



COME LA COMPrensIONE DEL PROCESSO TERAPEUTICO CONTRIBUISCE A MIGLIORARE GLI ESITI DEL TRATTAMENTO¹

D. Dwayne Simpson

Institute of Behavioral Research - Texas Christian University

INTRODUZIONE

Durante gli ultimi tre decenni di finanziamento pubblico su larga scala di programmi terapeutici per tossicodipendenti negli Stati Uniti, sono state realizzate e divulgate numerose ricerche valutative.

A partire dai primi anni '70 si realizza il progetto "Drug Abuse Reporting Program" (DARP), seguito un decennio più tardi dal progetto "Treatment Outcome Prospective Study (TOPS), per continuare negli anni '90 con il Drug Abuse Treatment Outcome Studies (DATOS).

Questi progetti realizzano valutazioni a livello nazionale sull'efficacia dei trattamenti nell'ambito delle tossicodipendenze. Le ricerche sono finanziate dal National Institute on Drug Abuse (NIDA) e hanno esaminato oltre 65.000 inserimenti in 272 programmi terapeutici utilizzando metodi di campionamento multimodalità e multicentrici che consentono di studiare gli esiti dei trattamenti in ambienti naturali.

Questi progetti nazionali rappresentano soltanto parte dell'enorme quantità di risultati ottenuti da ricerche realizzate negli ultimi 30 anni che attestano la generale efficacia dei trattamenti per la tossicodipendenza (Gerstein & Harwood, 1990; Hubbard et al., 1989; Simpson & Brown, 1999; Simpson & Curry, 1997; Simpson & Sells, 1982).

La **durata del trattamento** si è dimostrato il predittore più valido degli esiti al follow-up, con la relazione generale tra ritenzione e risultati del trattamento che si replicano nei principali tipi di programmi residenziali e ambulatoriali in tutti e tre i progetti nazionali – DARP, TOPS, e

¹ Questo lavoro è stato finanziato dal National Institute of Drug Abuse (NIDA). Tuttavia, le analisi e conclusioni non rappresentano necessariamente le opinioni del NIDA o del Dipartimento per la salute e i servizi sociali degli USA. Ulteriori informazioni possono essere richieste a: Institute of Behavioral Research, Texas Christian University, TCU Box 298740, Fort Worth, TX, 76129 U.S.A. Informazioni aggiuntive sono disponibili presso il sito www.ibr.tcu.edu e posta elettronica può essere inviata a ibr@tcu.edu.

DATOS. La **ritenzione** rappresenta un indicatore conveniente di diversi fattori ambientali, terapeutici e personali che contribuiscono all'efficacia del trattamento. I fattori che influenzano una persona nel rimanere in trattamento includono le *interazioni tra bisogni individuali, fattori motivazionali, pressioni sociali e aspetti dello stesso programma terapeutico quali politiche e prassi di servizio, assegnazione ad un operatore, accessibilità, offerta di servizi, rapporti terapeutici e soddisfazione del cliente*. In generale, questi costituiscono le componenti della "scatola nera" del trattamento.

LE COMPONENTI DELLA "SCATOLA NERA" DEL TRATTAMENTO

Per lungo tempo ci si è preoccupati di come migliorare l'efficacia e l'efficienza dei programmi terapeutici per tossicodipendenti. Gli studi sul processo e sulle componenti terapeutiche, incluso come i clienti si impegnano nel trattamento, sono fondamentali per realizzare questi obiettivi. Per disaggregare le componenti che sottendono la ritenzione in trattamento è necessario sviluppare dei modelli più adeguati sul processo dinamico e valutativo. Concettualizzando il trattamento in fasi distinte – per esempio, primo contatto, analisi dei bisogni, induzione, coinvolgimento nel trattamento e post-trattamento – le strategie di intervento e di valutazione vengono messe più chiaramente a fuoco (Simpson, 1997).

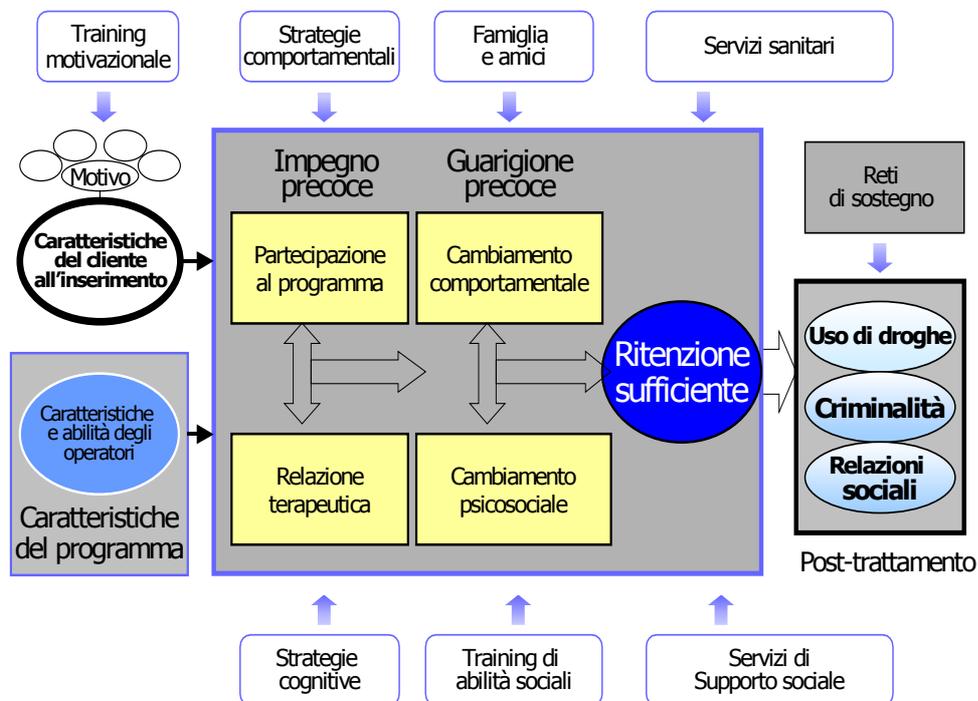
Le caratteristiche sociodemografiche e altre caratteristiche pre-trattamento del cliente non si sono dimostrate tradizionalmente dei buoni predittori degli esiti. Comunque, i migliori strumenti di valutazione funzionale e le tecniche di analisi sviluppate negli ultimi anni stanno modificando queste opinioni. La gravità della dipendenza (soprattutto in caso di poliabuso), la storia criminale, le risorse sociali e le disfunzioni psicologiche al momento dell'inserimento influenzano il coinvolgimento e la ritenzione al trattamento. Di particolare importanza sono le motivazioni al trattamento e la predisposizione al cambiamento del cliente (Simpson & Joe, 1993). Per esempio, la figura 1 mostra la scarsa motivazione al trattamento che si osserva frequentemente tra i tossicodipendenti che fanno uso di sostanze per via endovenosa contattati nei programmi di prevenzione secondaria dell'HIV/AIDS messi a confronto con i tossicodipendenti inseriti in programmi di trattamento ambulatoriale con metadone a mantenimento.

Fig. 1: Confronti dei punteggi relativi alla motivazione al trattamento tra campioni al momento dell'inserimento e dell'invio



Buona parte del nostro lavoro nell'ultimo decennio è riassunto concettualmente nella figura 2, che illustra un modello basato sull'evidenza scientifica del processo terapeutico e degli esiti del trattamento. In particolare, abbiamo specificato gli *indicatori cognitivi e comportamentali di diverse componenti* chiave della cosiddetta scatola nera del trattamento. I nostri risultati attestano che queste componenti operano come elementi terapeutici sequenziali che si legano tra loro per sostenere la ritenzione in trattamento e quindi migliorare gli esiti dopo la dimissione. Nel dettaglio, abbiamo riscontrato che un maggiore coinvolgimento nel programma misurato attraverso la frequenza alle sessioni di counseling e migliori relazioni terapeutiche (inclusi il rapporto con il counselor e la fiducia nel trattamento) favoriscono dei cambiamenti comportamentali positivi e un buon funzionamento psicosociale che si riscontra anche nel corso del trattamento. Questi indicatori successivi di *guarigione precoce*, a loro volta, sono associati ad una ritenzione più prolungata. La comprensione di queste dinamiche è particolarmente importante in quanto i clienti che rimangono in trattamento metadonico per almeno un anno hanno una probabilità *cinque volte* maggiore di presentare esiti favorevoli in termini di uso di sostanze e di provvedimenti penali (Simpson, Joe, & Rowan-Szal, 1997). I modelli analitici multivariati testati in una varietà di contesti sociali e comunitari hanno aiutato a stabilire con maggiore chiarezza le relazioni convergenti illustrate nella figura 2 tra la motivazione del cliente, le variabili di processo del trattamento (ossia il rapporto terapeutico, la partecipazione al programma, la compliance e i miglioramenti psicosociali), la ritenzione e gli esiti al follow-up (Broome, Knight, Knight, Hiller, & Simpson, 1997; Joe, Simpson, & Broome, 1999; Simpson, Joe, Greener, & Rowan-Szal, 2000; Simpson, Joe, Rowan-Szal, & Greener, 1997). Allo stesso modo, i cambiamenti favorevoli nelle reti di sostegno familiare e sociale dei clienti accompagnano il coinvolgimento terapeutico e la guarigione precoce (Knight & Simpson, 1996).

Fig. 2. Il Modello di Processo terapeutico della Texas Christian University (Simpson, 2001).



Evidentemente, ciò che avviene *all'interno* del trattamento non è impermeabile ai fattori *extra-trattamento*. La figura 2 attesta che le influenze vengono esercitate soprattutto dalle caratteristiche del cliente così come dalle caratteristiche del programma e del counselor. Ma questi fattori interagiscono anche nei contesti naturali di trattamento. Per esempio, i programmi di ciascun tipo di orientamento (o approccio) terapeutico possono variare moltissimo nella capacità di ritenere i clienti in trattamento e i tratti dei clienti allo stesso modo possono differire ampiamente tra questi programmi (Simpson, Joe, Broome, et al., 1997). I livelli più elevati di gravità della dipendenza (inclusa la frequenza dell'assunzione di sostanze per via iniettiva e l'uso di alcol), la storia criminale e la disfunzione psicosociale al momento dell'inserimento nel programma terapeutico sono associati a peggiori esiti post-trattamento. Comunque, il peso delle caratteristiche dei clienti varia tra i contesti terapeutici; abbiamo riscontrato che i clienti poco problematici hanno ottenuto dei risultati analogamente buoni in qualsiasi contesto, mentre i risultati precipitano con i casi più problematici tranne quando vengono trattati in contesti residenziali intensivi a lungo termine piuttosto che in programmi ambulatoriali o a breve termine (Simpson, Joe, Fletcher, Hubbard, & Anglin, 1999). Inoltre, i programmi con la stessa modalità terapeutica esibivano una efficacia differenziale, a dimostrazione che sia le caratteristiche del cliente che quelle del programma hanno influenze distinte ma complesse sugli esiti del trattamento (Broome, Simpson, & Joe, 1999).

FINALIZZARE GLI INTERVENTI PER MIGLIORARE IL TRATTAMENTO

Non tutti iniziano il trattamento con lo stesso livello di motivazione e di gravità, per cui non ci deve sorprendere che alcuni clienti possano beneficiare da uno sforzo speciale di "induzione" per chiarire le richieste e gli scopi del trattamento (Blankenship, Dansereau, & Simpson, 1999; Simpson & Joe, 1993). Il training cognitivo per la predisposizione al trattamento è particolarmente utile nei contesti (quali i programmi rieducativi) dove la scarsa motivazione è un problema diffuso (Sia, Dansereau, & Czuchry, 2000).

Anche diversi interventi cognitivo-comportamentali sono stati impiegati con successo per migliorare gli indicatori di impegno al trattamento e di guarigione precoce. Per esempio, i protocolli di "contingency management" (gestione delle contingenze) che offrono riconoscimento sociale, piccoli premi o altre forme di "gettone" (come biglietti dell'autobus), possono aumentare la partecipazione al counseling e la quota di test negativi delle urine, rinforzando così i comportamenti positivi nelle fasi precoci del trattamento (Rowan-Szal, Joe, Hiller, & Simpson, 1997). Il counseling basato su una tecnica di rappresentazione visiva cognitiva (denominata "node-link mapping") migliora l'impegno del cliente, i miglioramenti durante il trattamento e gli esiti al follow-up (Dansereau, Dees, Greener, & Simpson, 1995; Dansereau, Joe, Simpson, 1993; Joe, Dansereau, Pitre, & Simpson, 1997).

I materiali specialistici di educazione di gruppo – come il training alle abilità comunicative e all'educazione sessuale per donne e uomini, alla transizione al post-trattamento e alle abilità genitoriali – possono migliorare le conoscenze e il funzionamento psicosociale (Bartholomew, Hiller, Knight, Nucatola, & Simpson, 2000; Bartholomew, Rowan-Szal, Chatham, & Simpson, 1994; Hiller, Rowan-Szal, Bartholomew, & Simpson, 1996). Ciascuno di questi moduli per necessità speciali sono dotati di semplici manuali per il counselor che forniscono linee guida dettagliate sulle procedure e sulle discussioni di gruppo (scaricabili gratuitamente dal sito dell'Institute of Behavioral Research: www.ibr.tcu.edu).

DIFFUSIONE E APPLICAZIONE DEI RISULTATI DELLE RICERCHE

Il miglioramento dell'efficacia del trattamento della tossicodipendenza richiede una comprensione delle componenti dinamiche del processo terapeutico, inclusi i punti deboli e di forza del cliente, la partecipazione al programma, le relazioni terapeutiche, il funzionamento psicosociale e la "compliance". Le nostre ricerche hanno identificato diverse dimensioni

misurabili con connessioni dirette ad una migliore ritenzione e a migliori esiti. Questi risultati implicano che i **dati a livello di cliente** sui bisogni e i progressi nel trattamento, così come i **dati a livello di programma** basati sui dati aggregati dei clienti potrebbero migliorare l'assistenza clinica e la gestione del programma. Più specificamente, le risposte cognitive e comportamentali di ciascun cliente ai servizi possono essere utilizzate per valutare le prestazioni e i progressi nelle diverse fasi del trattamento. A livello di azienda, i sistemi di valutazione che includono il monitoraggio sistematico del tasso di ritenzione (o del drop-out) dei clienti, i servizi forniti e le interazioni terapeutiche garantiscono una migliore affidabilità nel funzionamento del programma. Nel lungo termine, ciò faciliterà i tentativi di abbinare i bisogni dei clienti con i servizi e l'assistenza clinica più appropriati (Simpson, 2002).

PREPARAZIONE ORGANIZZATIVA ALLE INNOVAZIONI NEI TRATTAMENTI

Sebbene la letteratura identifichi i principali fattori che sono apparentemente coinvolti nel trasferimento dei risultati delle ricerche nella pratica clinica, è necessario migliorare la comprensione di come farlo in maniera efficace (Simpson, 2002). Pertanto, incorporare questi fattori come elementi di un modello integrato può aiutare il progresso scientifico e i contributi pratici in questo ambito. Fornire un insieme di strumenti di valutazione per i clienti, gli operatori e le caratteristiche organizzative è particolarmente importante per realizzare studi sistematici sui tentativi di diffondere le innovazioni terapeutiche efficaci ed applicabili. Definendo un "modello generale di cambiamento del programma" che rappresenti le fasi principali del cambiamento e i fattori che promuovono o inibiscono il successo, il processo interessato può essere comunicato, studiato e affinato più facilmente.

Sebbene il "cambiamento" avvenga di solito a livello sia personale che organizzativo, renderlo intenzionale e positivo richiede attenzione. Ciò è soprattutto vero a livello organizzativo, dove il cambiamento include gli atteggiamenti, le azioni e le relazioni collettive di un gruppo di individui. Vi è un consenso crescente sul fatto che i problemi nel trasferimento dei risultati delle ricerche nella pratica clinica sono più probabilmente dovuti ai fattori organizzativi (per esempio, gli atteggiamenti della dirigenza, le risorse di personale, lo stress organizzativo, le pressioni regolamentari e finanziarie, lo stile gestionale, la tolleranza al cambiamento) che al modo in cui vengono diffusi i materiali.

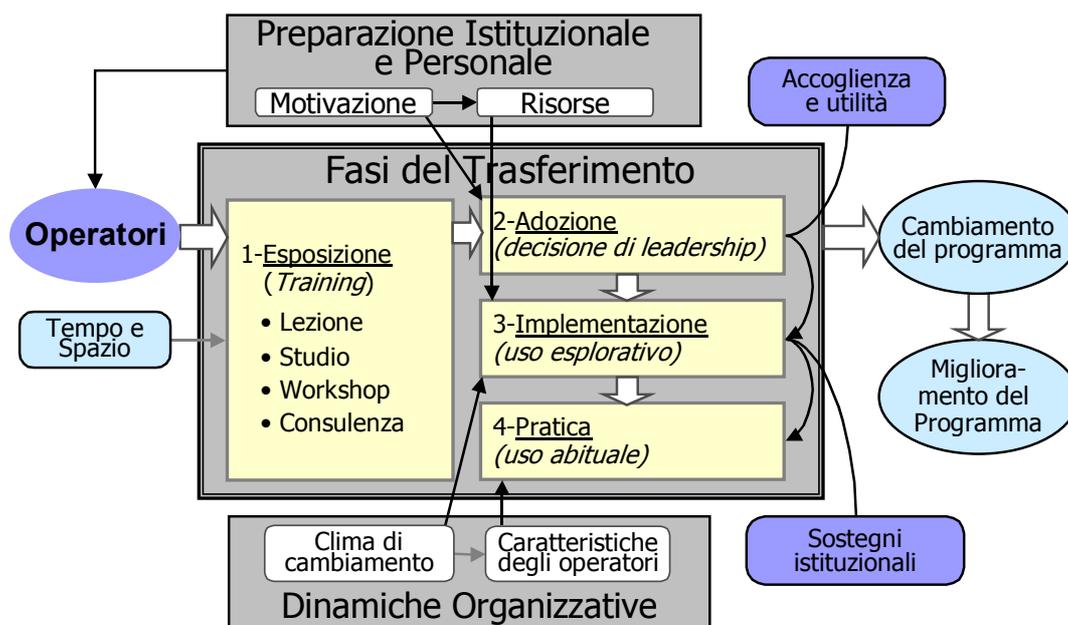
UN MODELLO DEL PROCESSO DI CAMBIAMENTO DEL PROGRAMMA

Nella figura 3 viene illustrato un modello di cambiamento del programma che integra i risultati della letteratura (Simpson, 2002). Al centro di questo modello vi sono le quattro fasi di solito implicate nel processo di trasferimento delle nuove tecnologie. **L'esposizione** è la prima fase che di solito implica l'addestramento attraverso lezioni, studio, laboratori o consulenze di esperti. La seconda fase, **l'adozione**, rappresenta l'intenzione di introdurre una innovazione. Sebbene possa trattarsi di una "decisione formale" da parte della direzione del programma, questa fase include anche le forme più sottili di impegno da parte di singoli operatori ad un livello più personale sul fatto che una innovazione sia adeguata e meriti di essere provata. Segue **l'implementazione**, che implica un periodo di sperimentazione dell'innovazione per testarne l'applicabilità e la potenzialità. Infine, la quarta fase passa alla **pratica**, che consiste nell'incorporare e nel sostenere una innovazione nella prassi quotidiana (anche se modificata sotto qualche aspetto).

Per quanto riguarda la prima fase – *esposizione* – la letteratura suggerisce che ci deve essere un'adeguata predisposizione al cambiamento indicata dalla motivazione (definita dai bisogni e dalle pressioni percepite per il cambiamento) dai dirigenti del programma e dagli operatori. Risorse istituzionali sufficienti (personale, locali, formazione e attrezzature) sono analogamente essenziali se si prendono realisticamente in considerazione delle innovazioni. Di fatto, ciascuno di questi fattori possono agire come ostacoli all'addestramento degli operatori. Un'altra ovvia

considerazione riguarda la convenienza delle opportunità formative (per esempio, tempo e spazio).

Fig. 3. Il Modello di Cambiamento del programma della Texas Christian University (Simpson, 2002).



Senza motivazione o pressioni al cambiamento è improbabile che siano *adottate* nuove innovazioni. Inoltre, le decisioni sull'adozione di nuove tecniche o procedure possono essere adottate a livello individuale o di gruppo. Per esempio, i counselor individuali possono trovare interessante una determinata tecnica specialistica e quindi incorporarla nella loro pratica quotidiana oppure diversi operatori possono decidere assieme di adottare una innovazione – guidati in parte dalla sua utilità percepita. Ciò include l'adeguatezza dell'addestramento ricevuto, la percepita facilità d'uso e quanto si adatta (o assume valore) all'interno dell'approccio terapeutico adottato e delle abilità degli utilizzatori.

La fase 3 del cambiamento – *implementazione* – richiede l'aggiunta di risorse e un'atmosfera che favorisca la presa di decisioni in merito all'introduzione di una innovazione. Le dinamiche organizzative importanti includono un adeguato clima per il cambiamento (per esempio, chiarezza della mission e degli obiettivi, coesione tra gli operatori, autonomia clinica, comunicazione, stress e apertura al cambiamento) così come i supporti istituzionali che incoraggiano e sostengono una innovazione. Ciò fa riferimento al monitoraggio, al feedback e alla fornitura di gratificazioni sia formali che informali che rinforzino i cambiamenti positivi del programma.

Infine, il fatto che una innovazione sia incorporata nella *pratica* clinica standard – fase 4 – dipende dalle caratteristiche degli operatori (per esempio, sviluppo professionale, efficacia, influenza e adattabilità) che promuovono il processo di cambiamento. Klein and Sorra (1996) sottolineano l'importanza di coincidenza tra innovazioni e dinamiche organizzative (includere le abilità degli operatori), mentre Andrzejewski, Kirby, Morral, and Iguchi (2001) illustrano il valore dell'utilizzo del feedback e del rinforzo positivo per mettere in atto con efficacia una innovazione (per esempio, un intervento di "gestione delle contingenze").

VALUTAZIONI

Il giudizio e l'affinamento del modello di cambiamento del programma proposto nelle figure 2 e 3 dipendono dalla disponibilità di appropriate valutazioni. *Le valutazioni a livello organizzativo* sono forse le più impegnative perché richiedono la raccolta di dati da individui all'interno di una organizzazione (per esempio, dirigenti, operatori, clienti) da aggregare in modo tale da rappresentare "l'organizzazione". La selezione di scale, i moduli di raccolta dati, l'affidabilità e la validità delle misurazioni, la selezione o il campionamento degli individui per rappresentare adeguatamente l'organizzazione e le alternative metodologiche per l'aggregazione dei dati sono questioni che devono essere affrontate. Un set complessivo di strumenti di valutazione è scaricabile gratuitamente dal sito della Texas Christian University www.ibr.tcu.edu. I tre principali strumenti rilevanti ai fini di questo articolo sono descritti di seguito e se ne incoraggia la traduzione e l'utilizzo.

Il CEST (Client Evaluation of Self and Treatment) richiede una media di 30 minuti e fornisce un indicatore del funzionamento del cliente in 16 scale che rappresentano 4 domini – *motivazione e funzionamento psicosociale, impegno al trattamento, sostegno sociale e servizi accessori* (Joe et al., 2002). È un questionario autocompilato e include le autovalutazioni del cliente sulla motivazione (desiderio di essere aiutato, predisposizione al trattamento e pressioni esterne), funzionamento psicosociale (autostima, depressione, ansia, presa di decisioni e fiducia di sé), funzionamento sociale (ostilità, assunzione di rischio e conformità sociale), particolari servizi necessari e ricevuti, soddisfazione per il trattamento, grado di rapporto con il counselor, partecipazione al trattamento, sostegno dei pari (da parte di altri clienti) e sostegno sociale (dalla famiglia).

Le scale relative alla motivazione e al funzionamento psicosociale corrispondono ad una valutazione cosiddetta di base per la somministrazione al momento dell'inserimento nel programma e si sono dimostrate in grado di predire l'impegno precoce nel trattamento (Simpson & Joe, 1993). Queste valutazioni non fungono soltanto da base per l'individuazione clinica del funzionamento e dell'impegno del cliente nel corso del trattamento; quando i dati vengono aggregati per campioni rappresentativi dei clienti, le scale CEST descrivono i profili di programma adatti per la gravità dei clienti, il livello di partecipazione e impegno terapeutici, i bisogni di assistenza, ecc. Questi dati sono sensibili e diagnosticano le differenze tra i programmi per quanto riguarda la ritenzione e gli esiti post-trattamento.

L'indagine PTN (Program Training Needs) viene utilizzata per identificare e stabilire le priorità delle questioni terapeutiche che richiedono attenzione secondo i diversi programmi. Esistono due versioni dell'indagine – una per i direttori di programma e una per gli operatori. La PTN-D (per i direttori di programma) consiste di domande organizzate in 6 domini su Background del programma, Bisogni del programma, Bisogni di formazione, Pressioni al cambiamento, Diagnosi e prognosi, e Ambiente organizzativo. Il PTN-S (per operatori) è pure organizzata in 6 domini: Spazi e ambiente, Soddisfazione per la formazione, Preferenze per i contenuti formativi, Preferenze per le strategie formative, Ostacoli alla formazione e Risorse informatiche. Ciascuna indagine richiede una media di 15 minuti. Complessivamente, questo tipo di informazioni dovrebbero guidare la programmazione delle attività formative e predire i tipi di innovazioni che i programmi ricercano e adottano con maggiore probabilità.

L'ORC (Organizational Readiness for Change) si concentra sui tratti organizzativi che predicono il cambiamento del programma e può anche fungere da strumento diagnostico per la pianificazione degli interventi per migliorare il funzionamento organizzativo. È autocompilato dagli operatori (una versione è per i counselor – ORC-S, e un'altra per i direttori o i supervisori – ORC-D). La valutazione include 18 scale con 4 domini principali – motivazione, risorse, caratteristiche degli operatori e clima. I *fattori motivazionali* includono i bisogni del programma, i bisogni di formazione e le pressioni al cambiamento, mentre le *risorse del programma* vengono valutate per quanto riguarda gli spazi, gli operatori, la formazione, la strumentazione informatica e le comunicazioni elettroniche. Le *dinamiche organizzative* includono delle scale sulle *caratteristiche degli operatori* (sviluppo professionale, efficacia, influenza, adattabilità e orientamento clinico) e sul *clima del programma* (mission, coesione, autonomia, comunicazione, stress e flessibilità al cambiamento). L'ORC richiede una media di 25 minuti. Sono state testate

le proprietà psicometriche delle scale individuali e si sono dimostrate di buon livello, con un'affidabilità superiore a 0.70 (Lehman, Greener, & Simpson, 2002).

OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

La comprensione delle componenti del trattamento delle tossicodipendenze e del modo in cui interagiscono è fondamentale per la programmazione e l'erogazione di servizi efficaci. Il modello del processo terapeutico della Texas Christian University è un'euristica che aiuta a concettualizzare in modo in cui funziona il trattamento, guidando e giustificando la pianificazione strategica e la gestione dell'erogazione dei servizi. In particolare, questo modello basato sull'evidenza illustra il modo in cui gli interventi specialistici contribuiscono alle diverse fasi della guarigione del cliente. Sono stati sviluppati e descritti degli adeguati indicatori di prestazione e di impegno del cliente.

Il trasferimento con successo delle innovazioni terapeutiche nelle prassi cliniche quotidiane richiede una attenta pianificazione, implementazione e valutazione in itinere del processo (Addiction Technology Transfer Centers, 2000). Il Modello di Cambiamento del programma della Texas Christian University identifica diversi fattori che devono essere presi in considerazione quando si vogliono cambiare i programmi terapeutici. Esso mostra che le fasi transitorie dall'addestramento iniziale fino alla pratica regolare incontrano tipicamente una varietà di ostacoli, il che spiega perché anche le "buone idee" non sono necessariamente facili da incorporare in alcuni programmi terapeutici. Inoltre, si dovrebbe sottolineare che ciascuna situazione è in qualche modo unica e che non tutte le innovazioni sono ugualmente difficili da implementare. Le questioni relative alla cultura e al funzionamento organizzativo iniziano a ricevere sempre maggiore attenzione come importanti dinamiche che influenzano i cambiamenti del programma e di recente sono stati sviluppati degli strumenti di valutazione per misurare questi aspetti.

Il monitoraggio sistematico e lo studio dei cambiamenti del programma sono necessari per ottimizzare gli effetti dell'addestramento per le innovazioni terapeutiche. Strumenti per la valutazione del funzionamento del cliente e del programma sono scaricabili gratuitamente dal sito della Texas Christian University (www.ibr.tcu.edu), dove sono anche disponibili un elenco delle pubblicazioni e le istruzioni per ricevere diversi manuali per il counseling sviluppati e diffusi nel settore del trattamento delle tossicodipendenze.

Tradotto a cura di Monica De Angeli su autorizzazione dell'autore

BIBLIOGRAFIA

Addiction Technology Transfer Centers. (2000). *The change book: A blueprint for technology transfer*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment.

Andrzejewski, M. E., Kirby, K. C., Morral, A. R., & Iguchi, M. Y. (2001). Technology transfer through performance management: The effects of graphical feedback and positive reinforcement on drug treatment counselors' behavior. *Drug and Alcohol Dependence*, 63, 179-186.

Bartholomew, N. G., Hiller, M. L., Knight, K., Nucatola, D. C., & Simpson, D. D. (2000). Effectiveness of communication and relationship skills training for men in substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(3), 217-225.

Bartholomew, N. G., Rowan-Szal, G. A., Chatham, L. R., & Simpson, D. D. (1994). Effectiveness of a specialized intervention for women in a methadone program. *Journal of Psychoactive Drugs*, 26(3), 249-255.

Blankenship, J., Dansereau, D. F., & Simpson, D. D. (1999). Cognitive enhancements of readiness for corrections-based treatment for drug abuse. *The Prison Journal*, 79(4), 431-445.

Broome, K. M., Knight, D. K., Knight, K., Hiller, M. L., & Simpson, D. D. (1997). Peer, family, and motivational influences on drug treatment process and recidivism for probationers. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 387-397.

Broome, K. M., Simpson, D. D., & Joe, G. W. (1999). Patient and program attributes related to treatment process indicators in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 127-135.

- Dansereau, D. F., Dees, S. M., Greener, J. M., & Simpson, D. D. (1995). Node-link mapping and the evaluation of drug abuse counseling sessions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 9(3), 195-203.
- Dansereau, D. F., Joe, G. W., & Simpson, D. D. (1993). Node-link mapping: A visual representation strategy for enhancing drug abuse counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 40(4), 385-395.
- Gerstein, D. R., & Harwood, H. J. (Eds.). (1990). *Treating drug problems: Vol. 1. A study of the evolution, effectiveness, and financing of public and private drug treatment systems*. Washington, DC: National Academy Press.
- Hiller, M. L., Rowan-Szal, G. A., Bartholomew, N. G., & Simpson, D. D. (1996). Effectiveness of a specialized women's intervention in a residential treatment program. *Substance Use & Misuse*, 31(6), 771-783.
- Hubbard, R. L., Marsden, M. E., Rachal, J. V., Harwood, H. J., Cavanaugh, E. R., & Ginzburg, H. M. (1989). *Drug abuse treatment: A national study of effectiveness*. Chapel Hill: University of North Carolina Press.
- Joe, G. W., Dansereau, D. F., Pitre, U., & Simpson, D. D. (1997). Effectiveness of node-link mapping enhanced counseling for opiate addicts: A 12-month posttreatment follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(5), 306-313.
- Joe, G. W., Simpson, D. D., & Broome, K. M. (1999). Retention and patient engagement models for different treatment modalities in DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57, 113-125.
- Klein, K. J., & Sorra, J. S. (1996). The challenge of innovation implementation. *Academy of Management Review*, 21(4), 1055-1080.
- Knight, D. K., & Simpson, D. D. (1996). Influences of family and friends on client progress during drug abuse treatment. *Journal of Substance Abuse*, 8, 417-429.
- Lehman, W. E. K., Greener, J. M., & Simpson, D. D. (2002). Assessing organizational readiness for change. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(4), 197-209.
- Rowan-Szal, G. A., Joe, G. W., Hiller, M. L., & Simpson, D. D. (1997). Increasing early engagement in methadone treatment. *Journal of Maintenance in the Addictions*, 1(1), 49-60.
- Sia, T. L., Dansereau, D. F., & Czuchry, M. L. (2000). Treatment readiness training and probationers' evaluation of substance abuse treatment in a criminal justice setting. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 459-467.
- Simpson, D. D. (1997). Effectiveness of drug abuse treatment: A review of research from field settings. In J. A. Egertson, D. M. Fox, & A. I. Leshner (Eds.), *Treating drug abusers effectively* (pp. 41-73). Cambridge, MA: Blackwell Publishers of North America.
- Simpson, D. D. (2002). A conceptual framework for transferring research to practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 22(4), 171-182.
- Simpson, D. D., & Brown, B. S. (Eds.). (1999). Special issue: Treatment process and outcome studies from DATOS. *Drug and Alcohol Dependence*, 57(2).
- Simpson, D. D., & Curry, S. J. (Eds.). (1997). Special Issue: Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11(4).
- Simpson, D. D., & Joe, G. W. (1993). Motivation as a predictor of early dropout from drug abuse treatment. *Psychotherapy*, 30(2), 357-368.
- Simpson, D. D., & Sells, S. B. (1982). Effectiveness of treatment for drug abuse: An overview of the DARP research program. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 2(1), 7-29.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., & Rowan-Szal, G. A. (1997). Drug abuse treatment retention and process effects on follow-up outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 47, 227-235.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Broome, K. M., Hiller, M. L., Knight, K., & Rowan-Szal, G. A. (1997). Program diversity and treatment retention rates in the Drug Abuse Treatment Outcome Study (DATOS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 11, 279-293.
- 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., Greener, J. M., & Rowan-Szal, G. A. (2000). Modeling year 1 outcomes with treatment process and post-treatment social influences. *Substance Use & Misuse*, 35, 1911-1930.
- Simpson, D. D., Joe, G. W., Rowan-Szal, & Greener, J. M. (1997). Drug abuse treatment process components that improve retention. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14, 565-572.

