

📄 Gli articoli di questa sezione sono sottoposti a referaggio doppiamente cieco (double blind peer review process) e seguono gli standard in uso per le pubblicazioni scientifiche a livello internazionale ed accettati dalle principali banche dati citazionali

Intervento di gruppo psico-educazionale strutturato per moduli volto ad incrementare l'insight in persone che presentano disturbi da uso di sostanze sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria: un'esperienza nel Ser.T. di Monza

G. Crespi*, S.E. Sala[^], L. Schifano^o, P. Fortuna[§], G.L. Galimberti***

SUMMARY

■ *Patients with addiction treated in specialized services, also those who have Judicial Authority restrictions, are frequently little compliant to scheduled appointment.*

Standardised psychoeducational group intervention organized in modules is a new approach for Substance Use Disorder patients designed to promote their involvement in a treatment plan working on insight development.

Group method: the method provides 90 minutes theme meetings 8 times a week run by a conductor and a co-conductor for a closed group of 8 people.

For each meeting some theme work units are established, to increase self-awareness (insight) both recognising and managing emotions and recognising and setting practical and personal goals using problem solving.

Meetings are divided in three parts: assigned exercises assessment, topic to be treated and next exercise assignment.

Materials and methods: Two groups of 8 participants each were conducted, with 90 minutes meetings every week.

All patients were subjected to legal measures and attended Addiction treatment service discontinuously, only to take replacement and/or symptomatic therapy.

Some outcomes that indicated an increased insight were assessed: toxicological supervision compliance, constant and operative group attendance and compiling training sheets at home, and patient request to start an individual treatment after the 8 group meetings.

Results: Treatment outcome assessment shows a positive effect on the indicators considered.

All the 12 completers compiled training sheets at home and were compliant with toxicological supervision having negative drug test results, and 6 requests for starting an individual psychotherapy treatment and 2 requests for an educational treatment were received.

Follow-up outcomes confirm that if the ability of reflecting on emotions, thoughts and experiences increases, than a higher awareness of needing care and a better treatment adherence can be achieved. ■

Keywords: *Psychoeducational group intervention, Basic emotions, Communication skills, Problem solving, Insight, Compliance, Treatment adherence, Addiction treatment services.*

Parole chiave: *Intervento di gruppo psicoeducazionale, Emozioni di base, Competenze comunicative, Problem solving, Insight, Compliance, Aderenza al trattamento, Ser.T.*

Articolo sottomesso: 19/12/2022, accettato: 15/03/2023, pubblicato online: 09/06/2023

Introduzione

Nell'ambito dell'utenza ambulatoriale del Ser.T. si evidenzia con frequenza una ridotta aderenza alle visite programmate anche da parte di pazienti sottoposti a vincoli dell'Autorità Giudiziaria.

* Medico psichiatra Ser.T. Monza.

[^] Assistente sociale Ser.T. Monza.

^o Coordinatore infermieristico Ser.T. Monza.

[§] Responsabile sede Ser.T. Monza.

** Direttore ff SC Dipendenze ASST Monza.

La sola prescrizione di cura da parte della Magistratura non è sufficiente a garantire una regolare frequenza al servizio ed a sostenere la motivazione all'astinenza: si è osservato infatti un drop-out dal programma proposto nei primi 6 mesi di monitoraggio pari al 30% nonostante la violazione dei vincoli implichi una possibile carcerazione o comunque il mancato ottenimento di benefici quali ad esempio i giorni di liberazione anticipata. L'intervento di gruppo psicoeducazionale pensato su moduli vuole essere un nuovo approccio ai pazienti affetti da Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) standardizzato che mira a favorire l'inclusione in un percorso di cura agendo sull'insight.

L'approccio che viene qui presentato si può considerare innovativo perché "integra" le metodologie della promozione della salute mentale, di salutogenesi, con l'azione, le tecniche e le strategie psicoeducative che sono di provata efficacia, con particolare attenzione a quegli aspetti di funzionamento cognitivo che mediano il funzionamento sociale e personale

L'esperienza suggerisce che il primo intervento nel processo di presa in carico dovrebbe essere mirato a stimolare la consapevolezza di un bisogno di cura che non riguarda solo l'ambito della dipendenza, ma che coinvolga in modo più ampio il funzionamento personale e sociale, in altre parole l'insight.

Più è elevato l'insight e più le persone sono disponibili al cambiamento rispetto alle controparti con basso insight (1), vi è infatti una stretta correlazione tra la presenza di un buon insight e l'aderenza al trattamento con alti tassi di astensione dall'uso di sostanze.

Un recente studio evidenzia che gli utilizzatori di sostanze spesso non considerano il loro uso come problematico anche se sta danneggiando la loro salute (2), o sovente solo quando si verificano conseguenze sociali, come la perdita del lavoro, problemi relazionali, problemi legali o finanziari. Solo allora le persone con DUS iniziano a pensare di avere un problema, pur continuando a mostrare grandi difficoltà di adesione al trattamento, come osservato anche nel nostro Servizio.

Entrando nel merito del significato di insight, la concettualizzazione classica si riferisce alla consapevolezza e alla comprensione di sé delle proprie esperienze (3-4).

Negli ultimi vent'anni si è sviluppata una definizione alternativa di insight, incentrata sui processi meta-cognitivi: l'insight "cognitivo" (4), definito come la capacità di riflettere sui propri pensieri e di considerare il punto di vista degli altri riguardo a tali pensieri ed esperienze (4).

Le definizioni di insight "clinico" e cognitivo sono considerate complementari ed è utile da un punto di vista clinico esplorarli entrambi

L'intervento psicoeducativo strutturato su moduli si propone di agire sul insight cognitivo attraverso la maieutica adattata al gruppo, la normalizzazione, l'uso di abilità di comunicazione efficace, di problem-solving e modeling.

Questo tipo intervento migliora la consapevolezza di sé e del disturbo poiché i pazienti attraverso il riconoscimento guidato delle proprie emozioni imparano a riconoscere quelle disfunzionali per cui ricorrono alla sostanze.

Le schede a casa e gli esercizi di problem solving offrono uno strumento concreto con cui imparano a rivalutare e rivedere le proprie emozioni/reazioni, e così anche le proprie convinzioni. È noto che un uso prolungato di sostanze può compromettere il funzionamento cognitivo e il processo decisionale (5) e a questo può ridurre la capacità d'insight del paziente.

Un uso pesante e prolungato di sostanze può compromettere il funzionamento cognitivo ed il processo decisionale (6) e questo può ridurre la capacità di insight di una persona (7-8) sul ruolo che l'uso di sostanze svolge nel contribuire a esiti negativi per la salute (6) e questo a sua volta ridurre il suo comportamento di ricerca di cura (9-10)

La comprensione dell'insight nelle persone con DUS può aiutare a superare le difficoltà ad accedere al trattamento, a rimanere nel trattamento e a raggiungerne gli obiettivi (9-11-12).

Sul presupposto dell'insight cognitivo, presso il Ser.T. della ASST Monza è stato proposto un intervento di gruppo psicoterapeutico-psicoeducativo, diverso dai gruppi tradizionalmente svolti, che si sviluppa prendendo spunto da un percorso psicoeducativo strutturato, detto "Approccio Inte.G.R.O" (13), studiato in

ambito psichiatrico per sostenere la recovery di persone con disturbo mentale attraverso il miglioramento dell'insight cognitivo. Questo approccio è stato concepito per aiutare le persone a definire meglio gli obiettivi di benessere psicologico attraverso un lavoro che si pone i seguenti obiettivi: migliore comprensione delle proprie emozioni e di quelle suscitate negli altri, individuare soluzioni di problemi pratici, migliorare la rete sociale, abituarsi a ragionare prima di "saltare frettolosamente alle conclusioni", gestire la rabbia, avere una comunicazione efficace con gli interlocutori.

Questa modalità d'intervento non affronta mai direttamente l'argomento della "malattia" o sostanza d'abuso, che tuttavia può essere coinvolto dal paziente stesso in maniera indiretta.

Questo approccio permette al paziente di aumentare la propria consapevolezza del problema.

Gli incontri mirano a sviluppare e sostenere un insight di malattia o dell'uso problematico della sostanza ed il conseguente bisogno di cura attraverso un processo indiretto, agendo cioè sulla consapevolezza e sulla comprensione di sé, delle proprie esperienze di vita e delle relazioni, inducendo il paziente a riflettere su se stesso e sulle proprie fragilità.

Secondo il modello cognitivo-comportamentale, esiste uno stretto legame tra i pensieri, le emozioni e il comportamento della persona; agendo su uno di questi aspetti si modificano anche gli altri.

L'approccio di gruppo secondo un modello psicoeducativo strutturato in moduli di lavoro predeterminati e sequenziali presenta alcuni vantaggi.

L'apprendimento collaborativo sovrapponibile al "cooperative learning" consente di ottenere che i pazienti lavorino più a lungo sul compito senza stancarsi, ottenendo così in breve tempo risultati migliori per l'aumento della motivazione.

Fin dai primi incontri emerge un'implicita consapevolezza dell'importanza di aiutare un altro con maggiori difficoltà e questo aumenta il senso di autoefficacia oltre che contribuire a creare un ambiente facilitante (interdipendenza positiva).

Viene favorito inoltre un apprendimento "learner-centered" attraverso metodi psicoeducativi sovrapponibili a quelli in uso nel sistema scolastico: uno dei principi fondamentali è sollecitare la compilazione della scheda di esercitazione e chiedere il feedback agli altri partecipanti; il feedback costruttivo aiuta il pensiero critico e ogni partecipante è chiamato ad effettuarlo.

Infine, l'approccio psicoeducativo non può prescindere dall'importanza che l'insegnamento reciproco "cooperative learning" ha nel trasmettere un messaggio tra pari.

Approccio di gruppo

La metodologia d'intervento messa in atto prevede gruppi chiusi di 8 persone, della durata di 90 minuti; per ogni incontro è stata prevista un'unità di lavoro a tema sui seguenti obiettivi:

- comprensione delle emozioni (proprie e sul volto altrui);
- soluzione di problemi pratici;
- miglioramento della rete sociale;
- non saltare frettolosamente alle conclusioni;
- gestione della rabbia;
- comunicazione efficace.

L'intervento necessita di tre operatori: un conduttore che viene coadiuvato da un co-conduttore e di un osservatore.

Il conduttore svolge il ruolo del moderatore o facilitatore: si sforza di far parlare chi tende a non farlo, invita a tacere chi parla troppo e controlla il clima emotivo.

È impegnato a seguire il modello e le unità tematiche previste. Il co-conduttore affianca il conduttore in modo attivo e complementare, scrivendo sulla lavagna i passaggi più importanti da evidenziare.

È suo compito intervenire per integrare o per fornire al conduttore un feedback immediato, trovandosi in una posizione decentrata durante tutta la discussione.

L'osservatore invece non interviene e dà un feedback costruttivo nella riunione tra soli operatori al termine di ciascun incontro.

Gli incontri tematici mirati al riconoscimento delle emozioni vergogna, rabbia e tristezza, si basano sullo schema **ABC** (emozioni, cognizione, comportamento: cosa provo-cosa penso-soluzioni-piano d'azione) con lo scopo di portare i pazienti ad avere una maggior consapevolezza di sé e nel contempo offrire strumenti utili per un'adeguata gestione delle emozioni.

L'ABC è una tecnica di formalizzazione sia dell'accertamento cognitivo che del lavoro terapeutico cognitivo (14-15).

Il termine ABC è uno schema ideato da Albert Ellis e si tratta di un sistema molto usato nella psicoterapia cognitivo comportamentale che permette al paziente di individuare le idee irrazionali da cui deriva la sofferenza.

Lo schema da lui proposto si chiama ABC ed è così suddiviso:

- A (*Adversities e Activating Experiences*, avversità ed esperienze attivanti): tutto ciò che interagisce (negativamente o meno) con il raggiungimento dei nostri obiettivi.
- B (*Beliefs*, credenze o critical beliefs): le idee che le persone sviluppano rispetto alla situazione che si è.
- C (*Consequences*, conseguenze): sono le conseguenze dei B.

La metodologia si basa sul riconoscimento delle emozioni, attraverso la presentazione di foto che la rappresentano mentre si discute (scheda emozioni allegato 1) e attraverso esercitazioni volte a individuare l'emozione in questione, i segni, le situazioni, le sensazioni, i pensieri collegati ad essa ed infine i comportamenti conseguenti distinguendoli tra funzionali e disfunzionali (l'abilitazione cognitivo-emozionale).

Nel nostro metodo ci si propone di applicare i seguenti passaggi: PROBLEMA-COSA PROVO-COSA PENSO-SOLUZIONI (PENSIERI ALTERNATIVI)-SOLUZIONE SCELTA (PENSIERO ALTERNATIVO) PIANO D'AZIONE-COME MI SENTO (COSA PROVO).

Si invitano i partecipanti ad individuare un problema personale e ad analizzarlo secondo lo schema dell'analisi del problema e lo si condivide nel gruppo attraverso un approccio distaccato: il clima di partecipazione, le tante soluzioni espresse, l'aver constatato che molte persone sono disponibili nel trovare soluzioni e nell'offrire un aiuto concreto, determina nell'immediato un diverso stato d'animo e incoraggia i presenti ad iniziare a lavorare sui problemi personali con il problem solving ed il role palying. L'insegnamento del problem solving nel definire e gestire problemi pratici, interpersonali e personali incrementa le abilità di comunicazione e di ascolto oltre a migliorare le capacità di riconoscimento e gestione delle emozioni.

Materiali e metodi

È stato utilizzato un disegno di studio con una valutazione prepost, senza gruppo di controllo, su soggetti affetti da Disturbo da uso di sostanze (DUS) sottoposti a provvedimenti dell'autorità giudiziaria.

Sono stati condotti due gruppi uno a gennaio 2022 e uno ad aprile 2022, entrambi composti da 8 partecipanti per 8 riunioni di 90 minuti a frequenza settimanale.

Al termine di ogni incontro è stato consegnato un questionario volto a conoscere l'acquisizione delle conoscenze sui temi trattati durante il Training, da compilare a casa e riconsegnare all'incontro successivo.

Dopo ogni incontro è stato inoltre somministrato ai partecipanti il questionario di gradimento "utilità e piacevolezza" per ogni singolo incontro con un punteggio compreso tra 3 (per niente) e 8 (moltissimo) di entrambe; è stata inoltre somministrata la Scala Analogica Visiva (VAS) per la misurazione del craving che ha un punteggio compreso tra 0 (nessun desiderio) e 10 (desiderio continuo) sia per intensità che per frequenza del desiderio di assumere la sostanza.

Tutti i pazienti erano sottoposti alla misura penale dell'affidamento terapeutico e presentavano prima dell'adesione al gruppo un'incostante frequenza al Servizio: non effettuavano regolarmente il monitoraggio tossicologico previsto dalla disposizione giudiziaria: erano stati effettuati nei tre mesi precedenti 101 controlli delle urine su 240 programmati (42%); non si presentavano ai colloqui con gli operatori 8 su 20 programmati con il Medico (40%) 12 su 50 programmati con Assistente Sociale (24%) e non effettuavano il colloquio del percorso psicologico previsto.

L'accesso al servizio era motivato e limitato esclusivamente alla somministrazione della terapia sostitutiva e/o sintomatica.

Attualmente inoltre non esiste un consenso sul modo più appropriato di misurare l'insight nei pazienti affetti da DUS (9-11-12) e pertanto su tale premessa si è pensato di valutare il miglioramento dell'insight proprio attraverso il miglioramento dell'aderenza al trattamento.

Come esito primario del miglioramento dell'insight cognitivo sono state prese in considerazione:

- a) l'aderenza al monitoraggio tossicologico, (raccolta urine due volte alla settimana);
- b) la partecipazione costante e attiva al gruppo;
- c) la compilazione delle schede di training a casa.

Come esito secondario del miglioramento dell'insight è stata considerata la richiesta da parte dell'utente d'intraprendere un intervento individuale alla conclusione degli 8 incontri di gruppo.

Risultati

I gruppi sono stati proposti a 16 pazienti: 15 maschi e una femmina, tutti affetti da DUS e con vincolo giudiziario, di essi 4 pazienti maschi non si sono mai presentati ad alcun incontro degli 8 previsti e sono pertanto stati esclusi dalle valutazioni successive.

Dei 12 soggetti inclusi nei due gruppi l'età media è di 44,58 anni (DS +12,06) con livello di istruzione di 9,25 (DS +2,90) anni e un'età di esordio del DUS di 20,75+5,82 anni; risultano in carico al Ser.T. da 6,04 (DS +3,92) anni.

7 su 12 pazienti (58%) erano disoccupati e 8 su 12 (67%) non avevano una relazione affettiva stabile (single).

Dal punto di vista del DUS 4 persone (33%) usavano stimolanti; 6 (50%) oppioidi, uno THC e uno alcool; due presentavano una comorbilità psichiatrica in trattamento (1 disturbo bipolare, 1 disturbo d'ansia).

Sette dei 12 (58%) pazienti hanno partecipato a tutti gli otto incontri e vengono definiti *completeers*: 3 erano parte del primo gruppo e quattro del secondo gruppo.

I 5 pazienti drop-out sono composti da un paziente che dopo il primo incontro è stato carcerato per cui non ha potuto prose-

guire gli incontri (DUS alcool-dipendenza) e altri 4 pazienti che hanno lasciato il gruppo dopo i primi due incontri (DUS uso di stimolanti).

Dei tre pazienti *compleeters* del primo gruppo, 2 presentavano DUS da uso di stimolanti, e uno DUS da uso da cannabinoidi.

Nel secondo gruppo tutti e 4 i pazienti *compleeters* presentavano DUS da oppioidi in terapia sostitutiva con metadone.

Tutti e 7 i pazienti *compleeters* hanno compilato le schede di esercitazione a casa per ogni sessione che sono state condivise sia nel gruppo successivo che con il terapeuta individuale.

Non si sono evidenziate differenze significative tra il gruppo dei *compleeters* e i drop out per età, età d'insorgenza del DUS, anni di trattamento al Ser.T. e tipologia di DUS.

Tutti e 7 i pazienti *compleeters* hanno compilato le schede di training a casa e aderito al monitoraggio tossicologico con esiti negativi per la ricerca di sostanze.

I *compleeters* hanno pertanto mostrato aderenza, partecipazione all'attività sia nel gruppo che a casa attraverso la compilazione delle schede.

Il loro impegno corrisponde ad un possibile incremento dell'insight cognitivo misurato proprio attraverso l'aderenza al trattamento:

a) aderenza al monitoraggio tossicologico (raccolta urine due volte alla settimana);

b) partecipazione costante e attiva al gruppo;

c) compilazione delle schede di training a casa.

Si aggiunga che al termine degli otto incontri di gruppo i *compleeters* hanno espresso la loro consapevolezza del DUS e la motivazione al cambiamento attraverso la richiesta di ulteriori interventi psicoterapeutici o educativi: sono state ricevute 6 richieste per effettuare un intervento di psicoterapia individuale e 2 per un intervento di tipo educativo, poiché un paziente ha richiesto entrambi gli interventi.

La valutazione dei risultati dell'intervento mette in evidenza un impatto positivo per i diversi indicatori di esito presi in considerazione nei pazienti *compleeters*.

Attraverso il modulo di monitoraggio "utilità e piacevolezza" di ogni singolo incontro, si sono registrati valori molto positivi, con la media di 6,7 e 6,8 (7 = molto) per entrambi, laddove il punteggio era compreso tra 3 (per niente) e 8 (moltissimo).

Dal grafico "Gradimento argomenti trattati" (allegato 2) risultano inoltre aver avuto maggior successo gli argomenti che trattavano la comunicazione.

Il craving ha mostrato un andamento mediamente stabile sia per intensità che per frequenza come rappresentato dal grafico "Andamento dell'intensità del craving dei *compleeters* scala VAS" (allegato 3).

Discussione e conclusioni

Il presente lavoro è nato dall'esigenza di aumentare la scarsa aderenza dei pazienti con DUS ai percorsi terapeutici anche quando sono vincolati da un provvedimento dell'autorità giudiziaria.

Piuttosto che sollecitare i pazienti con altri tipi di controlli abbiamo pensato di adattare un intervento sull'insight da realizzarsi in gruppo e che non affrontasse direttamente la loro problematica DUS.

I pazienti che hanno superato i primi due incontri sono riusciti a completare tutto il ciclo di 8, hanno partecipato attivamente sia in gruppo che completando le schede a casa e hanno tutti richiesto al termine del percorso un intervento di psicoterapia individuale o educativo.

Si è osservato che questo approccio indiretto alla problematica dell'abuso ha coinvolto ed incuriosito i pazienti che perciò hanno partecipato attivamente al percorso.

Le valutazioni sull'utilità e la piacevolezza del singolo incontro da parte dei pazienti sono state positive.

Abbiamo osservato che l'uso delle schede di esercitazione a casa basate su un approccio cognitivo comportamentale e del problem solving è stato ben accettato e rispettato, facilitando così il processo di consapevolezza.

Le schede compilate durante il gruppo hanno permesso di mettere in luce le situazioni, i comportamenti e/o i pensieri disfunzionali che sono stati materiale per i successivi interventi mirati individuali di ciascun partecipante.

Durante il percorso si è assistito anche ad un miglioramento del craving (valutato tramite scala VAS) e ad un mantenimento dell'astensione dal consumo della sostanza.

I risultati di follow-up confermano che aumentando la capacità di riflettere sulle proprie emozioni, pensieri ed esperienze si ottiene una maggior consapevolezza del bisogno di cura e una miglior aderenza al trattamento anche in pazienti di difficile aggancio nonostante la lunga storia di malattia (età media 44 anni esordio malattia a 20 anni da oltre 6 anni in carico al Ser.T.).

A distanza di tre mesi dal termine del secondo gruppo si evidenzia che i pazienti *compleeters* hanno mantenuto una costante frequenza al servizio, un incremento degli interventi di cura con conferma dei benefici di legge ottenuti.

Quanto osservato è in linea con la tendenza della recente letteratura che definisce l'insight come la capacità di riflettere sui propri pensieri ed esperienze, confermando l'utilità di questo tipo di intervento nell'ambito delle DUS.

I pazienti hanno gradito il lavoro sulle emozioni nonostante il basso livello educativo (9 anni di istruzione), in prevalenza disoccupati e senza riferimenti affettivi stabili.

Probabilmente per questi soggetti è stato l'unico ambito in cui confrontarsi su temi di questo tipo e diviene un'occasione importante per stimolarli ad incrementare la consapevolezza della problematica legata al DUS e favorire l'aderenza al percorso di cura. Rilevante il confronto tra pari su questi argomenti che aiuta il paziente a condividere il proprio vissuto senza temere di essere giudicato o escluso.

Un elemento di interesse clinico da evidenziare è che questa categoria di pazienti complessi spesso mal sopportati e vissuti dagli operatori come soggetti che strumentalizzano, hanno finalmente trovato occasione di essere visti come pazienti e di essere parte attiva del proprio processo di cura.

L'utilizzo di questa metodologia di lavoro all'ingresso del paziente in Servizio potrebbe facilitare i processi di motivazione alla cura da parte del paziente e permettere all'équipe curante una più rapida definizione delle aree di intervento.

Il nostro servizio intende proseguire questa modalità di intervento, che ha dimostrato di ottenere in tempi rapidi miglioramenti significativi dell'insight diretto e indiretto misurato attraverso all'aderenza al percorso e alla richiesta di ulteriori interventi di cura che questo tipo di pazienti solitamente sottovaluta ed evita.

I pazienti si erano tutti rivolti al servizio poiché obbligati da un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria e non spontaneamente per aver riconosciuto di avere un DUS.

Ci si propone di utilizzare la metodologia del lavoro di gruppo anche in altre tipologie di utenza non vincolate da provvedimenti giudiziari per verificare l'ipotesi dell'incremento dell'insight diretto e indiretto attraverso l'intervento psicoeducazionale strutturato.

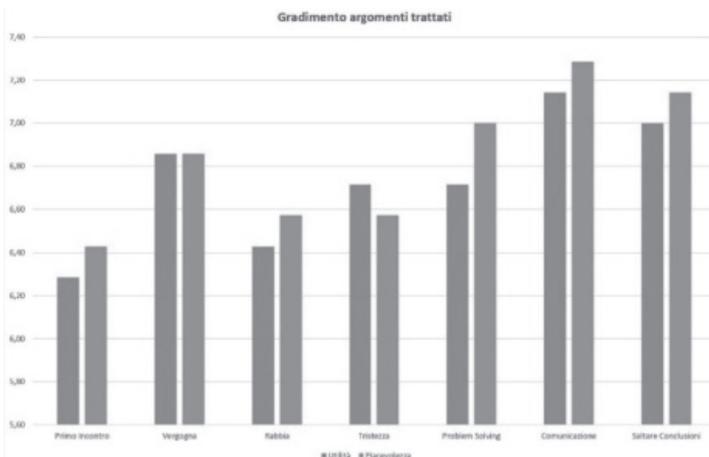
Riferimenti bibliografici

- (1) Raftery D., Kelly P.J., Deane F.P. Baker A.L. Ingram I. *et al.* (2020). Insight in substance use disorder: A systematic review of the literature. *Addictive Behaviors*, 111, 106549.
- (2) Pettigrew S., Jongenelis M.I., Pratt I.S., Slevin T., Chikritzhs T. (2017). Drinkers' identification with varying alcohol consumption prototypes. *Drug and Alcohol Review*, 36(4): 464-467.
- (3) Amador X.F., Seckinger R.A. (1997). The assessment of insight: A methodological review. *Psychiatric Annals*, 27(12): 798-805.
- (4) Beck A.T., Baruch E., Balter J.M., Steer R.A., Warman D.M. (2004). A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*, 68(2-3): 319-329.
- (5) Goldstein R.Z., Craig A.D., Bechara A., Garavan H., Childress A.R., Paulus M.P., Volkow N.D. (2009). The neurocircuitry of impaired insight in drug addiction. *Trends In Cognitive Sciences*, 13(9): 372-380.
- (6) Goldstein R.Z., Volkow N.D. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: Neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *American Journal of Psychiatry*, 159(10): 1642-1652.
- (7) Lysaker P.H., Bell M.D., Bryson G., Kaplan E. (1998). Neurocognitive function and insight in schizophrenia: Support for an association with impairments in executive function but not with impairments in global function. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(4): 297-301.
- (8) Rinn W., Desai N., Rosenblatt H., Gastfriend D.R. (2002). Addiction denial and cognitive dysfunction: A preliminary investigation. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 14(1): 52-57.
- (9) Digiusto E., Treloar C. (2007). Equity of access to treatment, and barriers to treatment for illicit drug use in Australia. *Addiction*, 102(6): 958-969.
- (10) Nwakeze P.C., Magura S., Rosenblum A. (2002). Drug problem recognition, desire for help, and treatment readiness in a soup kitchen population. *Substance Use & Misuse*, 37(3): 291-312.
- (11) Kenny P., Harney A., Lee N.K., Pennay A. (2011). Treatment utilization and barriers to treatment: Results of a survey of dependent methamphetamine users. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 6(3).
- (12) Pennay A.E., Lee N.K. (2009). Barriers to methamphetamine withdrawal treatment in Australia: Findings from a survey of AOD service providers. *Drug and Alcohol Review*, 28(6): 636-640.
- (13) Veltro F., Vendeittelli N., Pontarelli I., Pica A., Nicchiniello I. (2017). *L'intervento psicoeducativo di Gruppo per il Raggiungimento di Obiettivi (INTE.G.R.O.)*.
- (14) Ellis A. (1962). *Reason and Emotion in psychotherapy*. Secaucus, NJ: Citadel.
- (15) Neenan M., Dryden W. (2006). *Rational Emotive Behaviour Therapy in a Nutshell*. Sage Publications.

Allegato 1



Allegato 2



Allegato 3

