

## QUO VADITIS, ADIKTOLOGICKÉ GUIDELINES?

V listopadu 2009 byly na konferenci v Karlových Varech představeny aktualizované doporučené postupy v léčbě návykových poruch a patologického hráčství. Materiál vypracoval Karel Nešpor, a to na objednávku výboru Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Text vzbudil zájem výboru Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP a po intervenci předsedy SNN Petra Popova bylo umožněno dvěma členům výboru SNN (Kamil Kalina a Petr Jeřábek), aby se k němu dne 3. 2. 2010 vyjádřili v diskusi na pravidelné schůzi Psychiatrické společnosti v Praze. Redakce časopisu Adiktologie umožnila otištění diskusních příspěvků. Svůj komentář jsem převedl z power-pointové prezentace do formy vhodné k publikaci. Text nehodlá být žádnou revizí Nešporových doporučení ani jejich doplňkem, neboť k tomu nejsem zmocněn. Byl jsem nicméně fascinován stylem a mechanismem, kterými se nejnovější vědecké poznatky předkládají v oficiálním dokumentu odborné veřejnosti, a mám potřebu se k materiálu vyjádřit. Předběžně soudím, že by se současně (v rámci SNN) mohlo jednat o facilitaci pokračující diskuse o náplni a směřování oboru, který si od jisté doby dovolují označovat termínem adiktologie.

Nešporovy doporučené postupy jsou v současné době k nahlédnutí na webových stránkách Psychiatrické společnosti. Jsou rozděleny dle jednotlivých kategorií užívaných psychoaktivních látek (F10 až F19 dle MKN-10) resp. patologického hráčství (F63.0), celkem do osmi diagnostických skupin. Tvoří je přehledné tabulky, které jsou doplněny komentáři. Po formální stránce je pokryta většina druhů adiktologické léčby. V oblasti emergentní adiktologie a léčby farmakologické je těžké něco zásadního dodat a Nešpor jejich pečlivým zpracováním dosvědčil svou mnohaletou autoritu v oboru.

Méně přehledně a z odborného hlediska mnohem problematičtější je pokryta oblast léčby nefarmakologické (zvláště syndromů závislosti) a některé další oblasti (svěpomoc, následná léčba). Nešpor doporučuje aplikaci jednotlivých terapeutických postupů u každé návykové látky zvlášť, což problematiku znepřehledňuje. Pokud se pokusíme detektivním způsobem rozklíčovat předložené informace, dozvíme se například, že krátká intervence je doporučena sedmkrát (mimo opioidy), prevence recidiv čtyřikrát (u alkoholu, benzodiazepinů, stimulantů a solvencí), rodinná terapie

pětkrát (nikoliv u opioidů, benzodiazepinů nebo stimulantů), gestalt terapie jedenkrát u solvencí (evidence E), posilování sebedůvěry jedenkrát u benzodiazepinů (evidence G) a podobně. Taková roztržičnost ovšem vede ke zmatečnosti a vědecké neúplnosti doporučených postupů.

Doporučeným postupům je možno doporučit, aby byly adekvátně dopracovány. Doladění chybí především v následujících oblastech (u většiny citací uvádím sílu důkazu v intencích doporučení APA, které převzala i Psychiatrická společnost):

**1/ Obecná terapeutická východiska.** Není jasné, proč Nešpor zcela opustil koncepci matchingu (Nešpor, 2004) a nahradil ji principem postačující stupňovité péče. Kdo bude hodnotit ono postačování a podle jakých kritérií, to není vysvětleno. Matching má tu výhodu, že je možno jej realizovat na základě dobrovolného dvoustranného nebo i vícestranného kontraktu, kde pacient je šéfem a profesionál poskytuje adekvátní zpětnou vazbu, což je možno považovat za základ mnohé další adiktologické péče. (Pozn. Zásada postačující stupňovité péče má samozřejmě svoje oprávnění v emergentní adiktologii a v léčbě terminálních stavů.)

**2/ Svěpomoc** je v doporučených postupech nabízena prakticky ve všech léčebných modalitách, a to i jako alternativa rezidenční léčby. Ve světle historických zkušeností (zhroucení původního Synanonu, nedávná zlatá rána vedoucího svěpomocné TK Monar Bohutín apod.) bych odborný placet vázal na nezbytný požadavek bezpečné rezidenční svěpomoci triádou: a) stabilní programová struktura, b) adekvátní personální zajištění (formální vzdělání a sebezkušenost), c) externí supervize.

**3/ Psychoterapie závislostí** vybízí k široké diskusi. 3/1 Z konkrétních intervencí není zmíněn **terapeutický plán**, který někteří autoři považují za KBT metodu (Praško et al., 2007). K jeho průběžnému vyhodnocování jsou sice nezbytné relativně intaktní kognitivní funkce dyády pacient-terapeut, avšak jedná se spíše o intervenci integritivní. Kontinuální aplikace TP totiž ve výsledku zpravidla otevírá mohutný proud behaviorálního a souvisejícího intrapsychického materiálu, který pak budiž předmětem dal-

šího soustředěného terapeutického úsilí (srv. Perkinson, 2008 – F).

3/2 Z doporučených postupů léčby závislosti na alkoholu není jasné, zda dostatečně zohledňují výsledky projektu MATCH (Project MATCH Research Group, 1997 – A; 1998 – A), kde byla účinnost facilitace 12 kroků (TSF) srovnatelná s KBT a s léčbou posilováním motivace (MET), což vyplývalo z redukce užívání alkoholu u skupiny 1726 alkoholově závislých. U jiných skupin návykových látek se pomějí jiné studie, které se zabývaly terapeutickou účinností jiných metod nebo u jiné než alkoholické skupiny. Jedná se např. o suportivně expresivní psychoterapii (SE: dynamicky orientovaná, cílí na klíčové vztahové konflikty), která byla u uživatelů opioidů účinnější než pouhé poradenství (Woody et al., 1983 – A; Woody et al., 1987 – A), resp. prokázala stejnou účinnost jako kognitivní terapie (Woody et al., 1995 – A). U uživatelů kokainu mělo její použití obdobné výsledky (Crits-Christoph et al., NIDA, 1999 – A), i když zde autoři upozornili, že ani KT ani SE nezajistily uspokojivou retenci v léčbě.

3/3 Nikoliv ke všem závěrům lze v adiktologii dojít metodou randomizovaných kontrolovaných studií. Psychoterapeutická intervence zde není to samé, co aplikace psychofarmaka, a je těžké si představit, že někdo bude projektovat studii, ve které se u jedné skupiny bude podporovat vyjadřování emocí, u druhé to bude lhostejné a u třetí zakázané. Z tohoto důvodu vznikl konsenzuální koncept „**Fostering Management of Painful Affects**“, který zahrnuje skupinu intervencí (napříč spektrem různých psychoterapeutických přístupů a metod) zaměřených na odkrývání silných afektů během bezpečného terapeutického sezení a současně na podporu schopnosti je identifikovat, tolerovat a přiměřeně na ně reagovat (Rounsaville et al., 2005 – F).

3/4 **Skupinová terapie** se zmiňuje jen u závislosti na halucinogenech, s evidencí G. Její využití je přitom v adiktologii plauzibilní, jak uvádí v přehledu Washton (2005 – F).

3/5 **Rodinná/párová terapie** je v doporučených postupech zmíněna jen u závislosti na alkoholu, kanabinoidech, halucinogenech, solvenciích a u gamblingu. Ve skutečnosti je její využití všestranné a řada programů ji má fixně zabudovanou, a to i v různých modifikacích. Příklady referencí: Fals-Stewart et al., 2004 – E; *nealkoholové drogy*: Stanton & Shadish, 1997 – E; integrativní strukturálně-strategická RT (Miller et al., 2000 – E); systemická RT (Stanton & Shadish, 1997 – E); *opioidy*: strukturálně strategická RT (Yandoli et al., 2002 – A+B – v rámci metadonové léčby, proti dvěma běžnějším způsobům léčby bez RT).

3/6 **Narativní terapie** v Nešporově materiálu chybí a není prozatím podložena ani randomizovanými kontrolovanými studiemi; poskytuje nicméně nadějně kazuistiky (Sanders, 2007 – G; Jeřábek, in print – G).

#### 4/ Další nefarmakologické přístupy

4/1 **Základní léčebnou strategií** (kromě oblasti harm reduction) je důraz na kontrolu nebo redukci užívání návykových látek případně na abstinenci, což je východiskem pro další intervence (Rounsaville et al., 2005 – F).

4/2 Nešpor pomíjí některé alternativní léčebné přístupy, jichž byl dříve klinickým učitelem, což platí např. o józe. **Akupunkturu** však pominul navzdory některým evidence-based datům. U léčby *závislosti na alkoholu* touto metodou zjistili Bullock et al. (2002 – A) signifikantní redukci cravingu a množství vypitého alkoholu (oproti placebo). U *závislosti na heroinu* konstatovali Smith & Khan (1988 – B) signifikantní redukci abstinčních příznaků při detoxu a vyšší retenci v léčbě. U *závislosti na kokainu* zjistili Avants et al. (2000 – A) a rovněž Margolin et al. (2002 – A) signifikantní zvýšení počtu abstinujících v ambulantní léčbě (oproti relaxaci nebo aplikaci jehel mimo akupunkturální body).

4/3 Pozoruhodnou českou tradici mají **zátěžové programy** (Rataj, 2007 – G; Jeřábek, in print – G).

5/ **Léčbu duálních diagnóz** zmiňuje Nešpor jen u závislosti na kanabinoidech a solvenciích. Ve skutečnosti se jedná o častou problematiku a v ČR dosud neuspokojivě řešenou. Pacienti s „velkou duální diagnózou“ (kombinace s primárním psychotickým onemocněním, většinou ze schizo- nebo afektivního okruhu) bývají zpravidla léčeni obvyklými psychiatrickými metodami, ale většinou ne specificky adiktologicky. Jediná terapeutická komunita (nestátně nezdravotnická), která se v ČR částečně věnuje takové klientele, je TK Sejrek. Indikace léčby v terapeutické komunitě se u této skupiny vysloveně nabízí, jak bude ještě zmíněno dále.

Podle řady autorů je u látkové závislosti nejčastěji přidružena porucha osobnosti. Vukov & Baba-Milkič (1992 – C) zjistili u závislých na opioidech 59% výskyt osobnostní poruchy z okruhu podskupiny B dle DSM-IV. Weiss et al. (1993 – C) zjistili poruchu osobnosti u 37 z 50 závislých na kokainu. Dle Kesslera et al. (1994 – C) jsou jedinci s hraniční a antisociální poruchou osobnosti vysoce riziková pro rozvoj poruch spojených s užíváním návykové látky. Jeřábek (2004 – C) konstatoval u vzorku 90 drogově závislých, že 70 % rorschachovských protokolů splňuje arbitrární kritéria pro osobnostní patologii charakterizovanou jako vývojově nízký stupeň osobnostní organizace; v doplňující studii (Jeřábek, 2008 – C) zjistil obdobné výsledky u vzorku 30 rezidenčně léčených závislých na alkoholu.

Jakkoliv je psychopatologie duální diagnózy komplikovaná, z uvedených důvodů by bylo vhodné uvažovat o integraci postupů, které se užívají v léčbě poruch osobnosti. U *hraniční poruchy osobnosti* je to např. transference-focused psychotherapy, která pracuje s převládajícím vztahovým paradigmatem. Ve studii Clarkina et al. (2004 – A) měla signifikantně lepší efekt než podpůrná psychodynamická

terapie nebo DBT (dialektická behaviorální terapie, původní KBT modalita pro léčbu BPD, která kombinuje trénink dovedností ve čtyřech oblastech: dbalost, interpersonální efektivita, tolerance zátěže, regulace emocí). Další možností je mentalization-based therapy, která vychází z attachment teorie a cílí na uvědomění si emocí souvisejících se signifikantním vztahem, přičemž terapeut zde udržuje „mentalizační pozici zde a nyní“. Podle studie Batemana & Fonagyho (1999 – A) měla metoda signifikantně lepší efekt oproti „všeobecné léčbě“ a ke stejnému výsledku došla další práce stejných autorů z roku 2001 (A+B), která byla navíc prospektivně zaměřená. Z KBT spektra stojí za zmínku schema focused therapy, která pracuje s ranými maladaptivními schématy (Young, 2003). Metoda měla signifikantní efekt ve studii Giesena-Blooa et al. (2006 – B). Přístupy integrativní terapie kladně hodnotí ve svém přehledu Bradley et. al. (2007 – F). U *narcistické poruchy osobnosti* je prozatím nedostatek randomizovaných kontrolovaných studií. Jednou z výjimek je studie Teusche et al. (2001 – D), kteří použili přístup client centered psychotherapy (CCT), která pracuje se sebeaktualizujícím potenciálem pacienta. Metoda měla signifikantní efekt oproti kombinovanému přístupu CCT+psychofarmaka: tato kombinace snižovala autonomii a sebeúčinnost pacientů. Podobné přístupy jsou v dosavadní české praxi často integrovány do léčebných postupů terapeutických komunit, i když se dosud většinou nazývaly jinak (práce s emocemi ve vztahu, princip zde a nyní, zvyšování sebeúčinnosti apod.).

**6/ Velmi diskutabilní je suverénní indikace ústavní léčby** u syndromu závislosti. Nešpor ji plauzibilně doporučuje ve všech případech a léčbu v terapeutické komunitě připouští jen u závislosti na halucinogenech, opioidech a stimulantech (pervitin). V předloženém komentáři doporučují implementovat koncepci specializované rezidenční léčby syndromu závislosti, která alternativně zahrnuje buď léčbu na specializovaném oddělení nemocnice či léčebny, nebo léčbu v terapeutické komunitě. Speciální indikací rezidenční léčby na TK jsou navíc různě vyjádřené duální diagnózy včetně poruch osobnosti, kde má léčba na TK velmi dobrou účinnost (Westreich et al., 1996 – D; Rosenthal & Westreich, 1999 – F; Kalina, 2008 – E).

Pokud se týká vlastního obsahu rezidenční léčby, nepochopil jsem plně, co mají doporučené postupy vlastně na mysli. Například u „ústavní léčby syndromu závislosti na alkoholu“ se konstatuje: „Po zvládnutí akutního stavu (např. deliria tremens) se používají stejné nebo podobné postupy jako v ambulantní léčbě, ale ve větší intenzitě (několik hodin denně – oproti několika hodinám týdně nebo měsíčně při ambulantní léčbě).“ U ambulantní léčby se podle Nešpora: „Obvykle používá kombinace více postupů, např. práce s motivací, jiné formy psychotherapie, rodinná terapie, disulfiram, medikace mírnící bažení po alkoholu – nejúčinnější je naltrexon.“

Nyní můžeme spekulovat o tom, co se má tímto ústavně léčebným koktejlem vlastně na mysli, jaké procento pacientů s odeznělým deliriem tremens bude profitovat ze systematické psychotherapie, zda je u nich indikován disulfiram a podobně. Důležitější je v této souvislosti uvést, že řada adiktologických pracovišť v ČR používá v současné době postupy specializované komplexní rezidenční léčby, která má jiný obsah a charakter než ambulantní forma léčby. Je to dáno především expozicí pacienta modelové terapeutické konstelaci nepřetržitě 24 hodin denně, po dobu několika měsíců. Tím se umožňuje plné rozvinutí komprehenzivních a integrativních terapeutických postupů, které v zásadě staví na akčním stupni motivačního cyklu změny. Z této definice vyplývá nutnost řešení řady velmi sporných koncepčních a organizačních otázek rezidenční léčby, jako je např. implikace zvýšeného ošetrovatelského dohledu nejméně v počátečních etapách léčby, odpovídající personální a ekonomické zajištění léčebných programů apod.

**7/ Následná léčba/péče.** Nešpor prakticky neuvažuje tento druh léčby (s výjimkou stručně uvedené prevence recidiv u závislosti na alkoholu, benzodiazepinech, stimulantech a solvenciích, přičemž u této poslední ztožňuje prevenci recidiv se sledováním). Následná léčba (péče) přitom zahrnuje skupinu specializovaných terapeutických přístupů, které úzce souvisí se spektrem strategií prevence relapsu (Daley & Marlatt, 2005 – F). Formy následné léčby zahrnují např. ambulantní doléčování (včetně rodinné terapie), partiální hospitalizaci s doléčováním, specializované doléčovací programy včetně semimurálních, rehabilitační programy, domy na půli cesty, svépomoc (AA, NA) a podobně.

Návrh doporučených postupů v léčbě návykových poruch a patologického hráčství v podobě aktuální prezentace Psychiatrickou společností neodráží v dostatečné míře stupeň vědeckých poznatků v roce 2010. Adiktologická obec (včetně SNN) by se od tohoto návrhu měla distancovat. Psychiatrická společnost by měla být s tímto stanoviskem vhodnou formou seznámena.

Předložený komentář nehodlá nijak zpochybňovat kompetence PS, jaké publikační výstupy a od kterých autorů bude veřejně prezentovat a vydávat za svoje odborné stanovisko. Nebude však k adekvátnímu adiktologickému prospěchu občanů České republiky, pokud by měl být výše komentovaný materiál (v současné podobě) důležitým strategickým dokumentem zakládajícím úroveň adiktologické péče v ČR (se všemi dalšími, i organizačně ekonomickými souvislostmi) pro roky 2010 a nejbližší následující.

V Bílé Vodě 14. února 2010  
MUDr. Petr Jeřábek, Ph.D.  
místopředseda výboru SNN ČLS JEP

## LITERATURA / REFERENCES

- Avants, S. K., Margolin, A., Holford, T. R. et al. (2000). A randomized controlled trial of auricular acupuncture for cocaine dependence. *Arch. Intern. Med.*, 160, 2305–2312.
- Bateman, A., Fonagy, P. (1999). The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563–1569.
- Bateman, A., Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36–41.
- Bradley, R., Conklin, C. Z., Westen, D. (2007). Borderline personality disorder. In: O'Donohue, W., Fowler, K. A., Liliendfeld, S. O. (eds.), *Personality disorders*, Los Angeles, Sage Publications, pp. 167–201.
- Bullock, M. L., Kiresuk, T. J., Sherman, R. E. et al. (2002). A large randomized placebo-controlled study of auricular acupuncture for alcohol dependence. *J. Subst. Abuse Treat.*, 22, 71–77.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., Kernberg, O. F. (2004). The personality disorders institute/borderline personality disorder research foundation randomized control trial for borderline personality disorder: Rationale, methods, and patient characteristics. *Journal of Personality Disorders*, 18, 52–72.
- Crits-Christoph, P., Siqueland, L., Blaine, J. D. et al. (1999). Psychosocial treatments for cocaine dependence: results of the National Institute on Drug Abuse collaborative cocaine study. *Arch. Gen. Psychiatry*, 56, 495–502.
- Daley, D. C., Marlatt, G. A. (2005). Relapse prevention. In: Lowinson, J. H., Ruiz, P., Millman, R. B., Langrod, J. G. (eds.), *Substance abuse, 4th edition*. Lippincott, Williams & Wilkins, pp. 773–785.
- Fals-Stewart, W., O'Farrell, T. J., Birchler, G. R. (2004). Behavioral couples therapy for substance abuse: Rationale, methods, and findings. *Sci. Pract. Perspect.*, 2(2), 30–41.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T. et al. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs. transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649–658.
- Jeřábek P. (2004). *Struktura osobnosti drogově závislých* (autoreferát dizertační práce). Olomouc: Univerzita Palackého.
- Jeřábek P. (2008). Psychopatologie závislosti. In: Kalina K. et al.: *Základy klinické adiktologie*, Praha, Grada Publishing, pp. 53–74.
- Jeřábek P. (in print). Duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek. In: Praško, J., Látalová, K., Stárková, L., Stolínová, H., Ticháčková, A. (eds.), *Klinická psychiatrie*. Praha: Medical Tribune.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshelman, S., Wittchen, H. U., Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National comorbidity study. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8–19.
- Kalina, K. (2008). *Terapeutická komunita. Obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Praha: Grada Publishing.
- Margolin, A., Kleber, H. D., Avants, S. K. et al. (2002). Acupuncture for the treatment of cocaine addiction. *JAMA*, 287, 55–63.
- Miller, R. B., Johnson, L. N., Sandberg, J. G. et al. (2000). An addendum to the 1997 outcome research chart. *Am. J. Fam. Ther.*, 28, 347–354.
- Nešpor, K. (2004). Návykové poruchy. In: Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. (eds.), *Psychiatrie*. Praha: Tigris, pp. 571–592.
- Perkinson, R. R. (2008). *Chemical dependency counseling: A practical guide*. Los Angeles: SAGE Publications.
- Praško, J., Možný, P. (2007). Struktura KBT. In: Praško, J., Možný, P., Šlepecký, M. et al. *Kognitivně behaviorální terapie psychických poruch*. Praha/Kroměříž: Triton, pp. 84–140.
- Project MATCH Research Group (1997). Matching alcohol treatments to client heterogeneity: project MATCH posttreatment drinking outcomes. *J. Stud. Alcohol.*, 58, 7–29.
- Project MATCH Research Group (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: treatment main effects and matching effects on drinking during treatment. *J. Stud. Alcohol.*, 59, 631–639.
- Rataj, M. (2007). Zátěžové programy. In: Nevšímal P. (ed.), *Terapeutická komunita pro drogově závislé II. Česká praxe*. Praha – Mníšek pod Brdy: Nakladatelství Lidové noviny, pp. 167–170.
- Rosenthal, R. N., Westreich, L. (1999). Treatment of persons of substance use disorder and other psychological problems. In: McCrady, B. S., Epstein, E. E. (eds.), *Addictions: a comprehensive guidebook*. New York-Oxford: Oxford University Press, pp. 439–476.
- Rounsaville, B. J., Carroll, K. M., Back, S. (2005). Individual psychotherapy. In: Lowinson, J. H., Ruiz, P., Millman, R. B., Langrod, J. G. (eds.), *Substance abuse, 4th edition*. Lippincott, Williams & Wilkins, pp. 671–680.
- Sanders, C. J. (2007). A poetics of resistance: Compassionate practice in substance misuse therapy. In: Brown, S., Augusta-Scott, T. (eds.), *Narrative therapy*. Thousand Oaks: SAGE Publications, pp. 59–76.
- Smith, M. O., Khan, I. (1988). An acupuncture program for the treatment of drug addicted persons. *Bull. Narc.*, 40, 35–41.
- Stanton, M. D., Shadish, W. R. (1997). Outcome, attrition and family/couples treatment for drug abuse: a meta-analysis and review of the controlled, comparative studies. *Psychol. Bull.*, 122(2), 170–191.
- Teusch, L., Böhme, H., Finke, J., Gastpar, M. (2001). Effects of client centered psychotherapy for personality disorders alone and in combination with psychopharmacological treatment: An empirical follow-up study. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 70, 328–336.
- Vukov, M., Baba-Milkič, N. (1992). *Emotional life of contemporary human and drugs*. Nis: Prosveta.
- Washton, A. M. (2005). Group therapy with outpatients. In: Lowinson, J. H., Ruiz, P., Millman, R. B., Langrod, J. G. (eds.), *Substance abuse, 4th edition*. Lippincott, Williams & Wilkins, pp. 653–671.
- Weiss, R. D., Mirin, S. M., Griffin, M. L., Gunderson, J. G., Hufford, C. (1993). Personality disorders in cocaine dependence. *Comprehensive Psychiatry*, 34, 145–149.
- Westreich, L., Galanter, M., Lifshutz, H., Metzger, E. J., Silberstein, C. (1996). A modified therapeutic community for the dually diagnosed. Greenhouse Program at Bellevue Hospital. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 13, 533–536.
- Woody, G. E., Luborsky, L., McLellan, A. T. et al. (1983). Psychotherapy for opiate addicts: does it help? *Arch. Gen. Psychiatry*, 40: 639–645.
- Woody, G. E., McLellan, A. T., Luborsky, L. et al. (1987). Twelve-month follow-up of psychotherapy for opiate dependence. *Am. J. Psychiatry*, 144, 590–596.
- Woody, G. E., McLellan, A. T., Luborsky, L. et al. (1995). Psychotherapy in community methadone programs: a validation study. *Am. J. Psychiatry*, 152, 1302–1308.
- Yandoli, D., Eisler, I., Robbins, C. et al. (2002). A comparative study of family therapy in the treatment of opiate users in a London drug clinic. *J. Fam. Ther.*, 24(2): 402–422.
- Young, J. E., Klosko, J. S., Weishaar, M. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.