



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

LA PREVENZIONE DELLE RICADUTE NELLA PERSONA
AFFETTA DA DIPENDENZA. LA MINDFULNESS, UNA PRATICA
INNOVATIVA.

Relatore: Ditadi Alessandro

Laureanda: Gugelmo Arianna

Matricola n. 2052900

Anno Accademico 2023-2024

ABSTRACT

Problema: La sindrome da dipendenza è una patologia cronica recidivante. La percentuale di ricaduta nelle persone affette da dipendenza è stimata tra il 40% il 60%¹, questo dato ha spinto a ricercare una nuova strategia non farmacologica, per prevenire che questo accada, essendo una malattia cronica è fondamentale che queste persone abbiano una tecnica efficace su cui contare in ogni momento. La mindfulness e in particolare il protocollo MBRP (Mindfulness-Based Relapse Prevention) viene messo a confronto alle tecniche attualmente in utilizzo. Questo percorso viene condotto da istruttori certificati di Mindfulness, anche gli infermieri possono essere una guida per i pazienti nell'approccio alla mindfulness, essendo una figura numerosa all'interno dei servizi pubblici, dedicati alle dipendenze. Lo scopo principale di questo protocollo è la pratica individuale giornaliera di chi conduce il corso e dei suoi partecipanti, vivere nel momento presente in modo non giudicante, aumentando la consapevolezza e la gentilezza per il proprio corpo. Questo può consentire alla persona di raggiungere una regolazione emotiva per la cura alla propria sofferenza che prima veniva accecata da dinamiche impulsive che conducevano alla ricaduta.

Obiettivo: L'obiettivo di questa revisione della letteratura è capire come viene strutturata la mindfulness nel percorso di prevenzione alla ricaduta tramite diversi protocolli attualmente utilizzati, i suoi benefici per i pazienti nella riabilitazione. Il ruolo che l'infermiere può avere in questo percorso di promozione dei protocolli in particolare MBRP (mindfulness-based relapse prevention), prevenzione e *aftercare*, cura che avviene in seguito ad un primo approccio e che ha come scopo la continuità. Inoltre, come la meditazione per l'infermiere stesso può dare benefici a livello professionale e personale.

Materiali e metodi: Per il presente elaborato di revisione sono stati selezionati 10 articoli scientifici, scelti in base alla pertinenza del contenuto e la validità della ricerca, recepiti dalle banche dati PubMed e Google Scholar e attraverso la lettura di 8 libri.

Risultati: Interventi mindfulness-based, specialmente MBRP, sono stati testati ed applicati ad una varietà di popolazioni di pazienti affetti da sindrome da dipendenza.

¹ American Addiction Centers, Alcohol and Drug Abuse Statistics, <https://americanaddictioncenters.org/addiction-statistics>, ultimo accesso 09/2024

Sono emerse forti evidenze a supporto che l'uso della MBRP possa mantenere i risultati raggiunti, prevenire la ricaduta e migliorare la capacità di prendersi cura di sé. Data la significativa e crescente letteratura a supporto della MBRP nella prevenzione e trattamento delle patologie, è necessario aumentare l'attenzione su come la pratica infermieristica avanzata possa incorporare l'MBRP nella pratica clinica.

Key words: mindfulness-based relapse prevention, addiction, nurses, craving, substance use disorder

INDICE
ABSTRACT

INTRODUZIONE.....	3
1. PROBLEMA.....	5
1.1 La dipendenza da sostanze psicoattive.....	5
1.1.2 Suddivisione sostanze psicoattive	6
1.2 Caratteristiche.....	7
1.3 Insorgenza e sviluppo.....	8
1.3.1 Dati epidemiologici	10
1.4 La pratica della mindfulness e le dipendenze.....	11
1.5 Il ruolo dell'infermiere	14
2. OBIETTIVO.....	17
3. MATERIALI E METODI.....	19
4. RISULTATI DELLA RICERCA	23
4.1 Modificazioni neurobiologiche correlate alla mindfulness.....	23
4.2 Ruolo proattivo degli infermieri	24
4.3 Mindfulness in un contesto ospedalizzato	26
4.4 Efficacia delle Pratiche di Mindfulness per la Cessazione del Fumo ..	28
4.5 Interventi Basati sulla Mindfulness per i Disturbi da Uso di Sostanze	29
4.6 MBRP a confronto	30
4.6.1 MBRP e il Modello dei Dodici Passi: Affinità e Divergenze	30
4.6.2 Confronto dei Risultati degli Studi sull'Efficacia e i Meccanismi della	
MBRP per i Disturbi da Uso di Sostanze.....	31
4.7 Discussione dei dati emersi e implicazioni per la pratica	33
4.7.1 Livello di efficacia della mindfulness	33
4.7.2 Mindfulness e tabagismo	33

4.7.3 Modifiche neurobiologiche.....	34
4.7.4 Mindfulness e l'infermiere	34
5. CONCLUSIONE	37

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

ALLEGATI

INTRODUZIONE

“Ma se la fuga diventa il modo abituale di rapportarci ai nostri problemi, quegli stessi problemi finiscono per moltiplicarsi. Non scompaiono magicamente: ciò che scompare, o perlomeno si eclissa, è la nostra capacità di imparare, crescere, cambiare e guarire. Alla fin fine, affrontare i problemi è solitamente l’unico modo per superarli.”²

La scelta dell’argomento della mia ricerca deriva da una personale esperienza di sconforto, vissuta a seguito di una diagnosi di mediana, in cui la mindfulness e l’attenzione al respiro sono stati rifugio nei momenti più difficili. Vivere il presente con la consapevolezza del proprio corpo e delle proprie condizioni di salute, aiuta infatti nel processo di guarigione e scongiura il rischio pericoloso di rifugiarsi nel passato o nel futuro. C’è un comune denominatore tra quanto appena affermato e le persone affette da dipendenza, su cui ho voluto concentrare le mie ricerche, ovvero la presenza di pregiudizi riguardo la remissività nei pazienti. Ho voluto condurre le mie indagini anche per smantellare questi preconcetti e con un ulteriore proposito: riuscire ad apportare un contributo innovativo, da aggiungere ai metodi già in utilizzo, per affrontare in maniera più risolutiva una dipendenza. Infatti, solo una preliminare ricerca compilativa mi ha dato maggior conoscenza dei benefici che la pratica costante della mindfulness può apportare nella maggior parte dei pazienti affetti da patologie croniche come la Sindrome da dipendenza, per l’appunto. Sulla scorta di quanto ho appreso sarebbe inoltre auspicabile che anche gli infermieri, in quanto figure sanitarie che si interfacciano maggiormente con i pazienti, adottassero queste tecniche innovative di consapevolezza, in primis per il loro benessere, ma anche per i risvolti positivi che la pratica della mindfulness ha nella cura delle persone. Se istruiti adeguatamente, personale sanitario e degenti potrebbero giovare di questa pratica che, come afferma André Christophe, psichiatra specializzato nella psicologia delle emozioni, è gratuita, non inquina, ed è abbastanza facile, almeno all’inizio.³

² Kabat-Zinn J., *Vivere momento per momento. Come usare la saggezza del corpo e della mente per sconfiggere lo stress, il dolore, l’ansia e la malattia*, Corbaccio, Milano 2016 pag. 34

³ André C., *Tempo di meditare. Per ritrovare l’equilibrio e la calma interiore*, Garzanti, Milano 2021, pag. 11

Lo scopo di questa tesi è quindi di approfondire la pratica della mindfulness posta a servizio delle persone che soffrono di dipendenza, grazie alla divulgazione di questa tecnica complementare da parte degli infermieri, per affrontare le sfide quotidiane con una visione differente e più consapevole. Anche la meditazione insegna qualcosa di prezioso e raro, ovvero le virtù della pazienza e della sola presenza, sempre più dimenticate da noi Occidentali che tendiamo ad agire solo in vista di un risultato preciso, meglio ancora se rapido.⁴ In conclusione, il presente elaborato si propone quindi di identificare i benefici della mindfulness sulla sindrome da dipendenza, di sostenere come gli infermieri possano avere un ruolo attivo nel promuovere questa pratica, facendone uso a loro volta.

⁴ André C., op. cit., pag. 20

1. PROBLEMA

1.1 La dipendenza da sostanze psicoattive

La sindrome da dipendenza viene definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come un insieme di fenomeni comportamentali, cognitivi e fisiologici che si sviluppano in seguito all'uso ripetuto di una sostanza. Essi includono: il desiderio intenso di assumerla, una ridotta capacità di autocontrollo nel farne uso, il perseverare nell'assunzione, la priorità attribuita all'uso della droga rispetto ad altre attività e doveri, lo sviluppo di tolleranza a bassi dosaggi e, talvolta, uno stato di astinenza fisica.⁵ La prima associazione che ha definito la dipendenza in termini di malattia è stata Alcolisti Anonimi (AA), la quale individua nella compulsione e nella perdita di controllo l'elemento distintivo di una dipendenza, nel loro caso, da alcol. Infatti nel primo passo del documento *I dodici passi di Alcolisti Anonimi* si legge “abbiamo ammesso di essere impotenti di fronte all'alcol e che le nostre vite erano divenute incontrollabili”.⁶ I disturbi da uso di sostanze sono infatti concettualizzati come condizioni croniche recidivanti⁷, in cui la ricaduta è da intendere o come il ritorno all'uso problematico della sostanza in seguito al trattamento o come un processo di riavvicinamento alle vecchie abitudini. La ricaduta rientra, in generale, in tutti i processi di cambiamento, ma in particolar modo caratterizza il percorso di recupero dalle dipendenze, che tipicamente presenta un andamento altalenante connotato da periodi di totale o parziale ripresa dell'abuso.⁸ La dipendenza comporta l'uso di sostanze che creano uno stato alterato di coscienza, da cui si sviluppano compulsione e atteggiamenti auto-distruttivi; anche perché gli esseri umani dipendono naturalmente da schemi compulsivi, che inducono a ricercare il piacere ed evitare il dolore. Si crea dipendenza quando si cerca di ottenere le sensazioni sopracitate con modalità particolari, come le droghe o l'alcool, oppure comportamenti quali il gioco d'azzardo o il sesso. La persona dipendente spera di trovare una soluzione facile ai suoi problemi,

⁵ Organizzazione Mondiale della Sanità, Classificazione Internazionale delle malattie ICD-10, 2000 <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases> , ultimo accesso 09/2024

⁶ I dodici passi di Alcolisti Anonimi, 1939, <https://www.alcolistianonimiitalia.it/cose-aa/aa-programma/>

⁷ McLellan, A. T. et al. (2005). *Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring*. *Addiction* (Abingdon, England), 100(4), 447–458.

⁸ Bowen S., Chawla N., Marlatt G.A., *Mindfulness e comportamenti di dipendenza*, Raffaello Cortina editore, Milano, 2013, pag. VII

si sente ferita dalla vita e vuole sfuggire al dolore; allo stesso tempo però desidera sempre maggior piacere, in modo facile, sicuro. L'individuo qualsiasi droga scelga, ha come priorità quella di sfuggire al dolore e aumentare il piacere. Questo meccanismo, anche se temporaneamente, funziona perché le droghe procurano piacere garantendo un'illusoria tregua dalle preoccupazioni o dalle difficoltà.⁹ L'uso di alcol, altre sostanze e le dipendenze comportamentali danneggiano il benessere individuale generando frammentazioni nell'identità personale ed un'alterazione delle dinamiche relazionali e sociali.¹⁰ Dai vari casi, riemergono progressivamente comportamenti e stili di vita caratteristici, dall'espressione conclamata della ripresa del consumo, al ricostituirsi all'assetto emotivo, cognitivo, relazionale e del funzionamento biologico tipici della dipendenza attiva. Nonostante la maggior parte dei trattamenti producano risultati incoraggianti, la ricaduta rimane un problema importante per molti pazienti che accedono ad un programma terapeutico.¹¹ La dipendenza viene considerata spesso dal senso comune come un problema morale. I soggetti dipendenti vengono spesso considerati colpevoli per la loro "cattiva abitudine", relativa all'utilizzo di sostanze. Spesso il soggetto affetto da dipendenza sperimenta infatti enormi sensi di colpa e vergogna per la propria condotta di abuso di sostanze e la paura del rifiuto ostacola una domanda d'aiuto spontanea.¹² Le nostre insicurezze più profonde, nei momenti di maggior vulnerabilità, erompono e possono dar luogo a comportamenti distruttivi per noi stessi o per altre persone.¹³

1.1.2 Suddivisione sostanze psicoattive

Le sostanze psicoattive si suddividono in diverse categorie in base ai loro effetti sul sistema nervoso centrale. Le principali classi di sostanze psicoattive comunemente utilizzate sono: sedativi, stimolanti, allucinogeni, cannabinoidi, depressivi, sostanze dissociative, nuove ed emergenti. Nello specifico: oppioidi e benzodiazepine riducono l'attività del sistema nervoso centrale, possono infatti indurre sonnolenza e sedazione; le sostanze sedative (barbiturici) sono utilizzate per indurre sonno o ridurre l'ansia; gli stimolanti (cocaina, amfetamine, caffeina, nicotina) aumentano l'attività del sistema

⁹ Didonna F., *Manuale clinico mindfulness*, FrancoAngeli, Milano 2012, pag. 406

¹⁰ De' Lutti P., *Il cavallo e la tartaruga*, NeP, Roma 2024, pag. 9

¹¹ Bowen S., et al., op. cit. pag. VII

¹² Ibidem, pag. XVIII

¹³ Kabat-Zinn J., op. cit. pag. 36

nervoso centrale, migliorando l'energia e la vigilanza; gli allucinogeni (dietilamide dell'acido lisergico, LSD; psilocibina, funghi allucinogeni) alterano la percezione, i pensieri e le emozioni, causando allucinazioni o esperienze sensoriali distorte; i cannabinoidi agiscono sul sistema endocannabinoide del corpo il più noto, il THC o tetraidrocannabinolo, presente nella marijuana, può avere effetti sia psicoattivi che medicinali; i depressivi (alcol, GHB acido gamma-idrossibutirrico, ketamina) rallentano le funzioni cerebrali e possono indurre uno stato di rilassamento; le sostanze dissociative (ketamina, PCP fenciclidina) possono alterare la percezione della realtà e causare una sensazione di distacco dal corpo o dall'ambiente. Per quanto riguarda invece le cosiddette “sostanze nuove” (Spice/K2 sostituti sintetici della cannabis; droghe sintetiche come fentanile), esse fanno riferimento a droghe sintetiche o nuove sostanze psicoattive che non rientrano nelle categorie tradizionali e possono avere effetti imprevedibili. Esse inoltre possono avere effetti variabili a seconda della dose, del modo di assunzione e delle caratteristiche individuali della persona, come la tolleranza e la sensibilità.¹⁴

1.2 Caratteristiche

Le principali caratteristiche che contraddistinguono i soggetti affetti da dipendenza sono: l'intossicazione acuta, tolleranza, astinenza, *craving* (desiderio, brama), sistema di ricompensa, compulsione o perdita del controllo e ricaduta. Nello specifico, l'intossicazione acuta si presenta successivamente all'assunzione di una sostanza psicoattiva, essa si manifesta con disturbi della coscienza, della percezione, delle funzioni cognitive, affettive e comportamentali. I disturbi dati dalla sostanza sono direttamente correlati agli effetti. La tolleranza è la perdita di una risposta da parte dell'organismo nei confronti della sostanza. Questa caratteristica insorge dopo la reiterata e frequente assunzione, che comporta un calo della sensazione di benessere rispetto alla prima somministrazione o alle precedenti. L'astinenza è una sindrome caratterizzata da segni e sintomi la cui gravità varia in base alla sostanza che appaiono

¹⁴ Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS): Linee guida sulle sostanze psicoattive e i loro effetti sulla salute.
<https://www.salute.gov.it/portale/medicinaliStupefacienti/dettaglioContenutiMedicinaliStupefacienti.jsp?lingua=italiano&id=3729&area=sostanzeStupefacienti&menu=vuoto&tab=1>, Ultimo accesso: 04/09/2024

alla sospensione o alla riduzione dell'utilizzo della sostanza.¹⁵ Il *craving* è un desiderio ardente, irrefrenabile ed impulsivo nei confronti della sostanza psicoattiva o oggetto/comportamento gratificante. La persona associa la brama ad un bisogno primario.¹⁶ Il sistema di ricompensa è la dinamica del circuito cerebrale che rilascia dopamina, il neurotrasmettitore alla base del piacere, prodotto da sostanze e comportamenti. La compulsione o perdita del controllo implica un deficit della libera scelta e della volontarietà. La ricaduta è provocata dalle modificazioni a carico dell'organismo provocate dall'assunzione della sostanza che causa cambiamenti di cognitivi, emotivi e comportamentali. Queste modifiche perdurano a lungo anche dopo l'astensione del consumo, rendendo la dipendenza una malattia cronica recidivante.¹⁷ Le percentuali di ricaduta nella sindrome da dipendenza possono variare significativamente in base alla sostanza specifica, alla gravità della dipendenza, alle caratteristiche individuali e ai trattamenti utilizzati. Generalmente, i tassi di ricaduta per le dipendenze possono essere elevati, con stime che variano tra il 40% e l'60% a seconda dei fattori sopra menzionati. Altre caratteristiche rilevanti sono la riduzione o interruzione di attività sociali, poiché ad esempio, procurarsi la sostanza da cui si dipende richiede tempo; e la diminuzione delle capacità di riconoscere i problemi dei propri comportamenti e delle conseguenti relazioni personali, il cui esito è una risposta emotiva disfunzionale. La ricerca del piacere ed evitamento del dolore sono inestricabilmente intrecciati lungo l'evoluzione della dipendenza.¹⁸

1.3 Insorgenza e sviluppo

Il concetto di "scala del piacere" grazie alla contribuzione di Luigi Gallimberti, psichiatra e tossicologo, è stato rilevante per spiegare il funzionamento delle dipendenze e il modo in cui esse influenzano il comportamento umano. Questo concetto è particolarmente utile per comprendere come il cervello risponda ai diversi livelli di stimolazione e piacere, portando l'individuo a cercare sempre nuovi e più intensi livelli di gratificazione. La scala del piacere si basa sulla comprensione del

¹⁵ <https://www.in-psychology.it/psicodinamica-delle-dipendenze/> ultimo accesso: 04/09/2024

¹⁶ Galimberti L., *Guarire il paziente, curare la persona- Dalla clinica alla prevenzione delle dipendenze*, BUR Rizzoli, Milano 2023

¹⁷ The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10) Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1999.

¹⁸ Bowen S., et al., op. cit. pag. VIII

sistema di ricompensa del cervello, in cui il piacere è associato al rilascio di dopamina, un neurotrasmettitore che svolge un ruolo cruciale nella motivazione e nel comportamento di ricerca del piacere. Ogni volta che si sperimenta un'attività piacevole (come mangiare, fare esercizio fisico, o utilizzare una sostanza), il cervello rilascia dopamina, creando una sensazione di gratificazione. Con la ripetizione dell'attività che procura piacere, il cervello si abitua a quel livello di dopamina, creando una sorta di "assuefazione". Questo fenomeno implica che, per raggiungere lo stesso livello di piacere sperimentato inizialmente, è necessaria una quantità sempre maggiore di stimolo. Questo processo spinge l'individuo a "salire" lungo la scala del piacere, cercando gratificazioni sempre più intense. Ogni gradino della scala rappresenta un livello di piacere più elevato e spesso comporta il passaggio da attività innocue a comportamenti potenzialmente dannosi. Una caratteristica chiave del concetto di Gallimberti è l'illusione di poter controllare la ricerca del piacere. Gli individui spesso credono di essere in grado di gestire il proprio comportamento, ma man mano che salgono sulla scala, la loro libertà di scegliere diminuisce, mentre aumenta la compulsione verso il comportamento di dipendenza. A questo punto, il piacere diventa un'illusione piuttosto che una scelta. L'approccio terapeutico, proposto da Gallimberti, mira a interrompere questo circolo vizioso. È quindi fondamentale comprendere le motivazioni profonde e i fattori psicologici che spingono una persona a salire la scala del piacere. Questo implica un trattamento che affronti non solo la dipendenza dal punto di vista medico, ma anche gli aspetti psicologici, emotivi e sociali dell'individuo. La dipendenza non è solo una malattia del cervello, ma coinvolge l'intera persona. Un intervento efficace deve quindi essere multidisciplinare, combinando psicoterapia, supporto sociale e, in alcuni casi, interventi farmacologici per ripristinare l'equilibrio del sistema di ricompensa del cervello.¹⁹ I primi stadi del consumo della sostanza sono di solito i più piacevoli, ma sfortunatamente il seguito è spiacevole. Nel caso dell'alcol, i problemi di memoria si verificano attraverso un processo che inizia con effetti gravi, quali l'imprecisione sfuocata nel ricordare gli eventi e continua con veri e propri blackout alcolici nei quali si ha una prolungata perdita di memoria, fino a raggiungere la sindrome di Korsakov²⁰, un effetto cronico

¹⁹ Gallimberti L., op.cit. Parte Seconda, Origine e cura delle dipendenze

²⁰ Ritz, L., et al. (2023). Structural brain substrates of the deficits observed on the BEARNI test in alcohol use disorder and Korsakoff's syndrome. *Journal of neuroscience research*, 101(1), 130–142.

che impedisce di assimilare qualsiasi nuova formazione.²¹ Il fattore chiave, da un punto di vista medico, per determinare una dipendenza da alcol è l’impatto che essa ha sulla vita, la salute, il benessere e le funzioni vitali di una persona. La diagnosi si basa su ciò che costituisce abuso o dipendenza; quindi, l’uso di sostanze è lungi dall’essere uno stato piacevolmente alterato, nel quale ci si concede una tregua temporanea dai problemi o in cui si amplifica uno stato d’animo di festa.²² Il denominatore comune dei potenziali stimoli alla ricaduta è l’impulso di questi soggetti ad “auto medicarsi” nel momento in cui provano uno stato emotivo negativo come rabbia, ansia, depressione e conflitti interpersonali.²³ Il consumatore ricorda l’ebbrezza piacevole e il senso di benessere, ma dimentica la confusione sgradevole, la collera, il torpore o le discussioni e la violenza fisica che in alcuni casi hanno luogo dopo.²⁴

1.3.1 Dati epidemiologici

Nel 2022, circa 4,9 milioni di persone (10%) in Italia hanno fatto uso di sostanze psicoattive illegali, un dato simile a quello del 2017. Gli utilizzatori sono principalmente uomini sotto i 35 anni. La cannabis è risultata la sostanza più utilizzata, seguita da oppiacei/oppioidi, cocaina, stimolanti, allucinogeni e Nuove Sostanze Psicoattive (NSP). Circa 13,5 milioni di persone hanno provato cannabis almeno una volta nella vita; 4 milioni l'hanno usata nel 2022 e 2 milioni nell'ultimo mese. Nel 2022 si è registrato un aumento significativo dei consumatori di oppiacei/oppioidi (+180% rispetto alla precedente rilevazione), con 750mila persone che li hanno utilizzati almeno una volta, prevalentemente donne. Anche il consumo di cocaina è cresciuto del 17% dal 2017, con 500mila utilizzatori, soprattutto giovani uomini. Il consumo di stimolanti e allucinogeni ha riguardato rispettivamente lo 0,9% e lo 0,7% della popolazione, in maggioranza giovani uomini. Le NSP hanno visto un incremento del 370%, con 300mila utilizzatori nel 2022. Tra gli studenti di 15-19 anni, il consumo di sostanze illegali è aumentato: circa 1 milione (40%) ha provato almeno una sostanza nella vita, 690mila (30%) nel 2022, e 450mila (18%) nell'ultimo mese. La cannabis è la più diffusa, con 600mila studenti (24%) che ne hanno fatto uso nel 2022, di cui 76mila (3,1%) quasi quotidianamente. Cresce anche l'uso delle NSP, con il 5,8% dei

²¹ Didonna F., op. cit., pag. 409

²² Ibidem., pag. 407

²³ Bowen S., et al., op. cit., pag. XXIII

²⁴ Didonna F., op. cit., pag. 409

giovani che le ha provate almeno una volta.²⁵ La dipendenza da sostanze include tabacco, alcol, droghe illegali e farmaci utilizzati senza prescrizione medica, rappresenta un rilevante problema sociosanitario, con impatti diretti e indiretti sull'ordine pubblico e sui costi della sanità e dell'assistenza sociale. Lo Stato interviene con misure sia generali che mirate per affrontare questo fenomeno. I danni alla salute causati dall'uso di sostanze possono essere diretti, derivanti dagli effetti farmacologici e dalla modalità di assunzione, oppure indiretti, come l'insorgenza di epatite B e C, AIDS e disturbi del sistema nervoso centrale (SNC). A queste si sommano le ripercussioni sociali, come comportamenti criminali, violenza e incidenti.²⁶ Le percentuali di ricaduta nella sindrome da dipendenza possono variare significativamente in base alla sostanza specifica, alla gravità della dipendenza, alle caratteristiche individuali e ai trattamenti utilizzati. Generalmente, i tassi di ricaduta per le dipendenze possono essere elevati, con stime che variano tra il 40% e l'60% a seconda dei fattori sopra menzionati.²⁷

1.4 La pratica della mindfulness e le dipendenze

La mindfulness è una pratica introdotta verso la fine degli anni Settanta da Jon Kabat-Zinn, il quale nel 1979 ha istituito la Clinica per la riduzione dello stress. Come Kabat-Zinn illustra nel suo libro di riferimento, "Vivere momento per momento", la mindfulness ha le sue radici nelle pratiche meditative buddiste e viene definita come una forma di consapevolezza che emerge tramite un'attenzione intenzionale e non giudicante rivolta al momento presente. Non si tratta né di uno stato mistico o di trance, né di una semplice tecnica di rilassamento. L'applicazione clinica della mindfulness ha mostrato di favorire un processo di guarigione, inteso in un senso più ampio rispetto al suo significato tradizionale. Questo processo consente alle persone di comprendere che le sensazioni dolorose e le emozioni negative ad esse collegate non devono necessariamente essere combattute o represses. Non è necessario inibirle per vivere una vita ricca di significato e per perseguire i propri obiettivi.²⁸ I modelli di trattamento

²⁵ Presidenza del Consiglio dei ministri Dipartimento per le Politiche Antidroga, *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia*, 2023, pag. 68

²⁶ <https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/dettaglioContenutiPrevenzione.jsp?lingua=italiano&id=5763&area=prevenzione&menu=obiettivi2020> ultimo accesso 04/09/2024

²⁷ American Addiction Centers, Alcohol and Drug Abuse Statistics, <https://americanaddictioncenters.org/addiction-statistics>, ultimo accesso 09/2024

²⁸ Kabat-Zinn J., op. cit., pag. 31

basati sulla mindfulness condividono l'obiettivo principale di modificare alla radice il rapporto con la propria esperienza, in particolare quella interna, sviluppando le abilità di osservarla proprio mentre accade. Questa pratica è stata ideata nell'ottica di osservarsi senza giudizio e senza la spinta a modificare l'esperienza del momento presente, permettendo al soggetto di creare lo spazio per visualizzare i propri bisogni corporei e stati di sofferenza. Essa aiuta il paziente a riconoscere i processi cognitivo-affettivi che orientano il comportamento, in particolar modo di fronte ad eventi emotivamente rilevanti che possono indurre, ad esempio, la ricaduta. La mindfulness aiuta di riconoscere e di conseguenza non reagire automaticamente o inconsapevolmente. La sua pratica promuove l'atteggiamento non giudicante che incoraggia alla curiosità verso di sé e al prendersi cura di sé stessi, per potersi riappropriare della propria libertà.²⁹ I pazienti possono acquisire abilità cognitive attraverso la regolare pratica della meditazione, possono essere capaci di allontanarsi dal richiamo degli impulsi, del *craving*, delle razionalizzazioni che possono altrimenti portare a ricadute.³⁰ La meditazione ci insegna che bisogna sempre cominciare col disfare prima di fare, col disimparare prima di imparare, con lo svuotare prima di riempire.³¹ La meditazione è capace di aprirci gli occhi su queste dipendenze e influenze, che siano esterne, e quindi provenienti dall'ambiente circostante, o interne, annidate nella parte più profonda e oscura di noi stessi.³² Se l'abuso di droghe è il paradigma della fuga e riguarda il dimenticare, allora è ragionevole che la soluzione vada nella direzione del non fuggire, ma del ricordare. La mindfulness ci insegna proprio questo approccio: ad essere presenti, anche per ciò che ci ferisce.³³ Meditazione, dolore e sofferenza. Siamo di fronte a uno dei grossi paradossi della meditazione: non evitare o sopprimere la sofferenza, bensì accoglierla e osservarla; osservare con precisione come si esprime nel nostro corpo, osservarne le sensazioni, i pensieri e gli impulsi che produce in noi. E in quei momenti la meditazione, che ci orienta verso l'accettazione e la comprensione dei dolori, può aiutarci a ridurre la sofferenza.³⁴ La meditazione può anche liberarci di noi stessi, o almeno della parte di

²⁹ Bowen S., et al., op. cit., pag. IX

³⁰ Ibidem, pag. XXIV

³¹ André C., op. cit., pag. 139

³² Ibidem, pag. 18

³³ Didonna F., op. cit., pag. 408

³⁴ André C., op.cit., pag. 70

noi stessi che ci pesa, ci fa soffrire, talvolta ci irrita.³⁵ I programmi basati sulla consapevolezza hanno offerto alle persone la possibilità di coinvolgersi più pienamente nel loro percorso verso una maggior salute e un maggior benessere, a fianco di qualsiasi trattamento medico in atto.³⁶ I maestri asiatici dicevano che se qualche aspetto della meditazione potesse aiutare ad alleviare la sofferenza, dovrebbe essere offerto a tutti, e non solo a coloro che stanno seguendo una ricerca spirituale.³⁷ Tuttavia, la mindfulness, una pratica meditativa antica, non è stata concepita come cura per questi problemi, e solo in tempi recenti è stata adattata come balsamo per le moderne forme di angoscia.³⁸ Il protocollo di prevenzione delle ricadute basato sulla mindfulness (Mindfulness-Based Relapse Prevention, MBRP) è un programma terapeutico di *aftercare* che combina le abilità cognitivo-comportamentali della prevenzione alle ricadute (Relapse Prevention, RP) alla pratica meditativa mindfulness e si rivolge a pazienti che hanno concluso una prima fase del trattamento per i disturbi da uso di sostanze. Questo programma è più adatto a persone che hanno già completato un trattamento in regime di ricovero o ambulatoriale, che sono motivate al mantenimento dei risultati raggiunti e propense a migliorare il loro benessere e il loro recupero attraverso alcuni cambiamenti dello stile di vita. Il programma MBRP è creato per applicare la consapevolezza alla sofferenza soggettiva derivata dalle trappole mentali della dipendenza. Gli esercizi di pratica hanno l'obiettivo di favorire l'incremento della consapevolezza degli stimoli, degli schemi abituali e delle reazioni "automatiche" che sembrano avere molto spesso controllo della nostra vita. Questi esercizi coltivano l'abilità di fare una pausa, osservare l'esperienza presente, prendendo coscienza del ventaglio delle scelte che abbiamo a disposizione in ogni momento.³⁹ Il programma MBRP propone un protocollo strutturato in 8 sessioni (ALLEGATO 1), che includono esercizi e schede che integrano i principi della terapia cognitivo-comportamentale ai tradizionali insegnamenti della mindfulness, la creatività e la curiosità saranno gli elementi che contribuiranno a ravvivare il percorso. Gli argomenti principali derivano dai partecipanti attraverso la condivisione che viene

³⁵ Ibidem, pag. 140

³⁶ Kabat-Zinn J., op. cit., pag.31

³⁷ Goleman D., Davidson R.J., *Meditazione come cura. Una nuova scienza per guarire corpo, mente e cervello.*, Rizzoli, Milano 2017, pag. 11

³⁸ Ibidem., pag. 8

³⁹ Bowen S., et al, op. cit., pag. 1

fatta dopo la pratica agli incontri. Questa fondamentale fase di condivisione deve però essere centrata sull'esperienza presente dell'individuo e solo in altri momenti può essere ricondotta alla ricaduta, al mantenimento dell'astensione, al *craving* o allo stile di vita. In questo spazio oltre che alle sensazioni del momento vengono condivise storie o episodi relativi alla propria esperienza.⁴⁰ Ogni settimana vengono assegnati alcuni esercizi da svolgere a casa e durante ogni sessione è prevista una revisione dei compiti eseguiti. È essenziale inoltre discutere delle difficoltà emerse durante lo svolgimento dei compiti con disponibilità e curiosità, poiché la persona dipendente non deve percepire la fatica come un fallimento ma, al contrario, come qualcosa che aiuta nella comprensione del funzionamento della mente. Se si affronta l'argomento in maniera non giudicante ed efficace si può aiutare a normalizzare i comuni ostacoli, incoraggiando a considerarli parte integrante della pratica e non segnale di fallimento.⁴¹ I conduttori MBRP devono avere esperienza nel trattamento delle condotte d'abuso e nella conduzione dei gruppi. La comprensione della mindfulness e l'averne esperienza nella pratica di mindfulness sono probabilmente gli aspetti più importanti.⁴²

1.5 Il ruolo dell'infermiere

Il ruolo infermieristico nella gestione delle dipendenze è relativamente recente e ha subito molte evoluzioni. Negli anni passati, le dipendenze erano spesso trattate come problemi morali piuttosto che condizioni mediche, e l'approccio infermieristico era limitato principalmente al supporto fisico dei sintomi di astinenza. Con il tempo, l'infermieristica ha sviluppato un approccio più olistico, integrando competenze psicologiche e sociali nel trattamento delle dipendenze.⁴³ Oggi, gli infermieri giocano un ruolo cruciale non solo nella gestione fisica della dipendenza, come la somministrazione di farmaci per la gestione dell'astinenza, ma anche nel fornire supporto emotivo e psicologico, educazione sanitaria, promozione della salute e prevenzione delle ricadute. Il focus comprende il benessere globale del paziente. L'infermiere con a carico pazienti affetti da sindrome da dipendenza gestisce i sintomi

⁴⁰ Bowen S., et al., op. cit., pag. 8

⁴¹ Ibidem, pag. 10

⁴² Ibidem, pag. 11

⁴³ Calloway, S. (2007). *Mental health promotion: Is nursing dropping the ball? Journal of professional Nursing*, 23(2), 105-109.

fisici della dipendenza e dell'astinenza, monitora i parametri vitali, e somministra farmaci. Ha un'importante valenza allo stesso modo anche la relazione e il supporto psicologico composto da: ascolto attivo, empatia, e costruzione di una relazione terapeutica. Inoltre dispone di una chiave d'accesso, attraverso le pratiche assistenziali, nel prendersi cura del corpo della persona con dipendenza. Questi elementi sono fondamentali per stabilire fiducia e incoraggiare il paziente ad affrontare le sue sfide. Inoltre, l'infermiere informa il paziente sugli effetti delle sostanze, sui rischi per la salute associati alla dipendenza, e sulle strategie di coping. Insegna inoltre tecniche di gestione dello stress, come la mindfulness e il MBRP, per aiutare il paziente a gestire le voglie e prevenire le ricadute. L'infermiere, in aggiunta, collabora con altri professionisti della salute (psicologi, psichiatri, assistenti sociali) per sviluppare un approccio integrato al trattamento e infine protegge i diritti del paziente e si assicura che il paziente riceva un trattamento adeguato e rispettoso indipendentemente dalla condizione sociale o sanitaria, inclusa la dipendenza.⁴⁴ Gli infermieri possono affrontare sfide legate allo stigma associato alle dipendenze, che può influenzare la qualità delle cure offerte. Lavorare con pazienti con dipendenze può essere emotivamente drenante e portare a esaurimento psico-fisico che si identifica, in ultima istanza, con il burnout. Non tutti gli infermieri ricevono una formazione adeguata e specifica per gestire i pazienti con dipendenze, il che può influenzare negativamente la qualità delle cure. La scarsità di risorse e di supporto per realizzare interventi integrati e olistici può ridurre l'efficacia del trattamento. “Il nostro cuore, da intendere come sede della dimensione affettiva e della capacità di compassione, è come quello dei nostri pazienti, coi i quali è opportuno attivare empatia. Tutti sanno infatti che questa è una qualità molto desiderabile da sviluppare in ambito relazionale, ma raramente gli operatori si attivano nel quotidiano su tale necessità.”⁴⁵

⁴⁴ Codice Deontologico degli Infermieri, art. n. 3, 5, 7

⁴⁵ De' Lutti P., op. cit., pag. 23-24

2. OBIETTIVO

L'obiettivo di questa revisione della letteratura è capire come viene strutturata la mindfulness nel percorso di prevenzione alla ricaduta nelle persone con sindrome da dipendenza, tramite diverse metodologie attualmente in utilizzo, i suoi benefici per i pazienti. Ulteriormente, approfondire il ruolo che l'infermiere può avere in questo percorso di promozione dei protocolli in particolare MBRP, prevenzione e *aftercare*, nei confronti del paziente. Inoltre, verificare come la meditazione per l'infermiere possa dare benefici a livello professionale e personale.

3. MATERIALI E METODI

Per questa tesi sono stati ricercati materiali nelle banche dati del National Center for Biotechnology Information (NCBI), in particolare PubMed, e Google Scholar. Dalla ricerca con l'utilizzo della parola chiave "mindfulness-based" sono emersi più di undicimila articoli, di cui più di settemila solo degli ultimi cinque anni, a testimonianza dell'attualità e dell'interesse suscitato dalla materia in anni recenti. Nonostante la tematica recente alcuni articoli sono datati a partire dagli anni '70. Dopo averne considerati circa una cinquantina, sono stati selezionati 10 articoli, di cui sono state esaminate le fonti bibliografiche con il reperimento alla fine di oltre quaranta di articoli, la maggior parte in lingua inglese. Inoltre, sono stati utilizzati otto libri. La ricerca è stata effettuata utilizzando come parole chiavi: mindfulness; mindfulness-based, addict, mindfulness-based relapse prevention (MBRP), addiction, nurses, craving, substance use disorder.

Tabella 1 Studi inclusi nella revisione della letteratura

Autore, Anno e Paese	Titolo	Tipo di studio	Obiettivo	Risultati
Abdelaal, H.M., et al., 2019 Egitto	<i>Effect of "Mindfulness-Based Relapse Prevention Program"; On Substance Craving and Aversive Experiences among Patients with Addiction.</i>	Studio sperimentale	Determinare l'effetto del programma MBRP in pazienti dipendenti con episodi di craving e l'esperienza con il proprio corpo.	I pazienti dipendenti hanno una minor percentuale di craving con alte percentuali di pratica mindfulness e una maggior accettazione verso il loro corpo dopo il programma MBRP.
Bartone, A., et al., 2021 Stati Uniti	<i>Mindfulness-Based Relapse Prevention as a Health Promotion Tool for Substance Use Disorders in Adults.</i>	Revisione della letteratura	Ricercare dati a supporto per dimostrare l'efficacia del protocollo MBRP grazie alla promozione infermieristica.	Il protocollo MBRP in persone affette da dipendenza ha dimostrato la sua efficienza con la promozione da parte degli infermieri.
Bowen, S., et al., 2014 Stati Uniti	<i>Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as</i>	Trial clinico randomizzato	Valutare l'efficacia a lungo termine (12 mesi) di MBRP in confronto al	I partecipanti MBRP hanno riportato un minor rischio di ricaduta per utilizzo sostanze e abuso di alcolici in

	<i>usual for substance use disorders: a randomized clinical trial.</i>		trattamento standard.	comparazione al trattamento usuale (12 passi).
Brewer, J.A., et al., 2011 Stati Uniti	<i>Mindfulness training for smoking cessation: results from a randomized controlled trial. Drug Alcohol Depend.</i>	Trial randomizzato, controllato	Confrontare la miglior strategia per la diminuzione o cessazione del fumo tra il training di mindfulness e il trattamento previsto dall'American Lung Association.	L'utilizzo del training di mindfulness riporta maggiori benefici del trattamento standard per la cessazione del fumo di sigarette dopo un follow-up di 4 e 17 settimane.
Carim-Todd, L., et al., 2013 Stati Uniti	<i>Mind-body practices: an alternative, drug-free treatment for smoking cessation? A systematic review of the literature.</i>	Revisione sistematica della letteratura	Capire come lo yoga e la meditazione possano essere utilizzati nella cessazione del fumo di sigarette, identificando le difficoltà dei trattamenti mente-corpo dei trial, delineando così una direzione terapeutica innovativa per il futuro.	I risultati della revisione riportano risultati promettenti per la cessazione del fumo di sigaretta.
Davis, J.M., et al., 2007 Stati Uniti	<i>A pilot study on mindfulness based stress reduction for smokers.</i>	Studio pilota	Studio pilota per testare la praticabilità dell'utilizzo di MBSR per i fumatori.	I risultati suggeriscono che il trattamento mindfulness è promettente per la cessazione al fumo.
Houlihan, S. D., Brewer, J. A., 2016 Stati Uniti	<i>The emerging science of mindfulness as a treatment for addiction.</i>	Revisione letteratura	Fornire informazioni sul funzionamento della mindfulness, ridurre il comportamento compulsivo e migliorare la consapevolezza, esaminando i meccanismi neurali e psicologici coinvolti.	L'allenamento alla consapevolezza modula le aree del cervello coinvolte nel controllo dell'impulso e nella regolazione emotiva, migliorando la capacità dei soggetti di interrompere i cicli di

				comportamento abituale.
McClintock, A.S., et al., 2019 Stati Uniti	<i>Mindfulness practice predicts interleukin-6 responses to a mindfulness-based alcohol relapse prevention intervention.</i>	Trial randomizzato, controllato	Esaminare il coinvolgimento negli interventi basati sulla mindfulness e vedere l'associazione con il cambiamento del livello di interleuchina-6.	Il livello di coinvolgimento nel trattamento mindfulness può essere predetto dal cambiamento del livello di infiammazione negli adulti con problemi di alcol dipendenza.
Roos, C., et al., 2019 Stati Uniti	<i>Individual gender and group gender composition as predictors of differential benefit from mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders.</i>	Studio randomizzato	Individuare l'efficacia del programma MBRP in contrapposizione alla prevenzione alla ricaduta ed esaminare la differenza in base al genere della composizione dei gruppi.	Dopo 12 mesi, le persone avevano un numero di giorni minore di utilizzo rispetto a chi aveva ricevuto la prevenzione alla ricaduta. I gruppi composti per almeno un terzo da donne la percentuale di astinenza si è verificata maggiore.
Witkiewitz, K., et al., 2013 Stati Uniti	<i>Retraining the addicted brain: a review of hypothesized neurobiological mechanisms of mindfulness-based relapse prevention.</i>	Revisione della letteratura	Identificare se MBRP abbia effetto positivo nelle cellule cerebrali in associazione a dipendenza e ricaduta.	Le neuroimmagini di pazienti praticanti MBRP rappresentano modificazioni neuronali in risposta al craving riducendo così il rischio di ricaduta.

Acronimi: MBRP: Mindfulness based relapse prevention; MBSR: Mindfulness based stress reduction.

4. RISULTATI DELLA RICERCA

4.1 Modificazioni neurobiologiche correlate alla mindfulness

La neuroplasticità fornisce una spiegazione scientifica per comprendere come l'addestramento ripetuto nella pratica della mindfulness possa determinare cambiamenti permanenti nel cervello. Queste modificazioni sono simili a quelle osservate in individui che praticano a lungo tecniche contemplative, come yogin, svami, monaci e lama.⁴⁶ L'influenza del MBRP sulla risposta neurale al *craving* e agli affetti negativi può ridurre processi automatici (*bottom-up*) di risposta allo stress e di reattività emotiva, così come la spinta alla ricerca della sostanza. Allo stesso tempo, l'MBRP è associato a un potenziamento dei processi *top-down*, come la regolazione dell'attenzione e delle emozioni, il controllo cognitivo, la motivazione e la presa di decisioni. In questo contesto, i soggetti che partecipano al programma MBRP mostrano livelli inferiori di *craving* o di abuso di sostanze in risposta a stati negativi. L'obiettivo generale del programma è il mantenimento dei risultati raggiunti, la prevenzione delle ricadute e il miglioramento della capacità di auto-cura.⁴⁷ Un ulteriore beneficio osservato in uno studio è che otto settimane di pratica mindfulness possono portare a un aumento delle dimensioni di una specifica regione di tronco encefalico. Questo aumento è correlato a un miglioramento del benessere, misurato tramite la scala di valutazione di Ryff, suggerendo un effetto positivo sulla salute psicologica.⁴⁸ Lo studio di Houlihan e Brewer (2016) ha evidenziato come la mindfulness possa influenzare i circuiti cerebrali coinvolti nella dipendenza, migliorando il controllo cognitivo e la regolazione emotiva, e riducendo il *craving* e la reattività allo stress. Questi risultati indicano che la mindfulness non solo può aiutare nella gestione dei sintomi della dipendenza, ma può anche indurre cambiamenti neurobiologici a lungo termine che supportano la prevenzione delle ricadute.⁴⁹

⁴⁶ Goleman D., et al., op. cit., pag. 67

⁴⁷ Witkiewitz, K., et al., 2013. *Retraining the addicted brain: a review of hypothesized neurobiological mechanisms of mindfulness-based relapse prevention*. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(2), 351.

⁴⁸ Singleton, O. et al., *Change in Brainstem Gray Matter Concentration Following a Mindfulness-Based Intervention Is Correlated with Improvement in Psychological Well-Being*, *Frontiers in Humane Neuroscience*, 2014

⁴⁹ Houlihan, S. D., & Brewer, J. A. (2016). *The emerging science of mindfulness as a treatment for addiction*. *Mindfulness and Buddhist-derived approaches in mental health and addiction*, 191-210.

McClintock et al., hanno esaminato come la pratica della mindfulness possa influenzare la risposta immunitaria, misurata attraverso i livelli di interleuchina-6 (IL-6), in un intervento di prevenzione delle ricadute nell'alcolismo basato sulla mindfulness (MBRP). I livelli elevati di IL-6 sono stati associati a infiammazione cronica e a una serie di problemi di salute. La loro riduzione dei livelli IL-6, grazie alla pratica regolare della mindfulness, suggerisce un effetto benefico sulla salute fisica e sul sistema immunitario.⁵⁰

4.2 Ruolo proattivo degli infermieri

Il ruolo dell'infermiere con pazienti affetti da sindrome da dipendenza è cruciale e richiede un approccio integrato che includa competenze cliniche, psicologiche e relazionali. Gli infermieri possono condurre sessioni educative per sensibilizzare sui rischi associati all'abuso di sostanze e sulle strategie per evitare le ricadute. L'intervento basato sulla mindfulness, come il Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP), può essere promosso dagli infermieri opportunamente formati per aiutare i pazienti a gestire il *craving* ed emozioni che potrebbero portare a ricadute. Inoltre, la promozione della continuità delle cure attraverso check-up regolari e gruppi di supporto è fondamentale per prevenire le ricadute.⁵¹ La prevenzione delle ricadute rappresenta la sfida più significativa nel trattamento delle dipendenze da sostanze.⁵² La formazione continua, l'approccio centrato sul paziente e l'uso di interventi basati sulla mindfulness come il MBRP permettono agli infermieri di migliorare significativamente l'assistenza fornita. Ciò contribuisce a prevenire le ricadute e a migliorare la qualità della vita dei pazienti. Durante l'ospedalizzazione, è importante che tutti i professionisti dell'equipe terapeutica condividano una visione comune basata sulla mindfulness per comprendere la sofferenza e il funzionamento della mente. In tal modo, i pazienti possono vivere in un ambiente terapeutico coerente con i principi di questa pratica millenaria: un ambiente libero da giudizi e pressioni, caratterizzato da calma, validazione emotiva, ascolto attento ed empatia. Lo stile di comunicazione e i messaggi del personale terapeutico, inclusi medici e infermieri,

⁵⁰ McClintock, A.S., et al., *Mindfulness practice predicts interleukin-6 responses to a mindfulness-based alcohol relapse prevention intervention. J Subst Abuse Treat.* 2019; 105:57-63.

⁵¹ De' Lutti, P., et al., (2022). *Ridefinizione progettuale di percorso riabilitativo orientato alla mindfulness in una Comunità Terapeutica per Alcoldipendenze. Il cavallo e la tartaruga.*

⁵² Bowen S., et al., op. cit., pag. VIII

devono essere in linea con i principi della mindfulness, come l'accettazione, l'attenzione consapevole e l'atteggiamento non giudicante. L'equipe dovrebbe anche impegnarsi in una pratica meditativa regolare e avere una formazione continua sulla mindfulness, supportata da una supervisione costante.⁵³ È cruciale che gli operatori sanitari, impegnati nella pratica clinica si dedichino a una pratica meditativa personale. Senza questa esperienza diretta, non possono comprendere appieno il percorso dei pazienti né il tipo di sforzo necessario per lavorare sulle energie della propria mente e del proprio corpo. Molti professionisti onorano questa prospettiva, cercando di supportarla nonostante le condizioni spesso non ideali in cui operano.⁵⁴ Gli interventi di gruppo basati sulla mindfulness, all'interno di un contesto ospedalizzato, offrono un buon rapporto costo-beneficio. Permettono di ottimizzare l'uso dello staff terapeutico e di massimizzare le spesso limitate risorse disponibili nei reparti. Per migliorare l'efficacia di tali interventi, è necessaria una formazione continua e una supervisione regolare per i clinici/istruttori, per aiutarli ad acquisire una prospettiva più profonda e autentica nell'insegnamento della mindfulness.⁵⁵ Come unico articolo reperito in letteratura che tratta delle diverse specializzazioni da parte degli infermieri negli Stati Uniti (infermiere esperto, educatore, consulente, collaboratore e ricercatore) Bartone e Van Patten (2021) hanno evidenziato che il MBRP è efficace come strumento di promozione della salute per i disturbi da uso di sostanze negli adulti. Il loro studio ha mostrato che il MBRP non solo riduce significativamente il *craving* e i sintomi associati alla dipendenza, ma migliora anche il benessere psicologico complessivo dei pazienti. Gli infermieri che utilizzano il MBRP come parte del loro intervento possono supportare i pazienti nella gestione del *craving* e delle emozioni negative, promuovendo una maggiore resilienza e riducendo il rischio di ricadute.⁵⁶ Nonostante la scarsa letteratura disponibile sulla gestione autonoma dei gruppi MBRP da parte degli infermieri, alcune testimonianze di conduttori indicano che esistono infermieri coinvolti in tali gruppi, anche se questi non pubblicano articoli scientifici o non

⁵³ Didonna F., op.cit., pag. 606-607-639-643

⁵⁴ Kabat-Zinn J., op. cit., pag. 248

⁵⁵ Didonna F., op.cit., pag. 630

⁵⁶ Bartone, A., et al., *Mindfulness-Based Relapse Prevention as a Health Promotion Tool for Substance Use Disorders in Adults*. JANANY, 58, 2021.

partecipano pienamente al processo, suggerendo che il ruolo dell'infermiere sia percepito più come "accessorio" per la promozione e la motivazione dei partecipanti.

4.3 Mindfulness in un contesto ospedalizzato

Negli ultimi vent'anni c'è stato un rapido e fertile sviluppo dell'utilizzo di interventi basati sulla mindfulness in un setting clinico, in particolare in trattamenti ambulatoriali e con pazienti con problematiche di non grave entità e in fase non acuta di malattia.⁵⁷ Normalmente in un contesto ospedaliero il reparto di cura può essere considerato un "posto sicuro" nel quale i pazienti percepiscono un senso di sicurezza, accoglimento, protezione e accudimento, che può avere un effetto terapeutico aspecifico per sé. Per questa ragione essi possono fare pratica regolare di mindfulness senza essere disturbati o ostacolati dai fattori che sono spesso presenti nel loro ambiente di provenienza.⁵⁸ Si è notato che i pazienti ospedalizzati, durante gli incontri dei training di mindfulness, proposti a persone affette da patologie diverse (gruppi eterogenei), riescono a condividere un senso di sofferenza umana comune, indipendentemente dalla diagnosi e questo è uno dei principi di base della mindfulness. Infatti, i pazienti nel gruppo possono rendersi conto che la sofferenza è una condizione umana normale e impermanente, che può essere presente in persone con età, cultura, e status sociale differenti e che ha un'origine comune.⁵⁹ I pazienti ospedalizzati hanno una sintomatologia, comorbilità e cronicità più elevata rispetto ai pazienti ambulatoriali perché si trovano in una fase acuta del proprio problema, in particolare la prima fase del ricovero. Inoltre, possono avere un rapporto gravemente disturbato con il proprio corpo, il quale è un importante focus negli esercizi di mindfulness, e possono provare un'intensa paura di perdere il controllo durante le pratiche meditative. Un ulteriore ostacolo è l'assunzione di psicofarmaci molto comune in queste persone, che rende più difficile l'esecuzione degli esercizi visti gli effetti collaterali come, ad esempio, la sonnolenza e di conseguenza la concentrazione durante le sedute. Un altro aspetto importante è che in un setting residenziale, poiché il programma è breve e intensivo, esiste un rapido *turn over* dei pazienti. Questo rende più difficile l'attivazione di interventi in cui i partecipanti siano i medesimi dall'inizio alla fine cosa che avviene

⁵⁷ Didonna F., op. cit., pag. 605

⁵⁸ Ibidem, pag. 607

⁵⁹ Ibidem, pag. 608

in un setting ambulatoriale. Questo cambiamento di partecipanti crea una disomogeneità. Tutte queste caratteristiche sopra descritte rendono necessario un adattamento del formato standard dei gruppi basati sulla mindfulness alla specificità dei problemi psicopatologici dei pazienti ricoverati in un servizio residenziale e alle caratteristiche di un programma terapeutico ospedalizzato.⁶⁰ Sviluppare le abilità di mindfulness non è semplice e richiede fundamentalmente una pratica meditativa regolare. È importante spiegare ai pazienti che la mindfulness può essere considerata come un'abilità terapeutica che necessita di pratica per essere appresa. Didonna, psicologo e psicoterapeuta, utilizza spesso l'analogia con la persona, la quale per imparare un nuovo sport deve allenarsi con regolarità, con l'aiuto di un istruttore, per poter affrontare nel tempo le sfide che la competizione (la vita) gli presenterà. Una delle strategie è fornire ogni giorno una pratica di mindfulness guidata. Questo è molto importante con i pazienti impegnativi poiché essi hanno molte difficoltà a trovare la motivazione e la volontà di praticare da soli. Ciò appare rilevante poiché l'osservazione empirica e l'esperienza clinica mostrano che più i pazienti praticano la meditazione formale e informale e più incorporano il senso di tale pratica e conseguentemente più stabili e terapeutici sono gli effetti che ne derivano. Questo tipo di pratica quotidiana dovrebbe essere guidata da un professionista della salute (infermiere, psicologo, psichiatra, assistente sociale) o in assenza di risorse anche un tirocinante, il quale può utilizzare esercizi di mindfulness registrati e semplicemente coordinare e controllare l'arrivo e la sistemazione dei pazienti e il loro stato durante l'effettuazione degli esercizi meditativi.⁶¹ I partecipanti disponendo di un metodo che potessero usare da soli per alleviare il loro dolore dava a questi pazienti un senso di "autoefficacia", la sensazione di poter controllare, almeno in una certa misura, il loro destino; e questa cosa, già di per sé stessa, aiuta le persone a convivere meglio con quei dolori che non se ne vanno.⁶² Il modello Relapse Prevention (RP) sostiene che l'aspetto più importante per ridurre il rischio di ricaduta in situazioni altrimenti ad alto rischio sia l'accesso a una risposta di coping alternativa. Se l'individuo acquisisce

⁶⁰ Didonna F., op.cit., pag. 609-610

⁶¹ Ibidem, pag. 611-612

⁶² Goleman D., et al., op. cit., pag. 194-195

nuove strategie di *coping* nelle situazioni stressanti, il senso di autoefficacia viene potenziato e le probabilità di ricaduta si riducono.⁶³

4.4 Efficacia delle Pratiche di Mindfulness per la Cessazione del Fumo

La ricerca sulle pratiche di mindfulness come intervento per la cessazione del fumo ha evidenziando il potenziale di queste tecniche come approccio complementare o alternativo ai trattamenti farmacologici tradizionali. Gli studi esaminati esplorano diversi aspetti dell'integrazione della mindfulness e delle pratiche corpo-mente nel contesto della cessazione del fumo, con risultati promettenti. Davis et al. (2007) hanno condotto uno studio pilota per valutare l'efficacia della Riduzione dello Stress Basata sulla Mindfulness (Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR) tra i fumatori che si differenzia da MBRP solo per lo scopo del trattamento ma non per la modalità di apprendimento della mindfulness. I risultati hanno indicato che la pratica della mindfulness potrebbe essere utile per aiutare i fumatori a ridurre il numero di sigarette consumate e ad aumentare la consapevolezza dei loro comportamenti legati al fumo. Tuttavia, essendo uno studio pilota, le conclusioni sono limitate dal piccolo campione e suggeriscono la necessità di ulteriori ricerche su scala più ampia per confermare questi risultati preliminari.⁶⁴ Il secondo studio preso in considerazione di Brewer et al. (2011) hanno condotto uno studio randomizzato controllato per testare l'efficacia di un programma di formazione basato sulla mindfulness per la cessazione del fumo. I partecipanti al gruppo di intervento hanno mostrato tassi di astinenza significativamente più elevati rispetto a quelli del gruppo di controllo, che aveva ricevuto un trattamento standard per la cessazione del fumo. Questo studio suggerisce che la formazione basata sulla mindfulness può influenzare positivamente i meccanismi psicologici legati al desiderio di fumare, come l'autoregolazione e la consapevolezza del momento presente, portando a una riduzione del comportamento di dipendenza.⁶⁵ Infine, Carim-Todd et al. (2013) hanno condotto una revisione sistematica delle pratiche corpo-mente come interventi senza farmaci per la cessazione del fumo. La revisione ha esaminato vari studi che utilizzano

⁶³ Bowen S., et al., op. cit., pag. XXVII

⁶⁴ Davis, J.M., et al., *A pilot study on mindfulness based stress reduction for smokers. BMC Complement Altern Med.* 2007;

⁶⁵ Brewer, J.A., et al. *Mindfulness training for smoking cessation: results from a randomized controlled trial. Drug Alcohol Depend.* 2011;119(1-2):72-80.

approcci come la mindfulness, la meditazione e lo yoga, evidenziando che, sebbene i risultati siano generalmente positivi, la qualità della ricerca esistente è variabile e sono necessari studi più rigorosi per confermare l'efficacia di questi interventi. Gli autori suggeriscono che le pratiche corpo-mente potrebbero offrire un'opzione di trattamento alternativa utile, specialmente per le persone che cercano metodi di cessazione del fumo senza l'uso di farmaci.⁶⁶ Gli studi affermano che le pratiche di mindfulness e corpo-mente possono rappresentare un approccio promettente per la cessazione del fumo, offrendo benefici significativi nella riduzione del desiderio di fumare e nel miglioramento dell'autocontrollo. Tuttavia, mentre gli studi pilota e quelli controllati randomizzati mostrano risultati incoraggianti, è evidente la necessità di ulteriori ricerche su larga scala per consolidare l'evidenza scientifica e comprendere meglio i meccanismi attraverso cui queste pratiche influenzano il comportamento legato alla dipendenza da nicotina.

4.5 Interventi Basati sulla Mindfulness per i Disturbi da Uso di Sostanze

Gli interventi basati sulla mindfulness (Mindfulness-Based Interventions, MBI) sono stati studiati come approcci terapeutici per i disturbi da uso di sostanze (Substance Use Disorders, SUD), con l'obiettivo di ridurre il desiderio compulsivo e migliorare la gestione delle esperienze avverse. Abdelaal et al. (2019) hanno esaminato l'effetto del programma di prevenzione delle ricadute basato sulla mindfulness (MBRP) sul desiderio di sostanze e sull'accettazione delle esperienze avverse tra pazienti con dipendenza. I risultati hanno mostrato che l'MBRP ha portato a una riduzione significativa del *craving* e a una maggiore capacità di accettare esperienze avverse senza ricorrere all'uso di sostanze. Questo studio sottolinea l'importanza della mindfulness nel migliorare l'autoregolazione emotiva e nella prevenzione delle ricadute tra i pazienti con dipendenza.⁶⁷ Terragni et al. (2023) hanno riportato i risultati di un'esperienza di MBRP presso il Servizio per le Tossicodipendenze (SERT) di Carate, Italia. Lo studio descrive un programma di MBRP implementato come parte

⁶⁶ Carim-Todd, L., et al. *Mind-body practices: an alternative, drug-free treatment for smoking cessation? A systematic review of the literature.* *Drug Alcohol Depend.* 2013;132(3):399-410.

⁶⁷ Abdelaal, H. M., et al., *Effect of "Mindfulness-Based Relapse Prevention Program"; On Substance Craving and Acceptance of Aversive Experiences among Patients with Addiction.*, 2019

del trattamento per persone con disturbi da uso di sostanze. I risultati hanno evidenziato un miglioramento nella capacità dei partecipanti di gestire i loro impulsi e il *craving*, oltre a un aumento della consapevolezza e dell'accettazione delle emozioni e delle esperienze avversive. Questo progetto pilota ha dimostrato che l'MBRP può essere un intervento fattibile e ben accettato nei contesti clinici locali, suggerendo la possibilità di integrare gli MBI nei servizi standard per la dipendenza.⁶⁸

4.6 MBRP a confronto

4.6.1 MBRP e il Modello dei Dodici Passi: Affinità e Divergenze

L'approccio della MBRP e il modello dei dodici passi (come Alcolisti Anonimi e Narcotici Anonimi) condividono alcune affinità, ma differiscono su diversi aspetti fondamentali. Entrambi i metodi enfatizzano l'accettazione e l'importanza della preghiera e della meditazione. Nel modello dei dodici passi, l'accettazione dell'impotenza personale sulla dipendenza e il ricorso a una "forza superiore" sono centrali. L'MBRP, sebbene non utilizzi lo stesso linguaggio, promuove un atteggiamento di accettazione dell'esperienza presente senza giudizio, incoraggiando la consapevolezza e l'auto-compassione. Le principali differenze risiedono nella filosofia di fondo e nell'approccio all'astinenza. Il modello dei dodici passi considera la dipendenza come una malattia mentale cronica e progressiva, e richiede che i partecipanti si identifichino come "dipendenti" o "alcolisti", riconoscendo la loro impotenza di fronte alla malattia. Al contrario, l'MBRP scoraggia l'uso di etichette e promuove l'osservazione continua e l'accettazione delle esperienze senza attribuire loro valore positivo o negativo. Inoltre, mentre l'astinenza totale è un requisito fondamentale nei programmi dei dodici passi, l'MBRP non la impone come condizione necessaria per la partecipazione. Sebbene l'astinenza sia considerata l'obiettivo ideale nell'MBRP, i partecipanti possono stabilire i propri obiettivi personali, che potrebbero includere un percorso graduale verso l'astinenza piuttosto che una cessazione immediata. Nel modello dei dodici passi, la ricaduta è spesso vista come un fallimento o un ritorno al punto di partenza. Al contrario, l'MBRP, ispirato al modello di prevenzione delle ricadute (RP), considera la ricaduta come un evento comune nel

⁶⁸ Terragni, M., et al.; *MBRP (Mindfulness Based Relapse Prevention) Una esperienza presso il Sert di Carate*

processo di cambiamento, offrendo un'opportunità di apprendimento piuttosto che un fallimento. L'MBRP può integrare obiettivi comuni agli approcci cognitivo-comportamentali, motivazionali e alla filosofia dei dodici passi, offrendo un ponte tra le diverse metodologie di trattamento delle dipendenze. Incoraggia i partecipanti a riconoscere i fattori che aumentano la vulnerabilità alla ricaduta e a lavorare su un miglioramento continuo della consapevolezza e delle capacità di autoregolazione.⁶⁹

4.6.2 Confronto dei Risultati degli Studi sull'Efficacia e i Meccanismi della MBRP per i Disturbi da Uso di Sostanze

Witkiewitz, Lustyk, & Bowen (2013) hanno esplorato i meccanismi neurobiologici ipotizzati alla base dell'efficacia della MBRP. Lo studio suggerisce che la MBRP potrebbe modificare i circuiti cerebrali associati alla dipendenza attraverso il potenziamento del controllo cognitivo e la regolazione emotiva. La pratica di mindfulness, attraverso l'addestramento all'osservazione non giudicante dei pensieri e delle emozioni, sembra ridurre il *craving* e le risposte impulsive, favorendo un maggiore controllo sulle azioni legate all'uso di sostanze.⁷⁰ Bowen et al. (2014) hanno condotto uno studio clinico randomizzato per confrontare l'efficacia della MBRP con la prevenzione delle ricadute standard (Standard Relapse Prevention, SRP) e il trattamento tradizionale (Treatment as Usual, TAU) per i disturbi da uso di sostanze. I risultati hanno mostrato che la MBRP è più efficace della SRP e del TAU nel ridurre l'uso di sostanze e nel prevenire le ricadute nel lungo termine. I partecipanti al gruppo MBRP hanno riportato un minor numero di giorni di consumo di sostanze e una maggiore capacità di gestione del *craving* e delle situazioni ad alto rischio rispetto agli altri gruppi. Questo studio ha evidenziato l'importanza della mindfulness nel rafforzare l'autoregolazione e la consapevolezza, elementi chiave per la prevenzione delle ricadute.⁷¹

Roos, Stein, Bowen, & Witkiewitz (2019) hanno esaminato l'influenza del genere individuale e della composizione di genere del gruppo sui risultati della MBRP per i

⁶⁹ Bowen S., et al., op. cit., pag. 16-17-18

⁷⁰ Witkiewitz, K., et al., *Retraining the addicted brain: a review of hypothesized neurobiological mechanisms of mindfulness-based relapse prevention*. *Psychol Addict Behav*. 2013;27(2):351-365.

⁷¹ Bowen, S., et al. *Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: a randomized clinical trial*. *JAMA Psychiatry*. 2014;71(5):547-556.

disturbi da uso di sostanze. Lo studio ha rivelato che le donne beneficiano maggiormente della MBRP rispetto agli uomini, in termini di riduzione dell'uso di sostanze e di miglioramento del benessere psicologico. Inoltre, i gruppi misti di genere sembrano offrire benefici unici, come un ambiente di supporto più equilibrato e la possibilità di esplorare le dinamiche relazionali tra generi diversi. Questi risultati suggeriscono che la composizione di genere del gruppo può influenzare i risultati della MBRP, e che è importante considerare questi fattori quando si progettano programmi di trattamento basati sulla mindfulness.⁷² Gli studi esaminati indicano che la MBRP è un intervento efficace e superiore ad altri approcci standard in termini di riduzione del consumo e della frequenza delle ricadute. L'approccio di mindfulness sembra influire positivamente sui meccanismi neurobiologici della dipendenza, migliorando il controllo cognitivo e la regolazione emotiva. Tuttavia, la composizione di genere del gruppo e le differenze individuali di genere possono modulare l'efficacia del trattamento, suggerendo che la personalizzazione dei programmi MBRP potrebbe essere un approccio vantaggioso. Come molti meditatori scoprono, è particolarmente difficile mantenere una pratica autonomamente, in assenza di un insegnante o di un gruppo di compagni praticanti. Senza una rete e senza l'opportunità di una pratica accompagnata, è facile ricadere negli schemi mentali ed abituali e in vecchi comportamenti reattivi e automatici. La raccomandazione da parte degli autori (Bowen S. et al.) affinché le future applicazioni e modificazioni alla MBRP tengano in considerazione l'aggiunta di gruppi di mantenimento settimanali o mensili o altre forme di supporto continuativo come parte del programma.⁷³ Una ragione che rende ancora più urgente questo sforzo sta nel fatto che la nostra società soffre di un deficit dell'attenzione. Pertanto, è necessario il rafforzamento dell'attenzione sia una necessità urgente dal punto di vista della salute pubblica.⁷⁴ Credere nella propria capacità di affrontare tutto ciò che emerge è fondamentale per coltivare il potere della

⁷² Roos, C., et al., *Individual gender and group gender composition as predictors of differential benefit from mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders*. Mindfulness (NY). 2019;10(8):1560-1567.

⁷³ Bowen S., et al., op. cit., pag. 26

⁷⁴ Goleman D., et al., op. cit., pag. 325

guarigione.⁷⁵ Il protocollo MBRP è in continua evoluzione e sarà sempre in corso d'opera, trasformandosi insieme a ogni nuovo gruppo di partecipanti.⁷⁶

4.7 Discussione dei dati emersi e implicazioni per la pratica

4.7.1 Livello di efficacia della mindfulness

La discussione emersa dalle fonti scientifiche evidenzia in modo approfondito l'efficacia della pratica Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP) nel trattamento dei disturbi da uso di sostanze, illegali e legali, dimostrando significativi benefici in diversi ambiti. In particolare, la MBRP si rivela uno strumento efficace per ridurre il *craving*, che rappresenta una delle principali cause di ricaduta tra i soggetti affetti da dipendenze. Un ulteriore aspetto rilevante riguarda l'aumento dell'autoefficacia, ovvero la percezione da parte dei pazienti di avere il controllo sulle proprie azioni, grazie alla consapevolezza acquisita, un fattore cruciale nel mantenimento della sobrietà nel lungo termine. Il confronto costo/beneficio mette in luce come l'adozione della mindfulness, nonostante possa richiedere un investimento iniziale in termini di formazione e risorse, generi risultati considerevoli in termini di miglioramento della qualità della vita dei pazienti, riduzione delle ricadute e, di conseguenza, riduzione dei costi sanitari associati a trattamenti prolungati o ripetuti. Se strutturata adeguatamente nel tempo le persone saranno in grado di essere autonome nella pratica e di conseguenza nel mantenimento dei risultati. A fronte di benefici psicologici e comportamentali duraturi, l'investimento si dimostra giustificato.

4.7.2 Mindfulness e tabagismo

Il fumo, una delle dipendenze più comuni e spesso sottovalutate, rappresenta una sfida significativa per chi cerca di smettere. In questo contesto, la mindfulness emerge come un approccio innovativo che potrebbe favorire un cambiamento nello stile di vita. Le pratiche di mindfulness, che includono la meditazione e altre tecniche corpo-mente, sembrano aiutare i fumatori a ridurre il consumo di sigarette, aumentare la consapevolezza dei propri comportamenti e rafforzare l'autoregolazione. Diversi studi suggeriscono che la mindfulness può ridurre il desiderio di fumare, migliorando il controllo delle emozioni e del desiderio, offrendo così un'alternativa o un

⁷⁵ Kabat-Zinn J., op. cit. pag. 463

⁷⁶ Bowen S., et al., op. cit., pag. 7

complemento ai trattamenti farmacologici tradizionali. Sebbene i risultati preliminari siano incoraggianti, la ricerca su larga scala è necessaria per confermare l'efficacia di queste tecniche e chiarire i meccanismi attraverso cui la mindfulness potrebbe influenzare positivamente il comportamento legato al fumo.

4.7.3 Modifiche neurobiologiche

La mindfulness sembra avere un impatto significativo sulle modificazioni neurobiologiche grazie alla neuroplasticità, che permette cambiamenti duraturi nel cervello attraverso la pratica regolare. Questi cambiamenti includono la riduzione delle risposte automatiche allo stress e ai desideri, tipiche della dipendenza, e il potenziamento di funzioni cognitive superiori, come la regolazione dell'attenzione, il controllo emotivo e la presa di decisioni. La pratica mindfulness può anche ridurre il craving e migliorare la capacità di gestire gli stati negativi, contribuendo alla prevenzione delle ricadute. Inoltre, è stato osservato un aumento delle dimensioni di alcune aree del cervello, correlato a un miglioramento del benessere psicologico, e una diminuzione dei livelli di interleuchina-6, suggerendo effetti benefici sulla salute fisica e sul sistema immunitario. Questi cambiamenti dimostrano come la mindfulness possa influenzare positivamente la salute mentale e fisica a lungo termine.

4.7.4 Mindfulness e l'infermiere

Il ruolo degli infermieri appare cruciale sia come formatori di mindfulness per i pazienti sia come utilizzatori diretti della pratica per la gestione dello stress e la prevenzione del burnout. L'introduzione della mindfulness tra il personale infermieristico, infatti, può rappresentare una valida strategia per migliorare il benessere lavorativo, promuovendo al contempo una maggiore qualità dell'assistenza. Gli infermieri motivati a integrare la mindfulness nella loro pratica professionale possono favorire un ambiente più empatico e resiliente, oltre a migliorare l'efficacia dei percorsi terapeutici per i pazienti con disturbi da uso di sostanze. Tuttavia, l'efficacia di questo approccio può essere limitata da alcuni fattori. Uno dei principali ostacoli è rappresentato dall'informazione inadeguata del personale sanitario nei confronti di questa tipologia di trattamento, che potrebbe essere svalutata o utilizzato senza produrre beneficio. Inoltre, il mancato riconoscimento del valore della mindfulness all'interno dell'ambiente clinico può impedire una sua diffusione su larga

scala, precludendo così i benefici che essa potrebbe apportare sia ai pazienti sia ai professionisti della salute. La promozione di una formazione strutturata e di un riconoscimento istituzionale della mindfulness appare quindi fondamentale per garantirne il successo e una più ampia integrazione nella pratica clinica.

5. CONCLUSIONE

Dalla letteratura si evince l'utilità e i benefici che la pratica mindfulness può portare nella vita delle persone affette da sindrome da dipendenza, qualsiasi essa sia. L'importanza della ricerca scientifica per migliorare i protocolli e scoprirne i benefici concreti abbattendone i pregiudizi. Inoltre la possibilità di trarre giovamento sia dal punto di vista del paziente che dell'infermiere per poter affrontare questo percorso con più consapevolezza ed empatia per sé e per l'altro. Con la speranza che anche l'Italia prenda spunto dalle esperienze mondiali che usufruiscono della mindfulness da tempo. Meditare non significa chiudere gli occhi, ma guardare in faccia la realtà. Significa affrontare la vita, sia nella bellezza che nelle avversità, accogliendo i momenti di gioia e quelli di dolore, gustando i primi e affrontare i secondi, senza mai rinunciare a capire e ad agire: questo significa essere coscienti.⁷⁷ La capacità di essere consapevoli è in ognuno di noi.⁷⁸ Uscire da una dipendenza è un cammino lungo e difficile, che non può essere visto come la semplice eliminazione o sostituzione di una sostanza o di un comportamento compulsivo. Spesso si parte dall'accettazione delle proprie vulnerabilità, e sviluppare accettazione in modo completo rappresenta già un cambiamento significativo.⁷⁹ Quando una persona riesce a creare un nuovo ed equilibrato modo di vivere nel mondo senza droghe, allora si può dire che ha completato il processo interamente.⁸⁰ Gli animali, a differenza degli esseri umani, sanno istintivamente che fermarsi è il modo migliore per guarire; non hanno bisogno di un medico, di una farmacia o di un farmacista. Un tempo anche noi possedevamo questo tipo di saggezza, ma ne abbiamo perso il contatto. Non sappiamo più riposare: non permettiamo al corpo di rilassarsi, di liberarsi dalle tensioni e di guarire. "Tutto comincia da me, e niente si muoverà se non mi muovo io."⁸¹

⁷⁷ André C., op. cit., 174

⁷⁸ Kabat-Zinn J., op. cit., pag. 44

⁷⁹ De' Lutti P., op. cit., pag. 32

⁸⁰ Didonna F., op. cit., pag. 411

⁸¹ André C., op. cit., pag. 181

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Abdelaal, H. M., et al., *Effect of “Mindfulness-Based Relapse Prevention Program”; On Substance Craving and Acceptance of Aversive Experiences among Patients with Addiction.*, 2019
2. Amaro, H., et al., (2014). *Feasibility, acceptability, and preliminary outcomes of a mindfulness-based relapse prevention intervention for culturally-diverse, low-income women in substance use disorder treatment. Substance use & misuse*, 49(5), 547-559.
3. American Addiction Centers, Alcohol and Drug Abuse Statistics, and recovery in Alcoholics Anonymous. *Journal of Addictions Nursing*, 23(4), 241-247.
4. André C., *Tempo di meditare. Per ritrovare l'equilibrio e la calma interiore*, Garzanti, Milano 2021
5. Bartone, A., et al., *Mindfulness-Based Relapse Prevention as a Health Promotion Tool for Substance Use Disorders in Adults. JANANY*, 58, 2021.
6. Bowen S, et al. *Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: a randomized clinical trial. JAMA Psychiatry*. 2014;71(5):547-556.
7. Bowen S., et al., *Mindfulness e comportamenti di dipendenza*, Raffaello Cortina editore, Milano, 2013
8. Bowen S., et al., *Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: a pilot efficacy trial. Subst Abus.* 2009;30(4):295-305. doi: 10.1080/08897070903250084
9. Brewer JA, et al. *Mindfulness training for smoking cessation: results from a randomized controlled trial. Drug Alcohol Depend.* 2011;119(1-2):72-80.
10. Brewer, J. A., et al., (2009). *Mindfulness training and stress reactivity in substance abuse: results from a randomized, controlled stage I pilot study. Substance Abuse*, 30(4), 306-317.
11. Calloway, S. (2007). *Mental health promotion: Is nursing dropping the ball?* *Journal of professional Nursing*, 23(2), 105-109.
12. Carim-Todd L, et al. *Mind-body practices: an alternative, drug-free treatment for smoking cessation? A systematic review of the literature. Drug Alcohol Depend.* 2013;132(3):399-410.

13. Chawla, N., et al., (2010). *The mindfulness-based relapse prevention adherence and competence scale: development, interrater reliability, and validity. Psychotherapy Research, 20(4)*, 388-397.
14. Chiesa, A., & Serretti, A. (2014). *Are mindfulness-based interventions effective for substance use disorders? A systematic review of the evidence. Substance use & misuse, 49(5)*, 492-512.
15. Codice Deontologico degli Infermieri, 2019
16. Davis JM, et al., *A pilot study on mindfulness based stress reduction for smokers. BMC Complement Altern Med. 2007*;
17. De' Lutti P., *Il cavallo e la tartaruga*, NeP, Roma 2024
18. De' Lutti, P. (2019). *IBM dip: Modulo breve di intervento riabilitativo orientato alla Mindfulness per utenti polidipendenti stabilizzati in regime ambulatoriale. Mission, (2018/52)*.
19. De' Lutti, P., et al., (2022). Ridefinizione progettuale di percorso riabilitativo orientato alla mindfulness in una Comunità Terapeutica per Alcoldipendenze. *Il cavallo e la tartaruga*.
20. Didonna F., *Manuale clinico mindfulness*, FrancoAngeli, Milano 2012
21. Galimberti L., *Guarire il paziente, curare la persona- Dalla clinica alla prevenzione delle dipendenze*, BUR Rizzoli, Milano 2023
22. Garland, E. L., et al. (2019). *Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement reduces opioid craving among individuals with opioid use disorder and chronic pain in medication assisted treatment: Ecological momentary assessments from a stage 1 randomized controlled trial. Drug and alcohol dependence, 203*, 61–65.
23. Goleman D., Davidson R.J., *Meditazione come cura. Una nuova scienza per guarire corpo, mente e cervello.*, Rizzoli, Milano 2017
24. Guillaumie, L., et al., (2017). *A mixed-methods systematic review of the effects of mindfulness on nurses. Journal of advanced nursing, 73(5)*, 1017-1034.
25. Hayes, A., et al., (2020). *The neurobiology of substance use and addiction: evidence from neuroimaging and relevance to treatment. BJPsych Advances, 26(6)*, 367–378. doi: 10.1192/bja.2020.68

26. Houlihan, S. D., et al., (2016). *The emerging science of mindfulness as a treatment for addiction. Mindfulness and Buddhist-derived approaches in mental health and addiction*, 191-210.
27. <https://americanaddictioncenters.org/workforce-addiction/>
28. <https://www.in-psychology.it/psicodinamica-delle-dipendenze/>
29. <https://www.salute.gov.it/portale/medicinaliStupefacenti/dettaglioContenutiMedicinaliStupefacenti.jsp?lingua=italiano&id=3729&area=sostanzeStupefacenti&menu=vuoto&tab=1>
30. <https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/dettaglioContenutiPrevenzione.jsp?lingua=italiano&id=5763&area=prevenzione&menu=obiettivi2020>
31. I dodici passi di Alcolisti Anonimi, 1939
32. Kabat-Zinn J., *Vivere momento per momento. Come usare la saggezza del corpo e della mente per sconfiggere lo stress, il dolore, l'ansia e la malattia*, Corbaccio, Milano 2016
33. Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). *Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. The lancet. Psychiatry*, 3(8), 760–773. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00104-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00104-8)
34. Lucchiari, C., & Pravettoni, G. (2011). *The addicted mind: un approccio neuro-cognitivo ai comportamenti dipendenti. In Comunicazione e strategie di intervento nelle tossicodipendenze* (pp. 53-72). Carocci.
35. McClintock AS, et al., *Mindfulness practice predicts interleukin-6 responses to a mindfulness-based alcohol relapse prevention intervention. J Subst Abuse Treat.* 2019; 105:57-63.
36. McLellan, A. T. et al. (2005). *Reconsidering the evaluation of addiction treatment: from retrospective follow-up to concurrent recovery monitoring. Addiction* (Abingdon, England), 100(4), 447–458. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01012.x>
37. Mumba, M. N., et al., (2024). *The methods and baseline characteristics of a multi-site randomized controlled trial evaluating mindfulness-based relapse prevention in conjunction with peer support to improve adherence to medications for opioid use disorders. Frontiers in psychiatry*, 15, 1330672. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1330672>

38. Nidich, S., et al., (2016). *Reduced Trauma Symptoms and Perceived Stress in Male Prison Inmates through the Transcendental Meditation Program: A Randomized Controlled Trial*. *The Permanente journal*, 20(4), 16–17.
<https://doi.org/10.7812/TPP/16-007>
39. Omar Singleton et al., *Change in Brainstem Gray Matter Concentration Following a Mindfulness-Based Intervention Is Correlated with Improvement in Psychological Well-Being*, *Frontiers in Humane Neuroscience*, 18 febbraio 2014
40. Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS): Linee guida sulle sostanze psicoattive e i loro effetti sulla salute.
41. Organizzazione Mondiale della Sanità, *Classificazione Internazionale delle malattie ICD-10*, 2000
42. Presidenza del Consiglio dei ministri Dipartimento per le Politiche Antidroga, *Relazione annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze in Italia*, 2023
43. Ritz, L., et al. (2023). *Structural brain substrates of the deficits observed on the BEARNI test in alcohol use disorder and Korsakoff's syndrome*. *Journal of neuroscience research*, 101(1), 130–142.
44. Rogers C. *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications and Theory*. London, 1951
45. Roos C, et al., *Individual gender and group gender composition as predictors of differential benefit from mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders*. *Mindfulness* (NY). 2019;10(8):1560-1567.
46. Roos, C. R., et al., (2024). *Development and initial testing of mindful journey: a digital mindfulness-based intervention for promoting recovery from Substance use disorder*. *Annals of medicine*, 56(1), 2315228.
<https://doi.org/10.1080/07853890.2024.2315228>
47. Skrzynski, C. J., et al., (2023). *Comparing the Efficacy of Mindfulness-Based Relapse Prevention Versus Relapse Prevention for Alcohol Use Disorder: A Randomized Control Trial*. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 84(4), 560–569.
<https://doi.org/10.15288/jsad.21-00392>
48. Strobbe, S., et al. (2012). *Applying the nursing theory of human relatedness to alcoholism*

49. Terragni, M., et al.; *MBRP (Mindfulness Based Relapse Prevention) Una esperienza presso il Sert di Carate*
50. The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision (ICD-10) Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1999.
51. Thich N. H., *Trasformare la sofferenza, l'arte di generare felicità*, Terra Nuova, Firenze 2014
52. Thich N. H., *L'arte di lavorare in consapevolezza, Come vivere con gioia e presenza mentale ogni momento della giornata*. Terra Nuova, Firenze 2014
53. Vinci C., et al., (2023). *Pilot randomized controlled trial of mindfulness-based relapse prevention vs cognitive behavioral therapy for smoking and alcohol use. Drug and alcohol dependence*, 244, 109768. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.109768>
54. Wason, K., et al. (2021). *Addiction Nursing Competencies: A Comprehensive Toolkit for the Addictions Nurse. The Journal of nursing administration*, 51(9),424–429. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001041>
55. Witkiewitz K, et al., *Retraining the addicted brain: a review of hypothesized neurobiological mechanisms of mindfulness-based relapse prevention*. *Psychol Addict Behav*. 2013;27(2):351-365.
56. Witkiewitz, K., & Bowen, S. (2010). *Depression, craving, and substance use following a randomized trial of mindfulness-based relapse prevention. Journal of consulting and clinical psychology*, 78(3), 362.
57. Zhang, R., & Volkow, N. D. (2019). *Brain default-mode network dysfunction in addiction. NeuroImage*, 200,313–331. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2019.06.036>

ALLEGATO 1

Settimana 1: "Modalità del Pilota Automatico e Mindfulness"

Introduzione al concetto di "pilota automatico" e all'importanza della consapevolezza.

Obiettivi: riconoscere quando si opera in modalità automatica e diventare più consapevoli delle proprie esperienze; comprendere il concetto di mindfulness e iniziare a praticare la consapevolezza attraverso esercizi di respirazione e osservazione del corpo; aumentare la consapevolezza del momento presente senza giudizio.

Settimana 2: "Riconoscere le Scelte"

Consapevolezza delle scelte e possibilità di rispondere piuttosto che reagire.

Obiettivi: esplorare la possibilità di rispondere in modo consapevole piuttosto che reagire impulsivamente agli stimoli; introdurre l'idea di "urge surfing" (navigare le voglie), una pratica per gestire il desiderio di uso di sostanze senza cedere ad esso: riconoscere i segnali del corpo e della mente che indicano il desiderio e allenarsi a rimanere presenti e consapevoli.

Settimana 3: "Il Ritorno nel Momento Presente"

Riconnettersi con il momento presente per interrompere i cicli automatici di pensiero e comportamento.

Obiettivi: imparare tecniche di grounding per rimanere radicati nel momento presente quando si manifestano stress o voglie; sviluppare una maggiore capacità di auto-osservazione e identificazione dei fattori scatenanti per l'uso di sostanze; praticare la consapevolezza del respiro e del corpo per rimanere presenti.

Settimana 4: "Indagare il Disagio"

Esplorare il disagio fisico, emotivo e mentale con curiosità piuttosto che con evitamento.

Obiettivi: affrontare le emozioni difficili e il disagio in modo non giudicante e accettante; comprendere la relazione tra stress, emozioni negative e comportamento di dipendenza; sperimentare la pratica del "body scan" per sviluppare una maggiore consapevolezza delle sensazioni fisiche associate al disagio.

Settimana 5: "Permettere e Lasciare Andare"

Accettazione dei pensieri e delle emozioni senza attaccamento.

Obiettivi: sviluppare la capacità di osservare i pensieri e le emozioni come eventi mentali piuttosto che realtà che richiedono azione; praticare la meditazione della consapevolezza del respiro per coltivare la capacità di "lasciare andare"; lavorare sulla differenza tra resistenza e accettazione delle esperienze interne.

Settimana 6: "Pensieri Sono Solo Pensieri"

Decostruzione del potere dei pensieri e delle convinzioni rigide.

Obiettivi: sviluppare la capacità di riconoscere i pensieri come semplici eventi mentali, non come realtà definitive; introdurre tecniche cognitive per disinnescare pensieri dannosi o automatici; praticare la "defusione cognitiva" per creare distanza dai pensieri intrusivi legati alle dipendenze.

Settimana 7: "Prendersi Cura di Sé"

Coltivare il benessere attraverso la cura di sé e la compassione.

Obiettivi: riconoscere l'importanza di prendersi cura di sé per prevenire ricadute; introdurre la pratica della meditazione della gentilezza amorevole per sviluppare compassione verso sé stessi e gli altri; costruire un piano personale di auto-cura che includa pratiche di mindfulness e attività che supportino il benessere.

Settimana 8: "Mantenere la Consapevolezza e Continuare il Percorso"

Sviluppare una continuità di pratica e strategie per il futuro.

Obiettivi: rivedere le pratiche apprese durante le otto settimane e consolidare gli strumenti di mindfulness; identificare risorse e strategie per mantenere la consapevolezza nella vita quotidiana; creare un piano d'azione personale per il mantenimento della sobrietà e la prevenzione delle ricadute.