

Un paradigma in 5 punti per la consulenza

Otto Schmid e Thomas Müller

Estratto dal manuale
Empfehlungen zum Beratungssetting in Substitutionsbehandlungen
[Consigli per configurare la consulenza nell'ambito delle terapie sostitutive]
di Otto Schmid e Thomas Müller
Edizioni Herbert Utz, Monaco di Baviera 2015
(ISBN 978-3-8316-4462-9)

1. Un paradigma in 5 punti per la consulenza

I consigli che qui vi presentiamo si fondano su cinque presupposti prioritari:

1. Adottare un atteggiamento di fondo umano e comprensivo
2. Riconoscere il diritto del paziente all'autodeterminazione
3. Accettare il consumo invece di imporre l'astinenza
4. Configurare la consulenza senza porre restrizioni; ricorrere a restrizioni solo quale *ultima ratio*
5. Garantire al paziente un contatto regolare e diretto con la sua persona di riferimento

2. Atteggiamento di fondo

Il consulente adotta un atteggiamento di comprensione e benevolenza. È persuaso che ognuno sia padrone della propria esistenza, che sia libero di vivere come meglio desidera, che porti in sé le risorse con le quali esprimere compiutamente la propria personalità e che, realizzando ciò in cui crede, possa dare un senso alla propria vita.

Il consulente evita di entrare in conflitto con il paziente. I metodi che fanno leva sullo scontro e su un atteggiamento autoritario non danno buoni risultati, al contrario: si rivelano, in fin dei conti, inefficaci. Possono avere esiti spiacevoli o persino deleteri (Lieberman et al. 1973; Schneider e Casey 2000), soprattutto nei confronti di persone che non nutrono stima di sé (Annis e Chan 1983).

Il consulente è interessato e partecipe. Fonda ogni incontro con il paziente sulla stima, il rispetto e la cortesia. È sempre corretto nei suoi confronti, mantenendo un atteggiamento calmo, garbato, attento e comprensivo anche nelle situazioni difficili, anche quando il paziente è irritato o aggressivo.

Il consulente si esprime con chiarezza, evitando di appesantire il discorso con termini tecnici. Rifiuta tuttavia di cadere nella compiacenza per accattivarsi il paziente, ricorrendo ad esempio a un linguaggio troppo colloquiale e a espressioni gergali. Evita inoltre qualsiasi parola spregiativa (quali “tossico”, “fatto” e così via).

CONSIGLI

- Il consulente evita di entrare in conflitto con il paziente.
- Il contatto con il paziente è interessato e partecipe, fondato sulla stima e il rispetto.
- La conversazione adotta toni chiari e comprensibili, ma sempre rispettosi.

3. Il diritto del paziente all'autodeterminazione

3.1 Incoraggiare e responsabilizzare (*empowerment*)

Incoraggiare e responsabilizzare il paziente significa aiutarlo a raggiungere l'autodeterminazione e, in tal modo, la competenza personale. Questo processo, designato correntemente con il termine inglese *empowerment*, richiede un dispiegamento di strategie e misure in grado di aumentare l'autonomia del paziente che, in questo modo, riuscirà a prendere o riprendere in mano i suoi interessi in modo libero e responsabile (Rappaport et al. 1984). Il termine *empowerment* designa tanto il processo stesso di crescita personale, quanto il sostegno professionale offerto dal consulente al paziente che ha bisogno di superare la situazione di incapacità nella quale si trova (*powerlessness*) e di riprendere possesso dei suoi margini di manovra e delle sue risorse. In questa prospettiva, la consulenza deve concentrarsi su obiettivi prioritari, quali migliorare la qualità di vita e mantenere o raggiungere nuovamente la salute e l'autonomia necessarie. Il consulente sostiene in modo attivo il paziente nel suo cammino verso l'autoefficacia.

CONSIGLIO

→ Obiettivo della consulenza è fare in modo che il paziente sia in grado di prendere o riprendere in mano la sua vita, migliorandone la qualità, e di trovare la salute e l'autonomia.

3.2 Il ruolo del consulente

Idealmente, la consulenza inizia non appena possibile. Farla precedere da una fase di verifiche motivazionali, ad esempio incontri preliminari, si è rivelato controproducente (Bell e Chan 1995; Maddux e Desmond 1995).

Il consulente aiuta il paziente a cambiare i suoi centri di interesse e, in tal modo, a trovare gli impulsi necessari a quei processi interiori di crescita che lo porteranno a ritrovare una migliore percezione di sé. Di conseguenza, non si considera interpellato per risolvere dei problemi, bensì per accompagnare un processo di sviluppo e trasformazione (Hermer 1996) e per collaborare a trovare, rispetto a un comportamento problematico, alternative che possano dare un senso (Ludwig 1992).

Nella configurazione della consulenza (il *setting*) è data particolare attenzione alla cortesia e alla puntualità. Il rispetto degli appuntamenti presi è imprescindibile per uno scambio fondato sulla stima reciproca, ed è pertanto parte integrante del processo.

CONSIGLI

→ La consulenza inizia non appena possibile, evitando qualsiasi fase preliminare di verifica della motivazione.

→ Il ruolo del consulente non è risolvere dei problemi, bensì accompagnare il processo di sviluppo e di trasformazione che permetterà al paziente di raggiungere i suoi obiettivi.

→ Nella configurazione della consulenza si dà particolare attenzione al rispetto degli accordi presi di comune intesa.

3.3 Porre gli obiettivi

Il paziente collabora a porre gli obiettivi della consulenza e della terapia, che sono tagliati su misura per il suo caso, e ai quali dà il suo esplicito accordo. Il consulente tiene conto del fatto che le esigenze del paziente rispetto a sé stesso possono in parte divergere dagli obiettivi che egli, in quanto persona di riferimento, ritiene vadano invece perseguiti. A intervalli regolari si fa il punto della situazione, tornando su quanto il paziente è riuscito a realizzare e valutando i progressi rispetto agli obiettivi posti. Se la situazione lo richiede, si modificano le diverse mete prestabilite. L'ordine di priorità dato agli obiettivi si fonda sulle necessità del paziente tenendo conto, in particolare, della misura in cui i diversi traguardi siano urgenti e raggiungibili.

Una terapia sostitutiva intende innanzitutto fare in modo che il paziente:

- sopravviva;
- migliori la sua situazione psichica, somatica e sociale;
- prenda distanza dal mondo della droga e dall'acquisto di sostanze illegali;
- riduca il consumo ad alto rischio;
- riduca i comportamenti socialmente problematici e si allontani dalla prostituzione e dalla criminalità legata al consumo di stupefacenti;
- ritrovi competenze fondamentali in diversi ambiti (salute, alimentazione e igiene), nella misura consentita dalla sua patologia principale;
- si responsabilizzi e trovi o ritrovi le competenze sociali e l'autonomia necessarie a organizzare la sua vita;
- si liberi dalla dipendenza di sostanze illegali e legali; e
- si integri o si reintegri gradualmente (nel contesto sociale, in una rete di relazioni, nella sua famiglia ecc.), nella misura consentita dalle sue capacità individuali e dalle opportunità che la società gli offre.

CONSIGLI

→ Il contratto di consulenza si articola attorno agli obiettivi formulati dal paziente stesso per il suo caso specifico.

→ A intervalli regolari, il consulente e il paziente tornano a discutere degli obiettivi prefissati, accertandosi che siano ancora realizzabili.

→ Agli obiettivi è dato un ordine di priorità; gli obiettivi più ambiziosi sono suddivisi in obiettivi intermedi più facilmente realizzabili.

3.4 Obiettivi mancati

Di solito il paziente che soffre di un disturbo da dipendenza deve anche affrontare una serie di altre difficoltà, a diversi livelli. Le persone che si occupano della sua terapia devono cercare di cogliere nel modo più completo possibile i numerosi problemi ai quali egli è confrontato, e discuterne con lui durante incontri informativi e motivazionali, così da rendere possibili eventuali interventi medici e psicosociali prolungati (Schmid, Strasser e Fehr 2014).

Un obiettivo mancato o un accordo non completamente rispettato non deve essere sanzionato come un "fallimento", bensì discusso ed elaborato, in un clima di reciproca fiducia. Un appuntamento non rispettato, ad esempio, non significa che il paziente non intenda aderire al trattamento o manchi di motivazione. Sarebbe quindi sbagliato, su questa unica base, ritenere impossibile qualsiasi ulteriore tentativo terapeutico. Se il consulente esprime disappunto, inoltre, si corre il pericolo che il paziente reagisca in modo spropositato, si lasci andare a comportamenti indesiderati o, in generale, si allontani dall'iter terapeutico.

Sconsigliamo vivamente di obbligare il paziente a sottoporsi a interventi quali terapie di gruppo, programmi di riabilitazione sociale o verifiche socio-professionali che, con ogni probabilità, si rivelerebbero controproducenti e avrebbero effetti negativi sullo sviluppo della consulenza e sulla relazione di fiducia reciproca (Schmid 2009).

Il paziente che segue una terapia sostitutiva vive sovente una relazione di dipendenza dall'istituzione, ma anche dal consulente. Bisogna prestare particolare attenzione alle dinamiche di potere che possono instaurarsi. Per garantire sempre alla riflessione la necessaria professionalità ed evitare un sovraccarico individuale, è opportuno prevedere un sostegno specifico per il consulente, via una supervisione o una intervizione oppure organizzando riunioni dedicate all'analisi e alla discussione di determinati casi.

CONSIGLI

→ Un obiettivo mancato o un accordo non completamente rispettato non va considerato un fallimento, né un segno di demotivazione.

→ Occorre identificare gli ostacoli che si frappongono tra il paziente e i suoi obiettivi, ed elaborare strategie per superarli.

→ A garanzia di una costante professionalità, il personale di un'istituzione che offre terapie di sostituzione ha bisogno di sostegni e aiuti specifici.

4. Accettare il consumo invece di imporre l'astinenza

4.1 Due approcci antitetici

Vi è un approccio terapeutico che pone come obiettivo assoluto l'astinenza, ossia la rinuncia permanente alle sostanze che provocano la dipendenza. Poiché questo criterio, tuttavia, presenta una quota elevata di ricadute, con i relativi pericoli che ciò comporta (ad es. overdose se il consumo è ripreso dopo una terapia di disintossicazione), si è gradualmente delineata una posizione antitetica, che sceglie invece di accettare il consumo, adottando misure per riuscire a ridurre gli effetti negativi ad esso legati. È la posizione assunta dalle strutture che offrono un aiuto a bassa soglia o che propongono terapie di sostituzione.

La terapia sostitutiva mira innanzitutto alla sopravvivenza del paziente, a migliorare la sua qualità di vita e, in questo modo, il suo benessere. Come ricordato da *Stohler (2008)*: "l'astinenza non è un obiettivo, non è un valore in sé. Contribuisce positivamente al benessere, ma non bisogna escludere che possa avere anche un influsso negativo". Entrambi gli approcci, quello che pone l'astinenza come condizione e quello che ricorre invece a una terapia di sostituzione, vanno considerati possibili soluzioni per giungere a una situazione di vita autodeterminata e soggettivamente felice; è quindi molto importante essere in grado di valutare con precisione quando e quale di queste due vie può presentarsi come la più promettente per il caso specifico del paziente.

CONSIGLI

→ La consulenza non si concentra sull'astinenza quale obiettivo in sé, bensì sulla riduzione delle ripercussioni negative legate al consumo di sostanze e sul miglioramento della qualità di vita del paziente.

→ Occorre valutare con precisione quale approccio sia il più promettente rispetto al momento e alla situazione nei quali si trova il paziente.

4.2 Consumo parallelo

Uno degli obiettivi principali della terapia sostitutiva è ridurre il consumo parallelo di sostanze non prescritte, di cui è difficile valutare la purezza e il dosaggio (eroina, cocaina, anfetamine), e che comportano ad ogni modo un pericolo per la salute. Le benzodiazepine presentano un elevato potenziale di abuso, soprattutto se sono prescritte e assunte senza una rigorosa supervisione. La terapia sostitutiva cerca di aiutare il paziente a liberarsi dall'uso dannoso di sostanze. Tuttavia, se si rinuncia a porre la condizione dell'astinenza, bisogna riuscire a tollerare le situazioni nelle quali il paziente non è ancora in grado di smettere il suo consumo parallelo. Questi episodi e queste ricadute sono solo l'estrema conseguenza di una lunga catena di eventi e decisioni (*Körkel 1998*). È importante sapere distinguere tra un episodio isolato e casuale e una ricaduta prolungata nelle vecchie abitudini. Nel primo caso, un intervento rapido, con un dispiegamento di mezzi molto limitato, può già aiutare il paziente a rinunciare al consumo parallelo. Nel secondo, invece, occorre elaborare, ovviamente d'accordo con il paziente, strategie a lungo termine affinché egli sia nuovamente pronto ad affrontare un cambiamento nelle sue abitudini.

A questo riguardo, sulla scia di quanto discusso da *Barth (2011)*, si può riflettere sul diritto all'autodeterminazione e sulla libertà che da esso deriva, per ognuno, di vivere un'alterazione di coscienza o di provare l'ebbrezza indotta dall'uso di sostanze psicotrope.

Per diverse ragioni, quali il senso di colpa o la vergogna (ad es. legati all'acquisto delle sostanze o al modo in cui si è procurato il denaro necessario), il paziente tende a dare informazioni incomplete oppure false sul suo consumo parallelo. Per ridurre al minimo i malintesi, occorre privilegiare la trasparenza e adottare un comportamento appropriato: empatico, attento, né sprezzante né elogiativo

(US Center for Substance Abuse Treatment 2005). Se possibile, è meglio evitare di ricorrere a misure quali l'esame tossicologico di urine, o addirittura al prelievo di urine sotto osservazione. Quando non teme conseguenze negative, di solito il paziente parla apertamente del suo consumo parallelo. Se egli, tuttavia, continua a fornire informazioni palesemente false, la configurazione della consulenza va reimpostata.

Eventuali misure risultanti dal consumo parallelo, legate ad esempio a timori per la sicurezza concernenti la somministrazione di sostanze sostitutive supplementari, devono essere accuratamente riconsiderate e spiegate al paziente in modo comprensibile e dettagliato. Queste misure vanno poi sospese o adeguate non appena il paziente riduce il suo comportamento a rischio. Il consumo parallelo va considerato esclusivamente come un possibile rischio per la salute del paziente e non deve in alcun caso essere giudicato in una prospettiva morale oppure essere ritenuto un ostacolo per la consulenza e il suo proseguimento.

CONSIGLI

- Ridurre il consumo parallelo di sostanze assunte senza prescrizione medica è un obiettivo centrale della terapia sostitutiva.
- Il consulente deve riuscire ad accettare le situazioni nelle quali il paziente non è ancora in grado di smettere con il consumo parallelo.
- Se possibile, occorre evitare gli esami tossicologici delle urine e i prelievi di urine sotto osservazione.
- Il consumo parallelo non deve in alcun caso essere sanzionato moralmente, né essere considerato un ostacolo alla consulenza e al suo proseguimento.

5. Una configurazione senza restrizioni – La restrizione quale *ultima ratio*

5.1 Regole e restrizioni

Il paziente è considerato come un mandante. Poiché la consulenza si orienta in primo luogo in funzione dei bisogni del paziente, va configurata nel modo meno restrittivo possibile (“least restrictive setting possible”, secondo Mirin e Batki 1995). Indipendentemente dal suo comportamento, il paziente riceve una consulenza su misura, la migliore che consente la sua presente situazione, anche se ciò significa una deroga individuale a regole e principi.

Nel caso di gravi infrazioni alle regole dell’istituzione si adottano contromisure opportune, che permetteranno di interrompere o di impedire il comportamento inappropriato, ma che non devono in alcun caso assumere un carattere didattico. Il regolamento interno deve servire esclusivamente alla sicurezza del paziente e del personale, e al funzionamento dell’istituzione. Reagire modificando la medicazione di sostituzione o giungere a rifiutarla è una decisione da prendere in considerazione solo quando non resta più alcun’altra possibilità, ossia quando si sono provate tutte le altre opzioni e se si delinea un gravissimo pericolo per la salute del paziente, che egli non è in grado di comprendere in tutta la sua portata o del quale, a causa del suo stato psichico, non si rende conto; oppure se la somministrazione non è più possibile per ragioni legate al funzionamento stesso dell’istituzione.

In nessun caso vanno prese contromisure che esponano il paziente a un’umiliazione, che lo stigmatizzino, che lo escludano o che intendano “punirlo” a fini educativi.

CONSIGLI

- La consulenza va configurata nel modo meno restrittivo possibile.
- Vanno poste solo poche regole, comprensibili e applicabili per tutti.
- Se possibile, occorre rinunciare a qualsiasi contromisura legata direttamente alla medicazione di sostituzione.

5.2 Limiti del mandato

L'istituzione di cura è in obbligo solo nei confronti del paziente. Dà la priorità a una consulenza professionale di eccellente qualità, che segua il paziente considerandolo una persona indipendente e responsabile, tenendo conto dei suoi presenti disturbi e degli eventuali limiti comportamentali che li possono accompagnare. Misure di ordine pedagogico possono essere applicate tutt'al più in un senso molto lato di prevenzione sanitaria. Ugualmente, va respinto qualsiasi mandato di natura normativa.

CONSIGLI

- La consulenza si orienta in primo luogo in funzione dei bisogni del paziente.
- Non è possibile assumere alcun mandato di natura normativa; tutt'al più, un mandato di questo tipo può essere delegato.

6. Contatto regolare e diretto con la persona di riferimento

Sovente, tra i vari accompagnamenti previsti in una terapia sostitutiva, quello più intenso è la consulenza psicosociale. Esso presuppone una relazione interpersonale solida.

6.1 Contenuto e frequenza

La consulenza psicosociale presenta due versanti: da un lato il paziente cerca appoggio e consiglio, dall'altro il consulente segue la vita del paziente prendendosene cura. Il processo si orienta in funzione delle soluzioni, si fonda sulla tolleranza e l'accettazione reciproche di tutte le persone coinvolte e tiene conto delle risorse e dei limiti individuali del paziente.

Ogni consulenza psicosociale comprende fattori o meccanismi dagli effetti tanto generali quanto specifici. I fattori generali sono quella dimensione che accomuna la maggior parte delle psicoterapie: un'azione educativa, una giustificazione persuasiva del trattamento, l'aumento delle aspettative di miglioramento, l'apporto di un sostegno, la qualità della relazione terapeutica (Rozenzweig 1936; Castonguay 1993). Tra i fattori specifici figurano quelle tecniche e quegli interventi che caratterizzano un determinato approccio e che lo distinguono da altri.

L'esperienza clinica con le terapie a base di diacetilmorfina mostra che, accanto agli incontri di consulenza periodici e alle conversazioni che esso prevede, un breve contatto regolare, nel migliore dei casi quotidiano, influisce positivamente sulla relazione tra paziente e consulente e, di conseguenza, sul trattamento nel suo insieme. Anche il contatto regolare al momento di distribuire la medicazione sostitutiva è un aspetto importante della relazione tra l'istituzione e il paziente e, se possibile, deve avvenire in un'atmosfera distesa e empatica. Quando gli incontri sono regolari, inoltre, la persona che segue il paziente riesce a cogliere anche lievi cambiamenti nel suo stato d'animo e, se occorre, può intervenire rapidamente e in modo mirato (Schmid, Strasser e Fehr 2014).

È soprattutto all'inizio di una terapia oppure nei momenti di crisi che può essere necessaria una consulenza approfondita, con contatti quotidiani, così da stabilizzare il paziente in modo rapido. Anche quando evita conversazioni approfondite, il paziente di solito reagisce positivamente all'attenzione, all'interesse e alla partecipazione espressi nei suoi confronti.

CONSIGLI

→ È bene cercare di instaurare un contatto regolare, poiché ciò influisce positivamente sulla relazione tra consulente e paziente.

→ Una frequentazione giornaliera, anche se breve, è molto importante, poiché permette al consulente di accorgersi di cambiamenti anche lievi nello stato d'animo del paziente e, se occorre, di cercare di risolvere il problema con un intervento breve.

→ Una volta trascorso un certo tempo, la frequenza del contatto potrà essere decisa in funzione dei bisogni individuali del paziente.

6.2 Designare un responsabile del dossier

Dopo aver valutato le competenze specialistiche necessarie in quel determinato momento al paziente e tenendo conto di problematiche trasversali quali le questioni legate al genere e a un eventuale vissuto migratorio, il dossier terapeutico è affidato a una persona di riferimento che, primo responsabile del caso, lo gestirà con l'approccio professionale che ritiene migliore. Egli sarà, per il paziente, la persona di fiducia cui rivolgersi in primo luogo. Per questioni che esulano dalle sue competenze, il consulente farà poi ricorso all'indispensabile sostegno di altri esperti.

Aspetti interculturali

In Svizzera, il 20% circa dei pazienti in terapia sostitutiva, e questa cifra tende ad aumentare, ha un passato di migrazione o proviene da un contesto marcato da questo tipo di esperienza. Accanto ad ostacoli linguistici e socioculturali, questi pazienti sono sovente confrontati a un isolamento sociale e mancano di fiducia in sé (UFSP 2013).

Affinché la consulenza riesca nel migliore dei modi, è importantissimo che il paziente e il consulente abbiano una lingua in comune. Si consiglia di ricorrere alla lingua madre e, se occorre, di coinvolgere una figura chiave, che conosca il contesto socio-culturale del paziente. A questo scopo esistono servizi specializzati nella traduzione e nella mediazione interculturale (UFSP 2013).

Una consulenza che tenga conto degli aspetti di genere

Poiché la persona può aver vissuto eventi traumatici o esperienze che possono provocare un senso di vergogna (abuso sessuale, prostituzione), la consulenza terrà conto degli aspetti legati al genere. Tuttavia, poiché si è già sovente constatato che, così come molti uomini preferiscono una consulente donna, anche molte donne preferiscono un consulente uomo, occorre puntare più su una consulenza imperniata su determinate tematiche, che su una consulenza imperniata sugli aspetti di genere.

CONSIGLI

→ Per le terapie di sostituzione seguite da un'équipe interdisciplinare si consiglia di designare una persona (il cosiddetto *case manager*) responsabile del dossier e dell'intero trattamento riservato al paziente.

→ Se possibile, il caso è esaminato anche nelle sue problematiche trasversali, quali gli aspetti legati al genere e a un eventuale vissuto migratorio.

Bibliografia

- Annis H.M., Chan D. (1983). The differential treatment model – Empirical evidence from a personality typology of adult offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 10, 159-173
- Barth V. (2011). *Sucht und Komorbidität - Grundlagen für die stationäre Therapie*. Hüthig Kehle Rehm GmbH
- Bell J., Chan J. (1995). Investigating the influence of treatment philosophy on outcome of methadone maintenance. *Addiction* 90, 823-830
- Castonguay L.G. (1993). "Common factors" and "nonspecific variables": Clarification of the two concepts and recommendations for research. *Journal of Psychotherapy Integration*, 3, 267-286.
- Körkel J. (1998). Grundlegende Ergebnisse und Überlegungen für ein neues Verständnis von Rückfällen. In: Körkel J. (a. c. di). *Praxis der Rückfallbehandlung. Ein Leitfaden für Berater, Therapeuten und ehrenamtliche Helfer*. Blaukreuz, 13-63
- Lieberman M.A., Yalom I.D., Miles M.B. (1973). *Encounter groups: First facts*. Basic Books
- Ludwig K. (1992). *Systemische Therapie: Grundlage klinischer Theorie und Praxis*. Klett-Cotta
- Hermer M. (1996). Erlernte Inkompetenz – Von der defizitfixierten zur ressourcenorientierten Psychotherapie. In: *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 28 (3), 377-392
- Maddux J.F., Desmond D.P. (1995). Rapid admission and retention on methadone. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21, 533-547
- Mirin S.M., Batki S.L. (1995). Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders: alcohol, cocaine, opioids. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1-57
- Rappaport J., Swift C., Hess, R. (1984). *Studies in Empowerment: Steps Toward Understanding and Action*. Routledge
- Rozenzweig S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 412-415
- Schmid O. (2009). Psychosoziale Betreuung in einer Substitutionsbehandlung mit pharmazeutischem Heroin, resp. Diacetylmorphin. In: Gerlach R., Stöver H. (a. c. di). *Psychosoziale Unterstützung in der Substitutionsbehandlung*. Lambertus, 291-297
- Schmid O., Strasser J., Fehr S. (2014). Behandlung komorbider Störungen in der heroingestützten Behandlung. *Suchtmagazin*, 1, 30-33
- Schneider R., Casey J. (2000). Motivational versus Confrontational Interviewing: A Comparison of Substance Abuse Assessment Practices at Employee Assistance Programs. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 27, 60-74
- Stohler R. (2008). In: Schmid O., Müller T. *Heroin - von der Droge zum Medikament; Eine Chronik zur heroingestützten Behandlung in Basel von 1994 – 2008*, Pabst Science Publishers
- Ufficio federale della sanità pubblica UFSP (2013). *Terapia sostitutiva in caso di dipendenza dagli oppiacei*. Revisione a cura dell'Ufficio federale della sanità pubblica UFSP, della Società Svizzera di medicina delle dipendenze SSAM e dell'Associazione dei medici cantonali della Svizzera AMCS
- US Center for Substance Abuse Treatment (2005). *Treatment Improvement Protocols 10 and 33* (<http://www.treatment.org/Externals/tips.html>)

Bibliografia di approfondimento

- Batra A., Bilke-Hentsch O. (2012). *Praxisbuch Sucht. Therapie der Suchterkrankungen im Jugend- und Erwachsenenalter*. Thieme
- Beck A.T. (1979). *Wahrnehmung der Wirklichkeit und Neurose, Kognitive Psychotherapie emotionaler Störungen*. Pfeiffer
- Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, 4, 562-571
- Berking M. (2010). *Training emotionaler Kompetenzen*. Springer Verlag

- Berking M., Znoj H.-J. (2007). Entwicklung und Validierung eines Fragebogens zur standardisierten Selbsteinschätzung emotionaler Kompetenzen (SEK-27). *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 56 (2), 141-152
- Blöschl L. (2011). In: Hautzinger M., Linden M. (a c. di). *Verhaltenstherapiemanual*. Springer
- Brückner, E. (2004). Entwöhnungsbehandlung und stationäre Psychotherapie. In: Krausz M., Haasen C. *Kompendium Sucht*. Thieme
- Carrol K.M. (1996). Relapse Prevention as a Psychosocial Treatment: A Review of Controlled Clinical Trials. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4, 46-54
- Demmel R., Beck B. (2004). Anticipated outcome of shortterm treatment for alcohol-dependence: Self-efficacy ratings and beliefs about the success of others. *Addict Dis Their Treat*, 3, 77-82
- Demmel R., Nicolai J., Jenko D.M. (2006). Self-efficacy and alcohol relapse: Concurrent validity of confidence measures, self-other discrepancies, prediction of treatment outcome. *J Stud Alcohol*, 67, 637-641
- de Shazer S. (1989). *Der Dreh. Überraschende Wendungen und Lösungen in der Kurzzeittherapie*. Carl Auer
- Dürsteler-MacFahrland K.M., Schmid O., Strasser J., Wiesbeck G.A. (2009) *Therapiemanual Kokainabhängigkeit. Grundlagen und Arbeitsmaterialien zur kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung*. Kohlhammer
- Ellis A. (1973). *Humanistic Psychotherapy: The rational-emotive approach*. New York: The Julian Press
- Elvy G.A., Wells J.E., Baird K.A. (1988). Attempted referral as intervention for problem drinking in a general hospital. *British Journal of Addiction*, 83, 83-89
- Gordon T. (1970). *Parent Effectiveness Training, The "No-Lose" Programm for Raising Responsible Children*. Peter H. Wyden
- Grawe K., Donati R., Bernauer F. (2012). *Psychotherapie im Wandel – von der Konfession zur Profession*. Hogrefe
- Hautzinger M. (2003). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. Beltz/PVU
- Higgins S.T. (1997). The influence of alternative reinforcers on cocaine use and abuse: a brief review. *Pharmacology, Biochemistry & Behavior*, 57, 419-427
- Hettema J., Steele J., Miller W.R. (2005). Motivational Interviewing. *Annu Rev Clin Psychol* 1, 91.111
- Hunt G. M., Azrin N. H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. *Behavior Research and Therapy*, 11, 91-104
- Kanfer F.H., Reinecker H., Schmelzer D. (2000). *Selbstmanagement-Therapie*. Springer
- Kidorf M., Hollander J. (1998). Increasing employment of opioid dependent outpatients: an intensive behavioral intervention. *Drug and Alcohol Dependence*, 50, 73-80
- Klos H., Görgen W. (2009). *Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit: Ein Trainingsprogramm*. Hogrefe
- Körkel J., Schindler C. (2014). *Rückfallprävention mit Alkoholabhängigen: Das strukturierte Trainingsprogramm S.T.A.R.* Springer
- Lange W., Reker M., Driessen M. (2008). Community Reinforcement Approach (CRA) – Überblick über ein integratives Konzept zur Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen. *Sucht*, 54 (6), 20-30
- Leonhardt H.R., Mühler K. (2010). *Rückfallprävention für Chronisch Mehrfachgeschädigte Abhängigkeitskranke*. Lambertus
- Heather N., Whitton B., Robertson I. (1986). Evaluation of a self-help manual for media-recruited problem drinkers: Six month follow-up results. *British Journal of Clinical Psychology*, 25, 19-34
- Maerker A. (2009). Operante Verfahren. In Margraf J., Schneider S. (a c. di). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie (vol. 1, 3a ed.)*. Springer
- Marlatt G.A., Gordon J.R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford Press

- Miller W.R., Sovereign R.G. (1989). The Check-up. A model for early intervention in addictive behaviors. In: Loberg T., Miller W.R., Nathan P.E., Marlatt G.A. (a c. di). Addictive behaviors: Prevention and early intervention. Swets & Zeitlinger, 219-231
- Miller W.R., Gribkov C.J., Mortell R.L. (1981). Effectiveness of a self-control manual for problem drinkers with and without therapist contact. *International Journal of the Addictions*, 16, 1247-1254
- Miller W.R., Rollnick S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing people for change*. Guilford
- Moskowitz J.M. (1989). The primary prevention of alcohol problems: A critical review of the research literature. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 54-88
- Najavits L.M. (2008). *Posttraumatische Belastungsstörung und Substanzmissbrauch. Das Therapieprogramm «Sicherheit finden»*. Hogrefe
- Orford J. (1985). *Excessive appetites: A psychological view of addictions*. Wiley
- Prochaska J.O., Norcross J.C., DiClemente C.C. (1994). *Changing for Good*. William Morrow & Company
- Prue D.M., Keane T.M., Corell J.E., Foy D.W. (1979). An analysis of distance variables that affect aftercare attendance. *Community Mental Health Journal*, 15, 149-154
- Reinecker H. (1978). *Selbstkontrolle. Verhaltenstheoretische und kognitive Grundlagen, Techniken und Therapiemethoden*. Müller
- Rogers C. R. (1946). Significant aspects of client-centered therapy. *American Psychologist*, 1, 415-422.
- Rounsaville B.J., Carroll K.M. (1992). Individual psychotherapy for drug abusers. In: Lowinson J.H., Ruiz P., Millman R.B. (a c. di). *Comprehensive Textbook of Substance Abuse (2a ed.)*. Williams and Wilkins, 496-508
- Sanchez-Craig M. (1990). Brief didactic treatment for alcohol and drug-related problems. An approach based on client choice. *British Journal of Addiction*, 85, 169-177
- Silverman K., Higgins S.T. (1996). Sustained cocaine abstinence in methadone maintenance patients through voucher-based reinforcement therapy. *Archives of General Psychiatry*, 53, 409-415
- Sisson R.W., Mallams J.H. (1981). The use of systematic encouragement and community access procedures to increase attendance at Alcoholics Anonymous and Al-Anon meetings. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 8, 371-376
- Società Svizzera di medicina delle dipendenze SSAM (2012). *Medizinische Empfehlungen für substitions-gestützte Behandlungen (SGB) bei Opioidabhängigkeit 2012*. Disponibile su: http://www.ssam.ch/SSAM/sites/default/files/Empfehlungen%20SGB_2012_FINAL_05%2003%202013.pdf [22.04.2013]
- Specka M., Böning A., Scherbaum N. (2011). Kontingenzmanagement in der Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger. *Fortschr Neurol Psychiat*, 79, 395-403
- Stavemann H.H. (2002). *Sokratische Gesprächsführung in der Therapie und Beratung*. Beltz
- Stavemann H.H. (2006). Differenzialindikation für Disputationstechniken und Sokratische Dialoge in der Kognitiven Verhaltenstherapie. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 38 (2), 337-349
- Stitzer M, Petry N. (2006). Contingency management for treatment of substance abuse. *Annu Rev Clin Psychol*, 2, 411-434
- Yalom I. (1974). *Gruppentherapie*. Kindler