.950	152.779	3.871	3.727	.000	.000
	β_{20}	-.104	.084	149.396	148.023	-1.652	1.504	.101	.135
T ³	β_{00}	4.24	3.52	156.384	154.040	12.802	10.952	.000	.000
	β_{10}	.013	.053	150.009	146.260	.495	1.600	.621	.112
a	β_{20}	-.110	.141	152.634	149.096	-1.238	1.856	.218	.065
b	β_{30}	.000	-.008	149.179	145.514	.089	-1.098	.929	.274

ella IV.13. Risultati effetti fissi Modello Lineare Gerarchico Coesione per i Modelli 1,2,3

I risultati dei dati indicano che la coesione di ciascun individuo verso il terapeuta e verso il gruppo tende ad aumentare di mese in mese.

IV.3.3. Risultati esito-processo

Nell'ambito del nostro studio si è cercato di comprendere se l'outcome della terapia fosse influenzato dalle variabili di processo esaminate. Si è proceduto attraverso un Conditional Linear Growth Multilevel Model with one covariate per tutte le variabili di esito e di processo.

Le analisi mostrano risultati significativi esclusivamente rispetto all'influenza della coesione sul funzionamento psicologico.

L'analisi rileva che il punteggio medio dell'intercetta è $\beta_{00}=86.07$, $p=.000$ e il cambiamento medio è $\beta_{20}=-5.31$, $p=.010$. I risultati indicano quindi che a parità di tempo di permanenza in trattamento, la coesione influenza in modo significativo i punteggi dell'OQ-45, per cui all'alzarsi dei punteggi nella coesione corrisponde un abbassamento nei punteggi di gravità rispetto al funzionamento psicologico.

IV.4. Discussioni

Il presente lavoro di ricerca contribuisce ad approfondire lo studio sull'efficacia dei trattamenti per i disturbi da abuso di cocaina. In particolare questo studio rientra nell'ambito dell'Effectiveness Research ed ha riguardato la valutazione process-outcome di un gruppo semi-aperto a lungo termine ad orientamento psicodinamico.

Il lavoro è stato condotto su 18 pazienti. L'obiettivo della permanenza in trattamento, è stato portato a termine dalla quasi totalità dei partecipanti; approssimativamente un terzo di questi ha tuttavia abbandonato la terapia. Sebbene i tassi di drop out riportati in letteratura risultino abbastanza variabili, l'abbandono rappresenta un grave problema per il trattamento dell'abuso da cocaina (Agosti et al., 1991; Alterman et al., 1996; Kleinman et al., 1992). I pazienti che abbandonano le terapie vengono differenziati a seconda della durata del trattamento e della costruzione di un accordo con il terapeuta circa la conclusione della terapia (Lingiardi et al., 2005; Gunderson et al. 1989; Chiesa et al., 2000; Baruch et al., 1998). In particolare i pazienti drop out sono coloro che interrompono il trattamento di propria iniziativa, dopo poche sedute e senza che vi sia un accordo con il clinico (Lingiardi et al., 2005; Gunderson et al. 1989; Chiesa et al., 2000; Baruch et al., 1998; Holmes et al., 1983), mentre i pazienti che concludono precocemente sono coloro che partecipano per un periodo più o meno prolungato e che prima di sospendere la terapia ne discutono con il clinico o, nel caso di un gruppo terapeutico, anche con gli altri partecipanti. Nella presente ricerca si registrano tre pazienti drop out e tre conclusioni precoci. I pazienti che abbandonano la terapia presentano, al momento dell'avvio del gruppo, un periodo di astensione dalla cocaina più breve. Anche in precedenti ricerche sono emersi risultati simili circa l'influenza che la durata dell'astinenza al momento dell'avvio della terapia ha sui drop out (Ahmadi et al., 2009; Kampman et al., 2002; Reiber et al., 2002). Differentemente, i pazienti dello studio che concludono precocemente la psicoterapia hanno una più lunga storia di astinenza e mostrano

comunque una riduzione dell'uso della cocaina prima della conclusione del gruppo. Questo dato suggerisce che l'inserimento in gruppo all'inizio del periodo di astinenza dal consumo di cocaina, espone il paziente a un rischio di drop out maggiori di cui il terapeuta deve tenere conto.

IV.4.1. *Il rolling group ad orientamento psicodinamico è efficace per il trattamento della cocaina?*

Il primo obiettivo della ricerca si propone di valutare se la terapia di gruppo sia efficace per il trattamento della cocaina. La multifattorialità che caratterizza il disturbo da abuso di cocaina richiede che la sintomatologia del soggetto, pur essendo rilevante, non sia l'unica dimensione da valutare nel percorso terapeutico. La possibilità di andare oltre il sintomo manifesto e di considerare significativa l'esplorazione del funzionamento psicologico complessivo del paziente, nei termini di compromissione rispetto ai processi psicologici, ai problemi interpersonali e al funzionamento nelle relazioni sociali, consente di tenere maggiormente conto delle molteplici dimensioni che entrano in gioco nel sostenere e/o aggravare il disturbo (Di Blasi et al., 2012b).

Per tali ragioni nell'ambito di questo studio la valutazione dell'efficacia della psicoterapia di gruppo è stata condotta rispetto a tre diverse tipologie di outcome: il livello sintomatologico connesso al problema dell'assunzione della cocaina, il livello dei processi di funzionamento psicologico ed infine la valutazione di un cambiamento rispetto agli stili difensivi.

Nello specifico del livello sintomatologico i risultati sono stati valutati, in linea con le recenti indicazioni fornite da Crits-Christoph (2013), combinando uno strumento self-report di diffusa e affidabile applicazione con gli screening biologici effettuati con cadenza regolare sui partecipanti.

La valutazione sintomatologica iniziale dei pazienti evidenzia la presenza di due tipologie di problemi: alcuni soggetti mostrano un problema d'abuso, mentre altri

hanno un problema d'uso di cocaina. Dalla ricerca emerge che fra i dieci pazienti che all'avvio presentano un problema d'abuso di cocaina, la terapia di gruppo ad orientamento psicodinamico risulta efficace per sei pazienti, sia nei termini di una completa remissione del sintomo che nei termini di un miglioramento che, in assenza di una astensione dall'uso della sostanza, consiste nel raggiungimento di una condizione non problematica rispetto all'uso. Per i sette pazienti che al momento dell'ingresso in gruppo presentano un problema d'uso si osserva un decremento del punteggio di gravità rispetto al problema con la cocaina che comunque non indica un miglioramento statisticamente significativo. I dati sembrano dunque suggerire una maggiore efficacia della terapia per quei pazienti che al momento dell'avvio della psicoterapia di gruppo presentano una maggiore compromissione sintomatologica.

In particolare emerge che il trattamento risulta efficace nel raggiungimento di un cambiamento rispetto al sintomo al 6° mese di terapia. Inoltre, per più della metà dei partecipanti, questo cambiamento si mantiene stabile nel corso del tempo. Evidenze simili emergono in quegli studi che mostrano come il raggiungimento precoce e il mantenimento di una condizione drug-free permanente per tutta la durata della terapia rappresenta un robusto predittore di esiti positivi nel corso del tempo (Crits-Christoph 2013; McKay et al., 2001b; Herbeck et al., 2006; Hser et al., 2006).

Come indicato in precedenza e in linea con i suggerimenti di Knapp (2008) sulla necessità di valutare l'efficacia dei trattamenti anche rispetto ai cambiamenti di specifiche variabili psicologiche il secondo obiettivo si è proposto di valutare se la terapia di gruppo ad orientamento psicodinamico fosse efficace nell'avviare un progressivo cambiamento rispetto ad alcuni aspetti del funzionamento psicologico.

Nel presente studio all'avvio della terapia di gruppo nove pazienti mostrano una condizione di severità rispetto al grado di compromissione del funzionamento psicologico globale nei termini di disturbi psicologici, problemi interpersonali e di scarso funzionamento nelle relazioni sociali. In sette di questi pazienti al

miglioramento sintomatologico si associa un cambiamento nel funzionamento psicologico. Diversamente si osserva un peggioramento in due pazienti che al momento della baseline non presentavano una situazione di compromissione rispetto al funzionamento psicologico globale. A questo deterioramento corrisponde un miglioramento rispetto alla riduzione nell'uso della cocaina. Probabilmente per questi ultimi pazienti la sostanza ha assunto una funzione di sintomo di copertura rispetto ad un disturbo psicopatologico sottostante. Un'ipotesi esplicativa di quest'ultimo risultato potrebbe trovarsi in quelle teorie (self-medication) che connettono l'uso delle sostanze ad una modalità illusoria di autocura di stati di disagio e sofferenza, non necessariamente associati a condizioni diagnosticabili con il DSM-IV (Khantzian et al., 1990; Khantzian, 2003; Weiss et al., 1992; Mariani et al., 2013). L'uso della cocaina in tal senso potrebbe rappresentare la risposta che i due pazienti della ricerca hanno trovato nel corso della loro vita per risolvere o controllare un malessere più profondo.

Il terzo obiettivo di valutazione di esito riguarda uno degli interrogativi che accompagnano la psicoterapia dinamica a medio e lungo termine, ovvero sia essa sia efficace rispetto al miglioramento di determinate variabili sottostanti al modello teorico psicodinamico quali, ad esempio, gli stili difensivi (Lingiardi, 2006; Bond 1995). Sono complessivamente esigui in letteratura gli studi (Perry 2001; Bond & Perry, 2004; Drapeau et al., 2003) che hanno valutato l'effetto dell'intervento psicoterapico sugli stili difensivi e ancora di meno sono gli studi che hanno valutato tale cambiamento nella terapia per i disturbi da uso di sostanze. Le ricerche presenti sull'argomento hanno principalmente approfondito la relazione tra tipologia di sostanza utilizzata e uso di particolari stili difensivi (Ward et al., 1991; Comings et al., 1995; Madeddu et al., 2005; Evren & Evren, 2005). I risultati raggiunti supportano l'ipotesi che i soggetti che abusano di sostanze ricorrano in maniera consistente all'uso di difese più immature e disadattive rispetto ad altre popolazioni cliniche e a soggetti di controllo. In particolare diversi studi hanno mostrato che l'uso delle difese immature è correlato con la gravità della dipendenza (Taskent et al., 2011; Evren et al., 2012).

Anche nel presente studio nelle valutazioni effettuate al momento dell'avvio del trattamento tra i pazienti del gruppo si osserva che maggiori problematiche rispetto all'uso della cocaina si associano all'utilizzo di stili difensivi maladattivi, quali la scissione dell'immagine sé-altro e l'incapacità di gestire i propri impulsi. Sebbene l'assetto difensivo individuale tenda a rimanere stabile nel tempo, la letteratura indica che a seguito di un trattamento è possibile osservare la transizione verso modalità difensive meno disfunzionali. Ciò potrebbe riflettere l'efficacia della terapia effettuata (Bond, 1995). I risultati della presente ricerca mostrano un abbassamento nei punteggi degli stili difensivi maladattivi in otto pazienti che all'avvio del trattamento avevano un punteggio superiore a quello del campione clinico normativo, così come si osserva in tre pazienti un innalzamento nei punteggi relativi allo stile difensivo adattivo.

Nel complesso, il presente studio sembra fornire un supporto empirico a favore dell'effectiveness della terapia di gruppo psicodinamica a medio-lungo termine per il trattamento del disturbo da cocaina. Questo format terapeutico appare infatti efficace nel raggiungimento di cambiamenti nel funzionamento psicologico e relazionale e nel favorire il passaggio verso modalità difensive meno disfunzionali mostrando come il lavoro terapeutico psicodinamico possa agire su dimensioni più ampie della sola remissione sintomatica.

IV.4.2. Quali evidenze emergono circa la relazione tra le variabili di setting e gli outcome?

Fra gli obiettivi della ricerca, vi era quello di valutare se specifiche variabili di setting (la durata del trattamento e il turnover fra i membri del gruppo) avessero una influenza sugli outcome. Vi è poca conoscenza su come alcuni aspetti strutturali del setting terapeutico (per esempio, la dimensione del gruppo, l'intensità e la durata) possano influenzare l'esito della terapia di gruppo (Burlingame, Fuhriman, Johnson, 2001). Ancora minori sono le conoscenze relative all'eventuale effetto sugli outcome dell'ingresso di nuovi pazienti nel

gruppo. Esiste un'ampia letteratura clinica e teorica (Lo Coco & Lo Verso, 2006; Yalom & Leszcz, 2009) sull'importanza delle variazioni nella composizione del gruppo sia rispetto ai cambiamenti che essi generano nel processo terapeutico, sia rispetto alle ricadute che essi possono avere sugli altri partecipanti e sui nuovi pazienti inseriti in terapia. Tuttavia, sono pochi gli studi empirici che hanno finora analizzato questi aspetti.

All'interno della presente ricerca emerge che il tempo di permanenza in terapia ha un effetto positivo sul paziente sia sul piano sintomatologico, favorendo un miglioramento rispetto al rapporto con la sostanza, sia rispetto al funzionamento psicologico. In particolare più i pazienti rimangono in terapia più si osserva una diminuzione dell'uso della cocaina ed un miglioramento rispetto ai disturbi psicologici, ai problemi interpersonali e al funzionamento nelle relazioni sociali. La durata del tempo trascorso in terapia non risulta invece avere un effetto sugli stili difensivi.

Il risultato emerso in questo lavoro inerente l'influenza che la partecipazione costante e duratura nel tempo ha per il raggiungimento di migliori risultati sintomatologici appare in linea con quelle ricerche sui disturbi da abuso di cocaina che mostrano come una maggiore ritenzione in trattamento si associa a migliori esiti nel raggiungimento e mantenimento dell'astinenza (McKay & Weiss, 2001b; Siqueland et al., 2002; Simpson et al., 2002; Dutra et al. 2008).

Un secondo risultato della presente ricerca concerne l'influenza che la stabilità del gruppo, valutata in termini di turnover dei partecipanti, ha sulla sintomatologia, sul funzionamento psicologico e sugli stili difensivi.

I risultati di questo lavoro mostrano che i nuovi ingressi e le uscite dei partecipanti hanno un'influenza negativa esclusivamente sulla sintomatologia dei pazienti. In particolare emerge che ad una minore stabilità del gruppo corrisponde un peggioramento rispetto al rapporto con la sostanza. Condividendo le conclusioni di un precedente lavoro di Morgan – Lopez & Fals-Stewart (2007), questi dati sembrano porsi a sostegno di un effetto destabilizzante che il turnover dei partecipanti ha sui pazienti con problematiche connesse all'uso di sostanze,

poiché probabilmente riattiva fenomeni di craving e fantasie rispetto ad eventuali ricadute nei pazienti che rimangono all'interno del percorso terapeutico.

II.4.3. In che modo il processo di gruppo influenza il percorso e gli esiti del singolo paziente?

Un secondo obiettivo della ricerca si propone di valutare l'effetto di specifiche variabili di processo in relazione al singolo paziente e al gruppo terapeutico nel suo insieme.

Nella ricerca sulla valutazione delle psicoterapie, lo studio sulle variabili di processo rappresenta un necessario complemento alle evidenze di efficacia poiché consente di approfondire la conoscenza su come funziona l'intervento terapeutico rispetto ad alcuni fattori più o meno specifici. Uno dei motivi di maggiore complessità nell'analisi di processo dei gruppi di psicoterapia è rintracciabile nella molteplicità relazionale che si dispiega nel gruppo e nei cambiamenti che avvengono nel corso suo sviluppo, rispetto alle interazioni tra i sottosistemi del terapeuta e dei pazienti, tra paziente e paziente (coppia o sottogruppo), e del modo in cui ognuno di questi sistemi interagisce ed è influenzato dal gruppo stesso (Beck & Lewis, 2000; Lo Coco et al., 2006, 2008).

Come indicato da Morgan-Lopez & Fals-Stewart (2007), l'analisi dei dati sui rolling group rappresenta un'importante sfida per la messa a punto di metodologie più rigorose ed attendibili al fine di determinare l'efficacia e l'effectiveness dei gruppi. La strategia analitica illustrata nell'ambito della presente ricerca ha permesso di tener maggiormente in considerazione la complessità che caratterizza il gruppo terapeutico consentendo di effettuare una valutazione rispetto a tre livelli riguardanti: l'andamento della variabile di processo nei singoli pazienti nel corso del tempo; l'influenza in un data rilevazione temporale della variabile di processo misurata a livello del gruppo sulla stessa variabile nel singolo paziente; l'influenza nel corso del tempo della variabile di processo misurata a livello del gruppo sulla stessa variabile nel singolo paziente.

Per quanto attiene allo studio delle variabili di processo, la ricerca si è soffermata sull'analisi di due dimensioni della terapia di gruppo: la coesione e l'alleanza terapeutica.

Nel presente studio emerge che il tempo di permanenza in terapia ha un'influenza significativa sia sulla coesione verso il terapeuta che su quella verso il gruppo. Tale risultato supporta la recente letteratura che evidenzia come la qualità e la struttura delle relazioni all'interno di un gruppo sia in parte influenzata dalla durata della terapia (Burlingame et al., 2011). In particolare i risultati della presente ricerca indicano che all'interno della terapia la coesione, indice di una buona qualità dei legami di un gruppo, tende ad aumentare per ogni individuo di mese in mese. Questi risultati suggeriscono che i pazienti del presente studio che hanno trascorso più tempo all'interno della psicoterapia di gruppo, hanno anche potuto sperimentare un maggiore legame e un maggior sentimento di appartenenza, fiducia e sicurezza sia con il gruppo che con il terapeuta.

Per ciò che attiene ai risultati sull'alleanza, dal presente studio emerge che lo sviluppo di una buona alleanza nel singolo paziente non è influenzato dal tempo di permanenza in terapia del paziente quanto piuttosto dallo sviluppo parallelo di una buona alleanza all'interno del gruppo. La letteratura sui gruppi terapeutici (Ustica, 2002; Di Blasi et al., 2012b) indica che i dispositivi monosintomatici in cui i pazienti condividono una tipologia di disturbo, facilitano la creazione nel gruppo di un senso di appartenenza e di riconoscimento dell'esistenza di una problematica comune, sintomatica o relazionale, che consente un progressivo superamento del vissuto di negazione, isolamento ed unicità della sofferenza.

Nel presente studio, così come riscontrato in un precedente lavoro di Tasca et al., (2010), la progressiva strutturazione di una buona alleanza di gruppo facilita per il paziente la possibilità di sentirsi accettato all'interno del gruppo e di sviluppare un buon legame con gli altri pazienti; tale risultato sembra porsi a supporto di quella letteratura teorica ed empirica (Crits-Christoph et al., 2013b; Di Blasi et al., 2012b) secondo cui la costruzione di una buona alleanza all'interno di un gruppo ha una influenza sul paziente poiché gli consente di sentirsi compreso e di poter

affrontare e condividere i propri problemi favorendo così la permanenza in trattamento.

In continuità con il precedente risultato, nello studio emerge un'influenza dell'alleanza del gruppo all'interno di una data rilevazione sull'alleanza del singolo individuo nella stessa rilevazione. Nello specifico i pazienti presenti nelle rilevazioni in cui nel gruppo risultava esservi una maggiore alleanza tendevano a riportare una maggior intensità del legame e un più alto accordo con gli obiettivi della terapia.

Un ultimo obiettivo del presente lavoro è rivolto alla valutazione process-outcome. Nonostante la letteratura rilevi che l'alleanza terapeutica rappresenta una delle variabili maggiormente predittive di outcomes positivi nei trattamenti sia ambulatoriali che residenziali per i disturbi da abuso di cocaina (Hser et al., 1999; Barber et al., 2006; Crits-Christoph et al., 2013b), in questa ricerca tale variabile non risulta avere alcuna influenza né sul sintomo né sul funzionamento psicologico complessivo.

Per quanto riguarda l'influenza della coesione sull'esito della terapia, in letteratura sono presenti solo due studi (Crits-Christoph et al., 2011; Gillaspay et al., 2002) che hanno valutato tale influenza nel trattamento del disturbo da cocaina. Questi non hanno riscontrato alcun effetto di predizione della coesione né per ciò che riguarda la riduzione dei sintomi né rispetto al funzionamento interpersonale. Diversamente la letteratura empirica process-outcome sulle terapie di gruppo fornisce la prova dell'influenza della coesione sull'esito della psicoterapia in differenti popolazioni cliniche (Marziali et al., 1997; Johnson 2005, 2008, 2010; Kersting et al., 2002; Burlingame et al., 2011).

Anche nel presente studio emerge che la coesione influenza il funzionamento psicologico globale. I pazienti che nel corso della terapia sperimentano un maggiore senso di accettazione e di supporto sia da parte degli altri partecipanti che del terapeuta riportano un miglioramento consistente rispetto ai disturbi psicologici, ai problemi interpersonali e al funzionamento nelle relazioni sociali. Probabilmente il sentimento di legame che si va sviluppando nel corso della

terapia facilitata in questi pazienti una maggiore possibilità di esplorazione e espressione autentica di sé nel rapporto con gli altri.

IV.4.4. *Conclusioni, limiti e prospettive future*

Già da diversi anni, nell'ambito della pratica clinica dei trattamenti per i disturbi da uso di sostanze il ricorso agli interventi di gruppo ha notevolmente superato quello ai trattamenti individuali (NIAAA/NIDA, 2003). Dal punto di vista clinico vi è un accordo nel sostenere che il dispositivo terapeutico di gruppo è particolarmente adeguato alle caratteristiche cliniche di tali pazienti; inoltre recenti ricerche (Morgan-Lopez et al., 2006; 2007; Weiss et al., 2004) mostrano un crescente impiego di rolling groups.

Il presente studio risulta innovativo in relazione a diverse questioni.

Un primo aspetto riguarda in modo specifico gli studi di valutazione delle psicoterapie di gruppo. Nel panorama di questi studi la limitata presenza di ricerche è legata alla grande varietà dei modelli gruppali, ma anche a difficoltà metodologiche connesse alla definizione di disegni di ricerca capaci di tenere conto della complessità e difficoltà dell'operazionalizzazione delle variabili (Di Blasi & Lo Verso, 2012a).

In particolar modo le ricerche sui gruppi si sono avvalse di studi di *efficacy* ben controllati in laboratorio, ma che spesso hanno ignorato la dipendenza fra i membri del gruppo e non hanno considerato il cambiamento fra i partecipanti a seguito di nuovi inserimenti in terapia, ignorando di conseguenza l'effectiveness e limitando la validità ecologica e la generalizzabilità della ricerca ai setting che caratterizzano la pratica clinica. Baldwin et al., (2005; 2008) a tal proposito, evidenziano come molti dei risultati emersi sovrastimano l'efficacia della terapia di gruppo proprio perchè trattano i pazienti come individui singoli o esaminano gli individui e il gruppo come due risultati paralleli, ma non interdipendenti. In tale panorama il presente studio ha offerto un utile contributo metodologico e analitico per analizzare seguendo appropriate procedure i dati provenienti da un rolling

group. L'applicazione dei Multilevel Models ha, infatti, permesso di tenere conto della complessità e numerosità dei livelli di analisi implicati nella ricerca sui rolling group consentendo di distinguere fra livello gruppale e individuale e di controllare gli effetti del gruppo sul singolo paziente nel corso del tempo. In particolar modo questo metodo di analisi ha permesso di indagare l'efficacia di un dispositivo terapeutico reale superando il rischio, spesso presente in letteratura, di una sovrastima dei risultati.

Un secondo punto di forza dello studio riguarda il target valutato. Come evidenziato nel corso di questo lavoro il consumo di cocaina rappresenta oggi una emergenza crescente per i Servizi Sanitari in relazione ad un progressivo incremento di modalità problematiche o patologiche di assunzione della sostanza. Ad oggi non risulta esservi alcun trattamento farmacologico antagonista efficace per la terapia dei disturbi da abuso di cocaina, di conseguenza la psicoterapia rappresenta uno dei pochi interventi presenti per la cura di questi disturbi (Carroll, 2005; Vocci & Montoya, 2009).

L'approfondimento delle conoscenze sulle specificità cliniche che caratterizzano il disturbo da cocaina e la messa a punto di strategie terapeutiche adeguate alla complessità e all'eterogeneità di pazienti rappresenta una delle priorità della ricerca nel campo dei trattamenti per questo tipo di disturbi.

Un terzo punto di forza è rappresentato dall'aver valutato una psicoterapia psicodinamica a medio-lungo termine. La valutazione longitudinale condotta su un arco temporale di 24 mesi ha consentito di effettuare molteplici rilevazioni per il monitoraggio delle variabili di esito e di processo analizzate. Ciò ha permesso di valutare i risultati rispetto al cambiamento ottenuto dal singolo paziente, di analizzare il trend longitudinale delle variabili osservate ed infine di esaminare l'influenza che le variabili di processo hanno sugli esiti. Inoltre, a differenza della maggioranza degli studi che valutano gli outcome esclusivamente in relazione alla riduzione del sintomo, in questa ricerca sono stati valutati anche i cambiamenti nel funzionamento psicologico, relazionale e negli stili difensivi utilizzando degli indici di analisi dei dati in grado di rendere conto della significatività clinica e

statistica dei cambiamenti rilevati.

I risultati complessivi emersi dalla presente ricerca sembrano fornire un sostegno empirico all'utilizzo dei gruppi terapeutici ad orientamento psicodinamico per il trattamento di soggetti con disturbi da abuso di cocaina, indicandoli come utili ed efficaci strumenti terapeutici per la cura di questi pazienti, soprattutto per coloro che presentano una condizione sintomatologica maggiormente compromessa.

Questo studio riporta necessariamente diversi limiti:

- Un primo limite riguarda la qualità campionaria (Del Corno, 2006). La ricerca è di tipo single-case ed il numero di pazienti è esiguo se comparato con i campioni presenti nella letteratura internazionale sull'argomento, ragion per cui la generalizzazione dei dati risulta impraticabile. Inoltre l'assenza di un gruppo di controllo, con tutti i limiti che la ricerca in questo campo riconosce alla possibilità di rendere confrontabili gruppi di persone differenti (Kazdin, 1996; Del Corno, 2006), non consente di poter escludere la presenza di effetti placebo o di remissione spontanea connessi al trascorrere del tempo.

- Un secondo limite, riguarda gli strumenti utilizzati. La valutazione delle variabili di processo ha guardato solo la prospettiva del paziente e ciò può comportare dei limiti rispetto all'utilità di avere una prospettiva multipersonale dei fenomeni gruppalì. Inoltre ci si è avvalsi esclusivamente di strumenti self-report, che pur essendo ampiamente utilizzati in letteratura proprio per la loro velocità e affidabilità, inevitabilmente hanno delle limitazioni connesse all'attendibilità delle risposte fornite dai pazienti sia in una data rilevazione che nel corso del tempo. In particolare la presenza di rilevazioni ripetute nel corso del tempo può comportare dei rischi di validità statistica dovuti a fenomeni di regressione verso la media o di effetto tetto.

- Infine, la mancanza di risultati al follow up⁵ degli esiti non consente di valutare quanto il cambiamento riscontrato nella terapia si sia mantenuto nel corso del tempo.

⁵ All'interno dell'impianto di ricerca sono state previste due valutazioni di follow up rispettivamente a 12 e a 18 mesi dalla conclusione della terapia. Tuttavia data la durata triennale del Dottorato, non è stato possibile completare tali valutazioni e inserire i risultati.

Sulla base dei risultati ottenuti e dei limiti riscontrati nella presente ricerca, studi futuri sarebbero necessari al fine di:

- Effettuare una replicazione dei risultati;
- Valutare il mantenimento dei cambiamenti a medio e lungo termine;
- Prevedere una ricerca che confronti tre trattamenti attivi, due dei quali caratterizzati dal medesimo orientamento teorico;
- Utilizzare una modalità di raccolta dei dati multi-informant.

Bibliografia

Agosti, V., Nunes, E., Stewart, J. W., & Quitkin, F. M.,(1991). Patient factors related to early attrition from an outpatient cocaine research clinic: A preliminary report. *Substance Use & Misuse*, 26(3), 327-334;

Aharonovich, E., Hasin, D. S., Brooks, A. C., Liu, X., Bisaga, A., & Nunes, E. V. (2006). Cognitive deficits predict low treatment retention in cocaine dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 81, 313–322;

Aharonovich, E., Amrhein, P. C., Bisaga, A., Nunes, E. V., & Hasin, D. S. (2008). Cognition, commitment language, and behavioral change among cocaine-dependent patients. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22, 557–562;

Ahmadi, J., Kampman, K. M., Oslin, D. M., Pettinati, H. M., Dackis, C., & Sparkman, T. (2009). Predictors of treatment outcome in outpatient cocaine and alcohol dependence treatment. *The American Journal on Addictions*, 18, 81–86;

Alterman, A.I., O'Brien, C.P., McLellan, A.T., August, D.S., Snider, E.C., Droba, M., Cornish, J.W., Hall, C.P., Raphaelson, A.H., & Schrade, F.X. (1994). Effectiveness and costs of inpatient versus day hospital cocaine rehabilitation. *J Nerv Ment Dis*, 182, 157–163;

Alterman, A. I., McKay, J. R., Mulvaney, F. D., & McLellan, A. T., (1996). Prediction of attrition from day hospital treatment in lower socioeconomic cocaine-dependent men. *Drug and Alcohol Dependence*, 40(3), 227-233;

Alterman, A. I., Kampman, K., Boardman, C. R., Cacciola, J. S., Rutherford, M. J., McKay, J. R., et al. (1997). A cocaine-positive baseline urine predicts outpatient treatment attrition and failure to attain initial abstinence. *Drug and Alcohol Dependence*, 46, 79–85;

Ambre, J., Ruo, T.I., Nelson. J., Belknap, S., (1988). Urinary excretion of cocaine, benzoylecgonine, and ecgonine methyl ester in humans. *J.Anal.Toxicol.* 12(6), 301-306;

Amendt, G., (2004). *No drugs, no future. Le droghe nell'età dell'ansia sociale*. Feltrinelli Editore, Milano;

American Psychological Association, (2000). *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali – Text Revision (DSM-IV TR)*;

Baldwin, S. A., Murray, D. M., & Shadish, W. R.,(2005). Empirically supported treatments or type I errors? Problems with the analysis of data from group-administered treatments. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(5), 924-935;

Baldwin, S. A., Stice, E., & Rohde, P.,(2008). Statistical analysis of group-administered intervention data: Reanalysis of two randomized trials. *Psychotherapy Research*, 18(4), 365-376;

Barber, J., Luborsky, L., Crits-Christoph, P., Thase, M., Weiss, R., Frank, A., Onken, L., & Gallop, R., (1999). Therapeutic alliance as a predictor of outcome in treatment of cocaine dependence. *Psychotherapy Research*, 9(1), 54-73;

Barber, J. P., Luborsky, L., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Weiss, R. D., Thase, M., Connolly, M.B., Gladis, M., Foltz, C., & Siqueland, L., (2001). Therapeutic alliance as a predictor of outcome and retention in the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1), 119-124;

Barber, J. P., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Thase, M. E., Weiss, R. D., & Beth Connolly Gibbons, M., (2006). The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the National Institute Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychotherapy Research*, 16(02), 229-240;

Barry, C., Sullivan, B., & Petry, N.M. (2009). Comparable efficacy of contingency management for cocaine dependence among African- American, Hispanic and White methadone maintenance clients. *Psychol Addict Behav*, 23(1), 168-74;

Bartlett, E., Hallin, A., Chapman, B., & Angrist, B. (1997). Selective sensitization to the psychosis-induced effects of cocaine: a possible marker for addiction relapse vulnerability?. *Neuropsychopharmacology*, 16 (1), 305-315;

Baruch, G., Gerber, A., & Fearon, P., (1998). Adolescents who drop out of psychotherapy at a community-based psychotherapy centre: A preliminary investigation of the characteristics of early drop-outs, late drop-outs and those who continue treatment. *British Journal of Medical Psychology*, 71(3), 233-245;

Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F., & Lies, B.S. (1993). *Cognitive therapy for substance abuse*. Guilford Press, New York;

Beck, A. P., & Lewis, C. M. (2000). *The process of group psychotherapy: Systems for analyzing change*. American Psychological Association.

Bignamini, E., (2009). Psicopatologia nei/dei cocainismi. In Rigliano, P., & Bignamini, E., *Cocaina. Consumo, Psicopatologia, Trattamento*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 107-146;

Bond, M., Gardner, S.T., Christian, J., & Sigal, J.J., (1983). Empirical study of self-rated defense styles. *Archives of General Psychiatry*, 40, 333-338;

Bond, M. P., & Vaillant, J. S., (1986). An empirical study of the relationship between diagnosis and defense style. *Archives of General Psychiatry*, 43(3), 285-288;

Bond, M.P., (1995). The development and properties of the defense style questionnaire. Conte, H.R. & Plutchik, R., (Eds), *Ego Defenses: Theory and Measurement*, John Wiley & Sons, New York, NY;

Bond, M., & Perry, J. C., (2004). Long-term changes in defense styles with psychodynamic

psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 161(9), 1665-1671;

Bonito, J. A., DeCamp, M. H., Coffman, M., & Fleming, S., (2006). Participation, information, and control in small groups: An actor-partner interdependence model. *Group Dynamics*, 10, 16–28;

Brady, K.T., Lydiard, R.B., Malcolm, R., & Ballenger, J.C. (1991). Cocaine induced psychosis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 509-512;

Brady, K.T., Sonne, S., Randall, C.L., Adinoff, B., & Malcom, R., (1995). Features of cocaine dependence with concurrent alcohol abuse. *Drug and Alcohol Dependence*, 39(1), 69-71;

Braglia, D., Gerra, G., Mezzelani, P., Quaglio, G.L., Timpano, M., Zaimovic, A., (2002). Cocaina: farmacocinetica, abuso, dipendenza, detossificazione e trattamento. In Nizzoli, U., Pissacroia, M., (a cura di), *Trattamento completo degli abusi e delle dipendenze*, Piccin Editore, 46-58;

Brook D.W., & Spitz H.I., (2002). *The group therapy of substance abuse*. Harwoth Medical Press, New York;

Burlingame, G. M., Fuhriman, A., & Johnson, J. E.,(2001). Cohesion in group psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 373-379;

Burlingame, G. M., Fuhriman, A., & Mosier, J., (2003). The differential effectiveness of group psychotherapy: a meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, research and practice*, 7, 3-12;

Burlingame, G.M., MacKenzie, R., Strauss, B., (2004). Small group treatment: Evidence for effectiveness and mechanisms of change. In Lambert M. (a cura di), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, 5a ed. Wiley& Sons New York, 647-696;

Burlingame, G. M., McClendon, D. T., & Alonso, J.,(2011). Cohesion in group therapy. *Psychotherapy*, 48(1), 34-42;

Busk, P. L., & Serlin, R. C. (1992). Meta-analysis for single-case research. Kratochwill, T.R., & Levin, J.R. (Eds.), *Single-case research design and analysis: New directions for psychology and education*. 187-212;

Byrne, S.A., Cherniack, M.J., & Petry, N.M., (2013). Antisocial personality disorder is associated with receipt of physical disability benefits in substance abuse treatment patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 132 (1), 373-377;

Carroll, K.M., Power, M.E., Bryant, K., & Rounsaville, B. J. (1993). One-year follow-up status of treatment-seeking cocaine abusers. Psychopathology and dependence severity as predictors of outcome. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 71–79;

Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., Nich, C., & Gordon, L. T., (1994). One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: delayed emergence of psychotherapy effects. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 177-187;

Carroll, K. M., Nich, C., & Rounsaville, B. J.,(1997). Contribution of the therapeutic alliance to outcome in active versus control psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65*(3), 510-514;

Carroll, K.M., Nich, C., Ball, S.A., McCance, E., & Rounsaville, B.J. (1998). Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. *Drug Alcohol Depend*, *93*, 713-728;

Carroll, K.M., Fenton, L.R., Ball, S.A., Nich, C., Frankforter, T.L., Shi, J., & Rounsaville, B.J. (2004) Efficacy of disulfiram and cognitive behavioral therapy in cocaine-dependent outpatients: a randomized placebo-controlled trials. *Arch Gen Psychiatry*, *61*, 264-272;

Carroll, K.M., (2005a). Behavioral Therapies for drug abuse. *American Journal of Psychiatry*, *162*,1452-1460;

Carroll, K.M., Nich, C., & Ball, S.A., (2005b). Practice makes progress? Homework assignments and outcome in treatment of cocaine dependence. *J Consult Clin Psychol*, *73*, 749-755;

Carroll, K.M, & Rawson R.A., (2005c). Relapse prevention for stimulant dependence. Marlatt, A.G., Donovan, D.M. *Relapse Prevention.Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford Press, New York, 130-150;

Cerullo, M.A., & Strakowski, S.M., (2007). The prevalence and significance of substance use disorders in bipolar type I and II disorder. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, *2*(29), 1-9;

Chiappelli, M., Lo Coco, G., Gullo, S., Bensi, L., & Prestano, C., (2008). L'Outcome Questionnaire 45.2. Adattamento italiano di uno strumento per la valutazione dei trattamenti psicologici. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*, *17*(2), 152-161;

Chiesa, M., Drahorad, C., & Longo, S., (2000). Early termination of treatment in personality disorder treated in a psychotherapy hospital Quantitative and qualitative study. *The British Journal of Psychiatry*, *177*(2), 107-111;

Cocco, K. M., & Carey, K. B.,(1998). Psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test in psychiatric outpatients. *Psychological Assessment*, *10*(4), 408-414;

Cohen, J.,(1988). The effect size index: f. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 284-288;

Comings, D. E., MacMurray, J., Johnson, P., Dietz, G., & Muhleman, D., (1995). Dopamine D2 receptor gene (DRD2) haplotypes and the defense style questionnaire in substance abuse, Tourette syndrome, and controls. *Biological psychiatry*, *37*(11), 798-805;

Coviello, D.M., Alterman, A.I., Rutherford, M.L., Cacciola, J.S., McKay, J.R., & Zanis, D.A., (2001). The effectiveness of two intensities of psychosocial treatment for cocaine dependence. *Drug Alcohol Depend*, 62, 145–154;

Craig, R.J., (2000). Prevalence of personality disorders among cocaine and heroin addicts. *Substance Abuse*, 21 (2), 87-94;

Crits-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J., Frank, A., Luborsky, L., Onken L.S., Muenz, L.R., Thase, M.E., Weiss, R.D., Gastfriend, D.R., Woody, G.E., Barber, J.P., Butler, S.F., Daley, D., Salloum, I., Bishop, S., Najavits, L.M., Lis, J., Mercer, D., Griffin, M.L., Moras, K., & Beck, A.T. (1999). Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute for Drug Abuse collaborative cocaine treatment study. *Arch.Gen. Psychiatry*, 56, 493-502;

Crits-Christoph, P., Gibbons, M.B.C., Barber, J.P., Gallop, R., Beck, A.T., Mercer, D., Tu, X., Thase, M.E., Weiss, R.D., & Frank, A.,(2003). Mediators of outcome of psychosocial treatments for cocaine dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 918-925;

Crits-Christoph, P., Beth Connolly Gibbons, M., Barber, J. P., Hu, B., Hearon, B., Worley, M., & Gallop, R.,(2007). Predictors of sustained abstinence during psychosocial treatments for cocaine dependence. *Psychotherapy Research*, 17(2), 240-252;

Crits-Christoph, P., Johnson, J., Gallop, R., Gibbons, M. B. C., Ring-Kurtz, S., Hamilton, J. L., & Tu, X.,(2011). A generalizability theory analysis of group process ratings in the treatment of cocaine dependence. *Psychotherapy Research*, 21(3), 252-266;

Crits-Christoph, P., Gallop, R., Gibbons, M. B. C., Sadicario, J. S., & Woody, G. (2013). Measuring Outcome in the Treatment of Cocaine Dependence. *J Alcoholism Drug Depend*, 1(108), 1-8;

Crits-Christoph, P., Johnson, J. E., Connolly Gibbons, M. B., & Gallop, R. (2013b). Process predictors of the outcome of group drug counseling. *Journal of consulting and clinical psychology*, 81(1), 23-34;

Cunningham, S.C., Corrigan, S.A., Malow, R.M., & Smason, I.H., (1993). Psychopathology in inpatients dependent on cocaine or alcohol and cocaine. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7(4), 246-250;

Dare, P.A.S., Derigne, L.,(2010). Denial in alcohol and other drug use disorders: A critique of theory. *Addiction Research and Theory*, 18(2), 181-193;

Davis, C. S. (2002). *Statistical methods for the analysis of repeated measurements*. Springer, New York;

Degenhardt, L., Day., C., Hall, W., Conroy, E., & Gilmour, S., (2005). Was an increase in cocaine use among injecting drug users in New South Wales, Australia, accompanied by an increase in violent crime? *BMC Public Health*, 5(40), 1-10;

Del Corno F., (2006). Come leggere e capire un articolo di ricerca in psicoterapia. In: Dazzi N., Lingiardi V., Colli A., *La ricerca in psicoterapia*. Raffaello Cortina, Milano, pp. 65-90;

Dennis, M. L., Scott, C. K., Funk, R., & Foss, M. A. (2005). The duration and correlates of addiction and treatment careers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, S51-62;

DeRubeis, R.J., Crits-Cristoph, P., (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *J Consul Clin Psychol*, 66, 37-52;

Di Blasi, M., & Lo Verso, G.,(2012a). Psicoterapia di gruppo ad orientamento psicodinamico: elaborazione teorica e ricerca empirica. *Narrare i Gruppi*, 7(2), 101-113;

Di Blasi, M., Pavia, L., Tosto, C., & Cavani, P., (2012b). Al di là del sintomo. Il gruppo psicodinamico nelle dipendenze. *Narrare i gruppi*, 7(1), 25-35;

Drapeau, M., De Roten, Y., Perry, J. C., & Despland, J. N., (2003). A study of stability and change in defense mechanisms during a brief psychodynamic investigation. *The Journal of nervous and mental disease*, 191(8), 496-502;

Dutra, L., Stathopoulou, G., Basden, S.L., Leyro, T.M., Powers, M.B., & Otto, M.W., (2008). A meta-analytic review of psychosocial interventions for substance use disorders. *Am.Journal Psychiatry*, 165, 179-187;

Ehrenberg A., (1999). *La fatica di essere sé stessi. Depressione e società*. Piccola Biblioteca Einaudi

Epstein, D.H., Hawkins, W.E., Covi, L., Umbricht, A., & Preston, K.L., (2003). Cognitive-behavioral therapy plus contingency management for cocaine use: findings during treatment and across 12-month follow-up. *Psychol Addict Behav*, 17, 73-82;

Evren, C., & Evren, B., (2005). Self-mutilation in substance-dependent patients and relationship with childhood abuse and neglect, alexithymia and temperament and character dimensions of personality. *Drug and Alcohol Dependence*, 80(1), 15-22;

Evren, C., Cagil, D., Ulku, M., Ozcetinkaya, S., Gokalp, P., Cetin, T., & Yigiter, S.,(2012). Relationship between defense styles, alexithymia, and personality in alcohol-dependent inpatients. *Comprehensive psychiatry*, 53(6), 860-867;

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2012). Annual Report on the state of the drugs problem in Europe. www.emcdda.europa.eu, ISBN/ISSN: 1609-6150;

Fals-Stewart, W., O'Farrell, T. J., Birchler, G. R., Córdova, J., & Kelley, M. L.,(2005). Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse: Where we've been, where we are, and where we're going. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(3), 229-246;

Flannery, B.A., Morgenstern, J., McKay, J., Wechsberg, W.M.,& Litten, R.Z.,(2004). Co-Occurring Alcohol and Cocaine Dependence: Recent Findings From Clinical and Field Studies. *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 28(6), 976-981;

- Fehr, S. S. (2003). *Introduction to group therapy: A practical guide*. Haworth Press New York;
- Flores, P.J., (1997). *Group Psychotherapy with addicted populations: an integration of twelve step and psychoanalytic theory*. Harwoth Press New York;
- Flores, P.J., & Georgi, J.M., (2005). *Substance abuse treatment group therapy. Treatment Improvement Protocol TIP*. 41 DHHS Publication;
- Floyd, A.G., Boutros, N.N., Struve, F.A., Wolf, E., & Oliwa, G.M., (2006). Risk factors for experiencing psychosis during cocaine use: a preliminary report. *J.Psychiatr.Research*, 40 (2), 178-182;
- Fonagy, P., Jones, E. E., Kachele, H., Clarkin, J. F., Krause, R., Perron, R., Gerberm A.J., & Allison, L. (2002). An open door review of the outcome of psychoanalysis. *London: International Psychoanalytic Association*;
- Fox, H.C., Hong, K.I.A., Siedlarz, K., & Sinha, R., (2008). Enhanced Sensitivity to Stress and Drug/Alcohol Craving in Abstinent Cocaine-Dependent Individuals Compared to Social Drinkers. *Neuropsychopharmacology*, 33, 796–805;
- French, M. T., Roebuck, M. C., McGeary, K. A., Chitwood, D. D., & McCoy, C. B.,(2001). Using the drug abuse screening test (DAST-10) to analyze health services utilization and cost for substance users in a community-based setting. *Substance use & misuse*, 36(6-7), 927-943;
- Gallop, R. J., Crits-Christoph, P., Ten Have, T. R., Barber, J. P., Frank, A., Griffin, M. G., & Thase M.E., (2007). Differential transitions between cocaine use and abstinence for men and women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 95–103;
- Garcia-Rodriguez, O., Secades-Villa, R., Higgins, S.T., Fernandez-Hermida, J.R., Carballo, J.L., Errasti Perez, J.M., Al-halabi Diaz, S. (2009). Effects of voucher-based intervention on abstinence and retention in an outpatient treatment for cocaine addiction: a randomized controlled trial. *Exp Clin Psychopharmacol*, 17(3), 131-138;
- Gaston, L., & Marmar, C., (1994). The California psychotherapy alliance scales. *The working alliance: Theory, research and practice*, 85-108;
- Gawin, F.H., Kleber, H.D., (1988). Evolving conceptualizations of cocaine dependence. *Yale J. Biol.Med.*, 61(2), 123-136;
- Gerstley, L., McLellan, A. T., Alterman, A. I., & Woody, G. E., (1989). Ability to form an alliance with the therapist: A possible marker of prognosis for patients with antisocial personality disorder. *The American journal of psychiatry*, 146(4), 508-512;
- Ghitza, U.E., Epstein, D.H., Schmittner, J., Vahabzadeh, M., Lin, J.L., Preston, K. L., (2007). Randomized trial of prize-based reinforcement density for simultaneous abstinence from cocaine and heroin. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(5), 765-774;
- Gillaspy, J. A., Wright, A. R., Campbell, C., Stokes, S., & Adinoff, B.,(2002). Group alliance and

cohesion as predictors of drug and alcohol abuse treatment outcomes. *Psychotherapy Research*, 12(2), 213-229;

Goldstein, H., Healy, M. J., & Rasbash, J.,(1994). Multilevel time series models with applications to repeated measures data. *Statistics in medicine*, 13(16), 1643-1655;

Gossop, M., Manning, V., & Ridge, G., (2006). Concurrent use of alcohol and cocaine: differences in patterns of use and problems among users of crack cocaine and cocaine powder. *Alcohol and Alcoholism*,41(2), 121-125;

Graham, K., Annis, H.M., Brett, P.J., Venesoen, P., (1996). A controlled field trial of group vs. individual cognitive-behavioural training for relapse prevention. *Addiction*, 91, 1127–1139;

Grant, S., London, E., Newlin, D., Villemagne V.L., Liu, X., Controreggi, C., Phillips, R.L., Kimes, A.S. & Margolin, A., (1996). Activation of memory circuits during cue-elicited cocaine craving. *Proc Natl Acad Sci*, 93(21), 12040-12045;

Gueorguieva, R., & Krystal, J. H.,(2004). Move over ANOVA: progress in analyzing repeated-measures data and its reflection in papers published in the Archives of General Psychiatry. *Archives of general psychiatry*, 61(3), 310-317;

Gunderson, J. G., Prank, A. F., Ronningstam, E. F., Wachter, S., Lynch, V. J., & Wolf, P. J., (1989). Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *The Journal of nervous and mental disease*, 177(1), 38-42;

Hall, S. M., Havassy, B. E., & Wasserman, D. A., (1991). Effects of commitment to abstinence, positive moods, stress, and coping on relapse to cocaine use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 526–532;

Havassy, B. E., Wasserman, D. A., & Hall, S. M., (1995). Social relationships and abstinence from cocaine in an American treatment sample. *Addiction*, 90, 699–710;

Hedeker, D., & Gibbons, R. D., (1997). Application of random-effects pattern-mixture models for missing data in longitudinal studies. *Psychological Methods*, 2(1), 64-78;

Heil, S.H., Badger, G.J., & Higgins, S.T., (2001). Alcohol Dependence among Cocaine-Dependent Outpatients: Demographics, Drug Use, Treatment Outcome and Other Characteristics. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 62(1), 14-22;

Herbeck, D. M., Hser, Y. I., Lu, A. T. H., Stark, M. E., & Paredes, A., (2006). A 12-year follow up study of psychiatric symptomatology among cocaine-dependent men. *Addictive Behaviors*, 31, 12974–12987;

Herrero, M.J., Domingo-Salvany, A., Torrens, M., & Brugal, M.T., (2008). ITINERE investigators. Psychiatric comorbidity in young cocaine users: induced versus independent disorders. *Addiction*, 103 (2), 284-293;

Higgins, S. T., Delaney, D. D., Budney, A. J., Bickel, W. K., Hughes, J. R., Foerg, F., & Fenwick,

J. W., (1991). A behavioral approach to achieving initial cocaine abstinence. *Am J Psychiatry*, 148(9), 1218-1224;

Higgins, S.T., Budney, A.J., Bickel, W.K., Hughes, J.R., Foerg, F., & Badger, G., (1993). Achieving cocaine dependence with a behavioral approach. *Am J Psychiatry*, 150(5), 763-766;

Higgins, S.T., Budney, A.J., Bickel, W.K., Foerg, F.E., & Donham R., (1994). Incentives Improve Outcome in Outpatient Behavioral Treatment of Cocaine Dependence. *Arch Gen Psychiatry*, 51(7), 568-576;

Higgins, S. T., Budney, A. J., Bickel, W. K., Badger, G. J., Foerg, F. E., & Ogden, D., (1995). Outpatient behavioral treatment for cocaine dependence: One-year outcome. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 3, 205–212;

Higgins, S.T., Wong, C.J., Badger, D.E., Ogden, D.E.H., Dantona, R.L., (2000a). Contingent reinforcement increases cocaine abstinence during outpatient treatment and 1 year of follow-up. *J Consult Clin Psychol* , 68(1), 64-72;

Higgins, S.T., Badger, G.J., & Budney, A.J., (2000b). Initial abstinence in achieving longer term cocaine abstinence. *Exp Clin Psychopharmacol*, 8(3), 377-386;

Higgins, S.T., Heil, S.H., Dantona, R., Donham, R., Matthews, M., & Badger, G.J., (2006). Effects of varying the monetary value of voucher-based incentives on abstinence achieved during and following treatment among cocaine-dependent outpatients. *Addiction*, 102, 271–81;

Holmes, P.,(1983). Dropping out from an adolescent therapeutic group: a study of factors in the patients and their parents which may influence this process. *Journal of Adolescence* 6(4), 333-46.

Howard, A.A., Klein, R.S., Shoenbaum, E.E., & Gourevitch, M.N.,(2002). Crack Cocaine Use and Other Risk Factors for Tuberculin Positivity in Drug Users. *Clinical Infectious Diseases*, 35(10), 1183-1190;

Hser, Y. I., Joshi, V., Anglin, M. D., & Fletcher, B., (1999). Predicting posttreatment cocaine abstinence for first-time admissions and treatment repeaters. *American Journal of Public Health*, 89, 666–671;

Hser, Y. I., Stark, M. E., Paredes, A., Huang, D., Anglin, M. D., & Rawson, R., (2006). A 12-year follow-up of a treated cocaine-dependent sample. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30, 219-226;

Hser, Y. I., Evans, E., Huang, D., Brecht, M. L., & Li, L. (2008). Comparing the dynamic course of heroin, cocaine, and methamphetamine use over 10 years. *Addictive Behaviors*, 33, 1581–1589;

Hudson, J.R., Kirby, K.C., Firely, M.L., Festinger, D.S., & Marlowe, D.B., (2002). Social adjustment of family members and significant others (FSOs) of drug users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23(3), 171-181;

Jacobson, N. S., & Truax, P.,(1991). Clinical significance: a statistical approach to defining

meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(1), 12-19;

Jeffcoat, A.R., Perez-Reyes, M., Hill, J.M., Sadler, B.M., & Cook, C.E.,(1989). Cocaine disposition in humans after intravenous injection, nasal insufflation (snorting), or smoking. *Drug Metabolism and Disposition*, 42(1), 153-159;

Jones, H.E., Johnson, R.E., & Bigelow, G.E., (2004). Safety and efficacy of L- tryptophan and behavioral incentives for treatment of cocaine dependence: A randomized clinical trial. *Am J Addict*,13, 421-427;

Johnson, J. E., Burlingame, G. M., Olsen, J. A., Davies, D. R., & Gleave, R. L., (2005). Group Climate, Cohesion, Alliance, and Empathy in Group Psychotherapy: Multilevel Structural Equation Models. *Journal of Counseling Psychology*, 52(3), 310-321;

Johnson, J. E., & Zlotnick, C.,(2008). A pilot study of group interpersonal psychotherapy for depression in substance-abusing female prisoners. *Journal of substance abuse treatment*, 34(4), 371-377;

Johnson, J. E.,(2010). Cohesion in Cognitive-Behavioral Group Therapy for Anxiety Disorders and Major Depression. *International Journal of Group Psychotherapy*, 60(1), 153-158;

Kaye, S., Darke, S., (2004). Injecting and non –injecting cocaine use in Sydney, Australia: physical and psychological morbidity. *Drug Alcohol Rev.*, 23 (4), 391-398;

Kalayasiri, R., Sughondhabirom, A., Gueorguieva, R., Coric, V., Lynch, W., & Morgan, P.,(2006). Self-reported paranoia during laboratory “binge” cocaine self-administration in humans. *Pharmacology, Biochemistry and Behaviour*, 83(2), 249-256;

Kampman, K.M., Volpicelli, J. R., Mulvaney, F., Rukstalis, M., Alterman, A. I., Pettinati, H., Weinrieb, R.M., & O’Brien, C.P., (2002). Cocaine withdrawal severity and urine toxicology results from treatment entry predict outcome in medication trials for cocaine dependence. *Addictive Behaviors*, 27, 251–260;

Kampman, K.M., Pettinati, H., Lynch, K.G., Dackis,C., Sparkman, T., Weigley, C., & O’Brien, C.P.,(2004). A pilot trial of topiramate for the treatment of cocaine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 75(3), 233-240;

Kampman, K.M.,(2010). What’s New in the Treatment of Cocaine Addiction? *Curr Psychiatry Rep*, 12, 441–447;

Karila, L., Petit, A., Phan, O., Reynaud, M., (2010). Cocaine induced psychotic disorders: a review. *Rev.Med.Liege*, 65 (11), 623-627;

Kazdin, A.E., (1996). *Metodi di ricerca in psicologia clinica*. Milano, Raffaello Cortina Editore;

Kendall, P. C., Safford, S., Flannery-Schroeder, E., & Webb, A., (2004). Child anxiety treatment: outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4-year follow-up. *Journal*

of Consulting and Clinical Psychology, 72(2), 276-287;

Kenny, D. A., & Cook, W., (1999). Partner effects in relationship research: Conceptual issues, analytic difficulties, and illustrations. *Personal Relationships*, 6, 433–448;

Kenny, D. A., Mannetti, L., Pierro, A., Livi, S., & Kashy, D. A.,(2002). The statistical analysis of data from small groups. *Journal of personality and social psychology*, 83(1), 126-137;

Kenny, D. A., & Hoyt, W. T.,(2009). Multiple levels of analysis in psychotherapy research. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 462-468;

Kersting, A., Reutemann, M., Staats, H., Ohrmann, P., Suslow, T., & Arolt, V., (2002). Therapeutic factors of outpatient group psychotherapy-the predictive validity of the Group Experience Questionnaire (GEQ)]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 52(7), 294-301;

Khantzian, E. J.,(1986). A contemporary psychodynamic approach to drug abuse treatment. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 12(3), 213-222;

Khantzian, E. J.,(1990). *Addiction and the vulnerable self: Modified dynamic group therapy for substance abusers*. Guilford Press;

Khantzian, E. J., Halliday, K. S., Golden, S., & McAuliffe, W. E.,(1992). Modified group therapy for substance abusers. *The American Journal on Addictions*, 1(1), 67-76;

Khantzian, E. J., (2003). The self-medication hypothesis revisited: The dually diagnosed patient. *Primary Psychiatry*, 10(9), 47-54;

Kissin, W., McLeod, C., & McKay, J. (2003). The longitudinal relationship between self help group attendance and course of recovery. *Evaluation and Program Planning*, 26, 311–323;

Kleinman, P.H., Woody, G.E., Todd, T.C., Millman, R.B., Kang, S.Y., Kemp, J., & Lipton, D.S., (1990). Crack and Cocaine Abusers in Outpatient Psychotherapy. In Onken, L.S., Blaine, J.D. *Psychotherapy and Counseling in the Treatment of Drug Abuse*. National Institute on Drug Abuse Research, Monograph Series;

Kleinman, P. H., Kang, S. Y., Lipton, D. S., Woody, G. E., Kemp, J., & Millman, R. B.,(1992). Retention of cocaine abusers in outpatient psychotherapy. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 18(1), 29-43;

Knapp, W.P., Soares, B., Farrell, M., & Silva de Lima, M.,(2008). Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders (Review). *Cochrane Drugs and Alcohol Group*, 3, 1-93;

Lambert, M.J., Morton, J., Hatfield, D., Harmon, C., Hamilton, S., Reid, R., Shimokawa, K., Christopher-son, C.D., & Burlingame, G., (2004). *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire (OQ-45.2)* (3rd ed.). Wilmington, DE: American Professional Credentialing Services LLC;

- Lin, H., McCulloch, C. E., & Rosenheck, R. A.,(2004). Latent pattern mixture models for informative intermittent missing data in longitudinal studies. *Biometrics*, 60(2), 295-305;
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A., (1999). Dialectical Behavior Therapy for Patients with Borderline Personality Disorder and Drug-Dependence. *The American Journal on Addictions*, 8(4), 279-292;
- Lingiardi, V., Filippucci, L., & Baiocco, R., (2005). Therapeutic alliance evaluation in personality disorders psychotherapy. *Psychotherapy research*, 15(1-2), 45-53;
- Lingiardi, V. (2006). *La valutazione dei meccanismi di difesa*. In N. Dazzi, V. Lingiardi & A. Colli, A (Eds.), *La ricerca in psicoterapia. Modelli e strumenti*. Milano: Raffaello Cortina.
- Little, R. J.,(1993). Pattern-mixture models for multivariate incomplete data. *Journal of the American Statistical Association*, 88(421), 125-134;
- Lo Coco, G., & Lo Verso, G. (2006). *La cura relazionale. Disturbo psichico e guarigione nelle terapie di gruppo*. Milano: Raffaello Cortina;
- Lo Coco, G., Chiappelli, M., Bensi, L., Gullo, S., Prestano, C., & Lambert, M. J.,(2008). The factorial structure of the outcome questionnaire-45: a study with an Italian sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 15(6), 418-423;
- Lo Coco, G., Prestano, C., & Lo Verso, G., (2008). *L'efficacia clinica delle psicoterapie di gruppo*. Raffaello Cortina Editore, Milano;
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. E., O'Brien, C. P., & Auerbach, A.,(1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42(6), 602-611;
- Luthar, S. S., & Suchman, N. E., (2000). Relational Psychotherapy Mothers' Group: A developmentally informed intervention for at-risk mothers. *Development and Psychopathology*, 12(2), 235-253;
- MacDonald, S., Angling-Bodrug, K., Mann,R.E., Erickson, P., Hathaway, A., Chipman, M.,& Rylett,M.,(2003). Injury risk associated with cannabis and cocaine use. *Drug and Alcohol Dependence*, 72(2), 99-115;
- MacDonald, S., Angling-Bodrug, K., Mann,R.E., & Chipman, M., (2005). Driving While Impaired (DWI) by Alcohol Convictions Among Alcohol, Cocaine, and Cannabis Clients in Treatment. *Traffic Injury Prevention*, 6(3), 207-211;
- MacDonald, S., Erickson, P., Well, S., Hathaway, A., & Pakula, B., (2008). Predicting violence among cocaine, cannabis, and alcohol treatment clients. *Addictive Behaviors*, 33(1), 201-205;
- Madeddu, F., Prunas, A., Mantelli, M., & Ravera, F.,(2005). Fattori predittivi di dropout dal trattamento in comunità terapeutica in un campione di pazienti con disturbo da uso di sostanze e gravi disturbi della personalità. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, 11, 456-463;

Maisto, S. A., Carey, M. P., Carey, K. B., Gordon, C. M., & Gleason, J. R.,(2000). Use of the AUDIT and the DAST-10 to identify alcohol and drug use disorders among adults with a severe and persistent mental illness. *Psychological Assessment, 12*(2), 186-192;

Mark, D., & Luborsky, L.,(1992). *A manual for the use of supportive-expressive psychotherapy in the treatment of cocaine abuse*. University of Pennsylvania, Philadelphia;

Mariani, J. J., Khantzian, E. J., & Levin, F. R.,(2013). The self-medication hypothesis and psychostimulant treatment of cocaine dependence: An update. *The American Journal on Addictions, XX*, 1-5.

Marziali, E., Munroe-Blum, H., & McCleary, L. (1997). The contribution of group cohesion and group alliance to the outcome of group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy, 47*(4), 475-497;

Maude-Griffin, P.M., Hohenstein, J.M., Humfleet, G.L., Reilly, P.M., Tusel, D.J., & Hall, S.M., (1998). Superior efficacy of cognitive- behavioral therapy for urban crack cocaine abusers: main and matching effects. *J. Consult Clin. Psychol. 66*, 832-837;

McAuliffe, W. E., & Albert, J.,. (1992). *Clean Start: An outpatient program for initiating cocaine recovery*. Guilford Press;

McKay, J.R., McLellan, A.T., & Alterman, A.I., (1992). An evaluation of the Cleveland criteria for inpatient treatment of substance abuse. *Am J Psychiatry 149*,1212–1218;

McKay, J. R., Alterman, A. I., Cacciola, J. S., Rutherford, M. J., O'Brien, C. P., & Koppenhaver, J., (1997). Group counseling versus individualized relapse prevention aftercare following intensive outpatient treatment for cocaine dependence: Initial results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 778–788;

McKay, J. R., Alterman, A. I., Cacciola, J. S., O'Brien, C. P., Koppenhaver, J. M., & Shepard, D.S., (1999). Continuing care for cocaine dependence: Comprehensive 2-year outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 420–427;

McKay, J. R., Merikle, E., Mulvaney, F. D., Weiss, R. V., & Koppenhaver, J. M., (2001a). Factors accounting for cocaine use two years following initiation of continuing care. *Addiction, 96*, 213–225;

McKay, J. R., & Weiss, R. V., (2001b). A review of temporal effects and outcome predictors in substance abuse treatment studies with long-term follow-ups. Preliminary results and methodological issues. *Evaluation Review, 25*, 113–161;

McKay, J. R., Foltz, C., Stephens, R. C., Leahy, P. J., Crowley, E. M., & Kissin, W., (2005a). Predictors of alcohol and crack cocaine use outcomes over a 3-year follow-up in treatment seekers. *Journal of Substance Abuse Treatment, 28*, S73–82;

McKay, J. R., Lynch, K. G., Shepard, D. S., & Pettinati, H. M., (2005b). The effectiveness of

telephone based continuing care for alcohol and cocaine dependence: 24 month outcomes. *Archives of General Psychiatry*, 62, 199–207;

McKay, J. R., Van Horn, D. H., Oslin, D. W., Lynch, K. G., Ivey, M., Ward, K., Drapkin, M., Becker, J.R., & Coviello, D., (2010). A randomized trial of extended telephone-based continuing care for alcohol dependence: Within-treatment substance use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 912–923;

McKay, J.R., Van Horn, D., Rennert, L., Drapkin, M., Ivey, M., & Koppenhaver, J., (2013). Factors in sustained recovery from cocaine dependence. *Journal of substance abuse treatment*, 45, 163-172;

McKay, J.R., Van Horn, D., Lynch, K.G., Ivey, M., Cary, M.S., Drapkin, M., Coviello, D., & Plebani, J.G. (2013a). An adaptive approach for identifying cocaine dependent patients who benefit from extended continuing care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(6), 1063-1073;

McKee, S.A., Carroll, K.M., Sinha, R., Robinson, J.E., Nich, C., Cavallo, D., & O'Malley (2007). Enhancing brief cognitive- behavioral therapy with motivational enhancement techniques in cocaine users. *Drug Alcohol Depend*, 91, 97-101;

McLellan, A. T., McKay, J. R., Forman, R., Cacciola, J., & Kemp, J., (2005). Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. *Addiction*, 100(4), 447-458;

Messina, N., Farabee, D., & Rawson, R., (2003). Treatment responsiveness of cocaine-dependent patients with antisocial personality disorder to cognitive-behavioral and contingency management interventions. *J Consul Clin Psychol*, 71, 320-329;

Miller, W.R., & Rollnick S., (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). Guilford Press, New York;

Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Michalec, E., Martin, R. A., & Abrams, D. B., (1997). Brief coping skills treatment for cocaine abuse: substance use outcomes at three months. *Addiction*, 92(12), 1717-1728;

Mooney, M., Sofuoglu, M., Dudish-Poulsen, S., & Hatsumaki, D.K.,(2006). Preliminary observations of paranoia in a human laboratory study of cocaine. *Addictive Behavior*, 31, 1245-1251;

Morgan, M.J., Marshall, J.P., (2013).Deficient fear recognition in regular cocaine users is not attributable to elevated impulsivity or conduct disorder prior to cocaine use. *Journal of Psychopharmacology*, 27(6), 526-532;

Morgan-Lopez, A.A. & Fals-Stewart, W., (2006a) Analytic complexities associated with group therapy in substance abuse treatment research: Problems, recommendations, and future directions. *Experimental & Clinical Psychopharmacology*, 14, 265-273;

Morgan-Lopez, A. A., & Fals-Stewart, W., (2007). Analytic methods for modeling longitudinal data from rolling therapy groups with membership turnover. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 580-593;

Morton, W.A.,(1999). Cocaine and Psychiatric Symptoms. *Prevalence of psychotic symptoms in substance users: a comparison across substances*, 1(4), 109-113;

Muthén, B., Kaplan, D., & Hollis, M.,(1987). On structural equation modeling with data that are not missing completely at random. *Psychometrika*, 52(3), 431-462;

Muthén, B.,(2003). Statistical and substantive checking in growth mixture modeling: comment on Bauer and Curran (2003). *Psychological Methods*, 8, 369–377;

National Institute on Drug Abuse, (2003). Group therapy research. Workshop sponsored by the NIDA Behavioral Treatment Branch. Meeting summary available via World Wide Web at <http://www.drugabuse.gov/whatsnew/meetings/grouptherapy.html>.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism & National Institute on Drug Abuse, (2003). *Request for applications for group therapy for individuals in drug abuse and alcoholism treatment* (RFA-DA-04-008). Washington, DC: Department of Health and Human Services.

Najavits, L.M., & Weiss, R.D., (1994). The role of psychotherapy in the treatment of substance use disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 2, 84-96;

Passudetti, C., (2009). Il trattamento dei cocainismi secondo la prospettiva cognitivo – comportamentale. In Rigliano, P. Bignamini, E., (a cura di). *Cocaina.Consumo, Psicopatologia, Trattamento*. Raffaello Cortina Editore, Milano;

Penberthy, J. K., Ait-Daoud, N., Vaughan, M., & Fanning, T., (2010). Review of treatment for cocaine dependence. *Curr Drug Abuse Rev*, 3(1), 49-62;

Penning, E.J.M., Leccese, A.P., & de Wolf, F.A., (2002). Effects of concurrent use of alcohol and cocaine. *Addiction*, 97(7), 773-783;

Perry, J. C., (2001). A pilot study of defenses in adults with personality disorders entering psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(10), 651-660;

Petry, N.M., Martin, B., & Simcic, F., (2005). Prize reinforcement contingency management for cocaine dependence: integration with group therapy in a methadone clinic. *J Consul Clin Psychol*, 73(2), 354-359;

Pinheiro, J. C., & Bates, D. M.,(2000). Theory and Computational Methods for Nonlinear Mixed-Effects Models. *Mixed-Effects Models in Sand S-PLUS*, 305-336;

Piper, W. E., Marrache, M., Lacroix, R., Richardsen, A. M., & Jones, B. D., (1983). Cohesion as a basic bond in groups. *Human Relations*, 36(2), 93-108;

- Platt, J.J., (1997). *Cocaine. Addiction, Research and Treatment*. Harvard University Press;
- Poling, J., Kosten, T. R., & Sofuoglu, M., (2007). Treatment outcome predictors for cocaine dependence. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33, 191–206;
- Prendergast, M., Podus, D., Finney, J., Greenwell, L., & Roll, J.,(2006). Contingency management for the treatment of substance use disorders: a meta-analysis. *Addiction*, 101, 1546-1560;
- Preston, K. L., Silverman, K., Higgins, S. T., Brooner, R. K., Montoya, I., Schuster, C. R., Charles, R., & Cone, E.J., (1998). Cocaine use early in treatment predicts outcome in a behavioral treatment program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 691–696;
- Rasquin, S. M. C., Van De Sande, P., Praamstra, A. J., & Van Heugten, C. M., (2009). Cognitive-behavioural intervention for depression after stroke: Five single case studies on effects and feasibility. *Neuropsychological rehabilitation*, 19(2), 208-222;
- Raudenbush, S. W., & Bryk, A. S.,(2002). *Hierarchical linear models 2nd ed. Applications and data analysis methods*. Sage Publications, London;
- Raytek, H. S., McCrady, B. S., Epstein, E. E., & Hirsch, L. S.,(1999). Therapeutic alliance and the retention of couples in conjoint alcoholism treatment. *Addictive Behaviors*, 24(3), 317-330;
- Rawson R., (2002a). Treatment of methamphetamine use disorders: an update. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 145 – 150;
- Rawson, R.A., Huber A., McCann, M., Shoptaw, S., Farabee, D., Reiber, C., & Ling, W., (2002b). A comparison of contingency management and cognitive behavioral approaches during methadone maintenance treatment for cocaine dependence. *Arch.Gen.Psychiatry*, 59, 817-824;
- Reiber, C., Ramirez, A., Parent, D., & Rawson, R. A., (2002). Predicting treatment success at multiple time points in diverse patient populations of cocaine-dependent individuals. *Drug and Alcohol Dependence*, 68, 35–48;
- Reilly, P.M., & Shopshire, M.S., (2000). Anger Management Group Treatment for Cocaine Dependence: Preliminary Outcomes. *The American Journal of Alcohol and Drug Abuse*, 26(2), 161-177;
- Reis, A.D., Castro, L.A., Faria, R., & Laranjeira, R.,(2008). Craving decrease with topiramate in outpatient treatment for cocaine dependence: an open label trial. *Rev. Bras.Psiquiatr.*, 30, 132-135;
- Rigliano P., & Bignamini E., (2009). *Cocaina. Consumo, Psicopatologia, Trattamento*. Raffaello Cortina, Milano;
- Rohsenow, D.J., Colby, S.M., Monti, P.M., Swift, R.M., Martin, R.A., Mueller, T.I., Gordon, A., & Eaton, C.A., (2000). Predictors of compliance with naltrexone among alcoholics. *Alcohol Clin*

Exp Res, 24, 1542-1549;

Rohsenow, D. J., Martin, R. A., Eaton, C. A., & Monti, P. M., (2007). Cocaine craving as a predictor of treatment attrition and outcomes after residential treatment for cocaine dependence. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 68, 641–648;

Roncero, C., Ramos, J.A., Collazos, F., & Casas, M., (2001). Complicaciones psicóticas del consumo de cocaína. *Adicciones*, 13, 179-185;

Roncero, C., Daigre, C., Gonzalvo, B., Valero, S., Castells, X., Grau-Lopez, L., Eiroa-Orosa, F.J., & Casas, M., (2011). Risk factors for cocaine-induced psychosis in cocaine-dependent patients. *Eur.Psychiatry*, 28 (3), 141-146;

Roncero, C., Ros-Cucurull, E., Daigre, C., & Casas, M., (2012). Prevalence and risk factors of psychotic symptoms in cocaine dependent patients. *Acta Esp. Psichiatr.*, 40 (4), 187-197;

Roncero, C., Daigre, C., Grau-Lopez, L., Rodriguez- Cintas L., Barral, C., Perez-Pasos, J., Gonzalvo, B., Coromina, M., & Casas, M., (2013). Cocaine-Induced Psychosis and Impulsivity in Cocaine-Dependent Patients. *Journal of Addictive Diseases*, 32 (3), 263-273;

Roozen, H.G., Boulogne, J.J., van Tulder, M.W., van den Brink, W., De Jong, C.A., & Kerkhof, A.J. (2004). A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug Alcohol Depend*, 74, 1-13;

Rounsaville, B.J., Glazer, W., Wilber, C.H., Weissman, M.M., & Kleber, H.D., (1983). Short-term Interpersonal Psychotherapy in Methadone-Maintained Opiate Addicts. *JAMA, Psychiatry*, 40(6), 629-636;

Rounsaville, B.J., Anton, S.F., Carroll, K., Budde, D., Prusoff, B.A., & Gawin, F., (1991). Psychiatric diagnoses of treatment-seeking cocaine abusers. *Archives of General Psychiatry*, Vol. 48 (1), 43-51.

Rounsaville, B.J., (2004). Treatment of Cocaine Dependence and Depression. *Biological Psychiatry* 56, 803-809;

Roy, J., (2003). Modeling longitudinal data with nonignorable dropouts using a latent dropout class model. *Biometrics*, 59(4), 829-836;

Sánchez, L., Díaz-Morán, S., Grau-López, L., Eiroa-Orosa, F. J., Roncero, C., Gonzalvo, B., Colom, J., & Casas, M., (2011). Tratamiento ambulatorio grupal para dependientes de cocaína combinando terapia cognitivo conductual y entrevista motivacional. *Psicothema*, 23(1), 107-113;

Sandahl, C., Busch, M., Skarbrandt, E., & Weenberg, P., (2004). Matching group therapy to patients' needs. In Reading B., Weegman M. (a cura di). *Group Psychotherapy and addiction*. Whurr Publisher, London, 42-58;

Sandahl, C., Busch, M., Skarbrandt, E., & Weenberg, P., (2008). La psicoterapia di gruppo con pazienti con dipendenze gravi. In Lo Coco G., Prestano C., Lo Verso G., (a cura di). *L'efficacia*

clinica delle psicoterapie di gruppo. Raffaello Cortina Editore, Milano, 153-172;

San Martini, P., Roma, P., Sarti, S., Lingiardi, V., & Bond, M.,(2004). Italian version of the defense style questionnaire. *Comprehensive psychiatry*, 45(6), 483-494;

Santos, S., Brugal, M.T., Barrio, G., Castellano, Y., Salvany, A.D., Espelt, A., Bravo, M.J., & De La Fuente, L.,(2012). Assessing the effect of patterns of cocaine and alcohol use on the risk of adverse acute cocaine intoxication. *Drug and Alcohol Review*, 31 (4), 439-446;

Schmitz, J.M., Oswald, L.M., Jacks SD, Rustin, T., Rhoades, H.M., & Grabowski, J., (1997). Relapse prevention treatment for cocaine dependence: group vs. individual format. *Addict Behav*, 22, 405–418;

Schmitz, J. M., Stotts, A. L., Sayre, S. L., DeLaune, K. A., & Grabowski, J., (2004). Treatment of cocaine-alcohol dependence with naltrexone and relapse prevention therapy. *American Journal on Addictions*, 13(4), 333-341;

Schmitz, J. M., Mooney, M. E., Green, C. E., Lane, S. D., Steinberg, J. L., Swann, A. C., & Moeller F.G., (2009). Baseline neurocognitive profiles differentiate abstainers and nonabstainers in a cocaine clinical trial. *Journal of Addictive Diseases*, 28, 250–257;

Scott, C. K., Foss, M. A., & Dennis, M. L., (2005). Pathways in the relapse–treatment– recovery cycle over 3 years. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, S63–72;

Shaffer, H.J., & Eber, G.B.,(2002). Temporal progression of cocaine dependence symptoms in the US National Comorbidity Survey. *Addiction*, 97 (5), 543-554;

Shearer, J., Johnston, J., Fry, C.L., Kaye, S., Dillon, P., Dietze, P., & Collins, L., (2007). Contemporary cocaine use patterns and associated harms in Melbourne and Sydney, Australia. *Drug and Alcohol Review* 26, 537–543;

Sigmon, S.C., Correia, C.J., & Stitzer, M.L.(2004). Cocaine abstinence during methadone maintenance: effects of repeated brief exposure to voucher-based reinforcement. *Exper Clin Psychopharmacol*, 12, 269–275;

Silverman, K., Higgins, S. T., Brooner, R. K., Montoya, I. D., Cone, E. J., Schuster, C. R., & Preston, K. L., (1996). Sustained cocaine abstinence in methadone maintenance patients through voucher-based reinforcement therapy. *Archives of General Psychiatry*, 53(5), 409;

Silverman, K., Svikis, D., Robles, E., Stitzer, M. L., & Bigelow, G. E., (2001). A reinforcement-based therapeutic workplace for the treatment of drug abuse: six-month abstinence outcomes. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 9(1), 14;

Silverman, K., Robles, E., Mudric, T., Bigelow, G. E., & Stitzer, M. L.,(2004). A randomized trial of long-term reinforcement of cocaine abstinence in methadone-maintained patients who inject drugs. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72(5), 839;

Simpson, D. D., Joe, G. W., Fletcher, B. W., Hubbard, R. L., & Anglin, M. D., (1999). A national

evaluation of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 56, 507–514;

Simpson, D. D., Joe, G. W., & Broome, K. M., (2002). A national 5-year follow-up of treatment outcomes for cocaine dependence. *Archives of General Psychiatry*, 59, 538–544;

Singer, J. D., & Willett, J. B.,(2003). *Applied longitudinal data analysis: Modeling change and event occurrence*. Oxford university press;

Siqueland, L., Crits-Christoph, P., Frank, A., Daley, D., Weiss, R., Chittams, J., Blaine, J., Luborsky, L., (1998). Predictors of dropout from psychosocial treatment of cocaine dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 52(1), 1-13;

Siqueland, L., Crits-Christoph, P., Gallop, R., Barber, J. P., Griffin, M. L., Thase, M. E., Daley, D., Frank, A., Gastfriend, D.R., Blaine, J., Connolly, M.B., & Gladis, M., (2002). Retention in psychosocial treatment of cocaine dependence: Predictors and impact on outcome. *The American Journal on Addictions*, 11, 24–40;

Siqueland, L., Crits-Christoph, P., Barber, J.P., Gibbons, M.B.C., Gallop, R., Griffin, M., Frank, A., Thase, M.E., Luborsky, L., & Liese, B.,(2004). What aspects of treatment matter to the patient in the treatment of cocaine dependence? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(2),169-178;

Skinner, H. A., (1982). The drug abuse screening test. *Addictive behaviors*, 7(4), 363-371;

Skinner, H. A., & Goldberg, A. E., (1986). Evidence for a drug dependence syndrome among narcotic users. *British Journal of Addiction*, 81(4), 479-484;

Smith, M.J., Thirthalli, J., Abdallah, A.B., Murray, R.M., & Cottler, L.B., (2009). Prevalence of psychotic symptoms in substance users: a comparison across substances, *Comprehensive Psychiatry*, 50 (3), 245-250;

Stinchfield, R.D., Owen, P., & Winters, K.C.,(1994). Group therapy for substance abuse: a review of the empirical research. In Fuhriman, A., Burlingame, G.,(eds.). *Handbook of group psychotherapy*. Wiley, New York 458-488;

Stotts, A.L., Schmitz, J.M., Rhoades, H.M., & Grabowski, J.(2001). Motivational interviewing with cocaine dependent patients: a pilot study. *J Consul Clin Psychol*, 69(5), 858-862;

Stulz, N., Gallop, R., Lutz, W., Wrenn, G. L., & Crits-Christoph, P. (2010). Examining differential effects of psychosocial treatments for cocaine dependence: An application of latent trajectory analyses. *Drug and alcohol dependence*, 106(2), 164-172.

Stulz, N., Thase, M. E., Gallop, R., & Crits-Christoph, P., (2011). Psychosocial treatments for cocaine dependence: The role of depressive symptoms. *Drug and Alcohol Dependence*, 114, 41-48;

Tang, Y.L., Kranzler, H.R., Gelernter, J., Farrer, L.A., & Cubellis, J.F., (2007). Comorbid Psychiatric Diagnoses and Their Association with Cocaine-Induced Psychosis in Cocaine-Dependent Subjects. *The American Journal on Addictions*, 16(5), 343-351;

Tasca, G. A., & Gallop, R.,(2009a). Multilevel modeling of longitudinal data for psychotherapy researchers: I. The basics. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 429-437;

Tasca, G. A., Illing, V., Joyce, A. S., & Ogrodniczuk, J. S., (2009b). Three-level multilevel growth models for nested change data: A guide for group treatment researchers. *Psychotherapy Research*, 19(4-5), 453-461;

Tasca, G. A., Illing, V., Ogrodniczuk, J. S., & Joyce, A. S.,(2009c). Assessing and adjusting for dependent observations in group treatment research using multilevel models. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 13(3), 151-162;

Tasca, G. A., Ramsay, T., Corace, K., Illing, V., Bone, M., Bissada, H., & Balfour, L.,(2010). Modeling longitudinal data from a rolling therapy group program with membership turnover: Does group culture affect individual alliance?. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 14(2), 151-162;

Taskent, V., Karadag, F., Topcuoglu, V., Akduman, I., Evren, C., (2011). Psychological defense mechanisms, childhood traumas and dissociative experiences in patients with drug and alcohol dependency. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 22, 2(1), 58.

Tavares-Pinheiro, R., Sousa, P.L.R., Da Silva, R.A., Horta, B.L., De Souza, R.M., & Fleming, M., (2001). Cocaine addicts and their families: an empirical study of the processes of identification. *The International Journal of Psychoanalysis*, 82(2), 347-360;

Teichner, G., Horner, M.D., Harvey, R.T., & Johnson, R.H.,(2001). Neuropsychological Predictors of the Attainment of Treatment Objectives in Substance Abuse Patients. *International Journal of Neuroscience*, 106, (3-4), 253-263;

Ustica G., (2002), Il gruppo omogeneo di psicoterapia analitica, in Di Maria F., Lo Verso G., (a cura di), *Gruppi. Metodi e strumenti*, Raffaello Cortina, Milano;

Vanek, V.W., Dickey-White, H.I., Signs, S.A., Schechter, M. D., Buss, T., Kulics, A.T., (1996). Concurrent Use of Cocaine and Alcohol by Patients Treated in the Emergency Department. *Annals of Emergency Medicine*, 28(5), 508-514;

Vannicelli, M., (1992). *Removing the roadblocks. Group psychotherapy with substance abusers and family members*. Guilford Press, New York;

Vocci, F.J., & Montoya, I.D., (2009). Psychological treatments for stimulant misuse, comparing and contrasting those for amphetamine dependence and those for cocaine dependence. *Curr Opin Psychiatry*, 22(3), 263-268;

Ward, L.C., Rothaus, P.,(1991). The measurement of denial and rationalization in male alcoholics. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 465-468;

Washton, A., (1989). *Cocaine Addiction: Treatment, Recovery, and Relapse Prevention*. W.W. Norton and Company, New York;

Weiss, R. D., Griffin, M. L., & Mirin, S. M., (1992). Drug abuse as self-medication for depression: an empirical study. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 18(2), 121-129;

Weiss, R.D., Mirin, S.M., Griffin, M.L., Gunderson, J.G., & Hufford, C., (1993). Personality disorders in cocaine dependence. *Comprehensive Psychiatry*, 34 (3), 145-149;

Weiss, R. D., & Mirin, S. M., (1995). *Cocaine: the human danger, the social costs, the treatment alternative*. Ballantine Books, New York;

Weiss, R. D., Griffin, M. L., Greenfield, S. F., Najavits, L. M., Wyner, D., Soto, J. A., & Hennen, J. A., (2000). Group therapy for patients with bipolar disorder and substance dependence: results of a pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(5), 361-367;

Weiss, R. D., Griffin, M. L., Mazurick, C., Berkman, B., Gastfriend, D. R., Frank, A., Barber, J.P., Blaine, J., Salloum, I., & Moras, K., (2003). The relationship between cocaine craving, psychosocial treatment, and subsequent cocaine use. *The American Journal of Psychiatry*, 160, 1320–1325;

Weiss, R.D., Jaffee, W.B., De Menil, V.P., & Cogley, C.B., (2004). Group therapy for substance use disorder: what do we know? *Harvard Review of Psychiatry*, 12(6), 339-350;

Woody, G.E., (2003). Research findings on psychotherapy of addictive disorders. *American Journal on Addictions*, 12(1), 19-26;

Yalom, I.,(1995). *The theory and practice of group psychotherapy* (4th ed.). Basic Books, New York;

Yalom, I.D., & Leszcz, M. (2009). *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo* (5 ed.). Torino: Bollati Boringhieri.

APPENDICE

Capitolo I

Tabella. I.1. Consumatori di cocaina in trattamento in Europa nel 2012

Tabella.I.2. Categorie Disturbi correlati alla Cocaina secondo il DSM-IV-TR

Capitolo II

Tabella II.1. Punti di forza e di debolezza dei principali filoni di terapia

Tabella II.2. Studi sugli interventi psicosociali per disturbi da uso di cocaina (Dutra et al.,2008)

Tabella II.3. Sintesi ricerche sui predittori esiti delle terapia

Capitolo IV

Tabella IV.1. Caratteristiche demografiche e cliniche dei pazienti

Tabella IV.2. Co-graduazioni strumenti esito dei pazienti all'avvio della terapia

Figura IV.1. Empirical Growth Plot DAST pazienti

Tabella IV.3. Calcolo longitudinale Clinical Significant Change Drug Abuse Screening Test

Tabella IV.4. Calcolo longitudinale Clinical Significant Change Outcome Questionnaire-45

Figura IV.2. Andamento OQ-45 dei singoli pazienti

Tabella IV.5. Punteggi Pre-Post DSQ

Tabella IV.6. Interpretazione della grandezza del cambiamento

Tabella IV.7. Modello lineare gerarchico effetti Tempo e PGCI sulle variabili di outcome

Figura IV.3. Trend CALPAS-G

Tabella IV.8. Media CALPAS-G e partecipanti al gruppo nel tempo

Figura IV.4. OLS cambiamento CALPAS-G dei pazienti nel corso del tempo

Tabella IV.9. Esempio su due pazienti del data-set soggetto tempo

Tabella IV.10. Risultati effetti fissi alleanza per i Modelli 1,2,3

Tabella IV.11. Bontà di adattamento del modello

Tabella IV.12. Media Coesione terapeuta e gruppo e partecipanti al gruppo nel tempo

Figura IV.5. OLS cambiamento Coesione Terapeuta dei pazienti nel corso del tempo

Figura IV.6. OLS cambiamento Coesione Gruppo dei pazienti nel corso del tempo

Tabella IV.13. Risultati effetti fissi Coesione per i Modelli 1,2,3

