

GOVERNARE LA COMPLESSITÀ

I SERVIZI PER LE DIPENDENZE TRA INDIRIZZI ISTITUZIONALI,
EVIDENZE CLINICHE E BISOGNI EMERGENTI



NAPOLI
14-15-16
OTTOBRE
2026

Hotel Royal Continental

Interventi psicoterapeutici

Condizioni di necessità e di possibilità della psicoterapia nei SerD · per il Gruppo Psicoterapia FeDerSerD

Stefano Burattini

Psicologo – Psicoterapeuta · Teacher trainer MBRP

UOC SerD di Chieti · Sapienza Università di Roma · UCSD – THRIVE



Chi parla, e per conto di chi

Da dove parlo

- Da **operatore di un SerD**: la clinica di ogni giorno.
- Da **ricercatore**: Sapienza, UCSD, studio THRIVE.
- Da **familiare** di una persona con dipendenza.

Il Gruppo Psicoterapia FeDerSerD

- **Francesco Sanavio**, coordinatore
- Paola Causo
- Ilaria Iorio
- Luca Rossi
- Andrea Valdevit
- Michele Lovato
- Stefano Burattini



Nei SerD si fa psicoterapia?

Si fanno interventi psicologici

Ogni giorno, nei SerD: colloqui clinici, valutazione psicodiagnostica, sostegno, gruppi, lavoro con le famiglie e con la rete. Entrano nel il tessuto della presa in carico.

A questi si affiancano elementi di intervento psicologici trasversali, come il colloquio motivazionale, il counseling breve, la facilitazione di gruppi di mutuo aiuto

E tra questi, si fa psicoterapia

Una parte di questi interventi è, a tutti gli effetti, psicoterapia: **strutturata o meno, con obiettivi, dentro e a favore di una relazione, con un focus di intervento, emergente da una comprensione della persona o della patologia.**

La domanda non è se farla, ma come renderla riconoscibile, progettata e misurata.



Linee guida e LEA convergono

I Livelli Essenziali di Assistenza

Il DPCM 12 gennaio 2017 (art. 28) include la psicoterapia tra le prestazioni garantite alle persone con dipendenza.

È un mandato, non una scelta discrezionale.

DPCM 12/01/2017, art. 28

Le linee guida

- ISS-SNLG 2024 sul disturbo da uso di alcol: raccomandazione condizionata a favore della psicoterapia, anche combinata ai farmaci; FeDerSerD tra le società collaboratrici.
- Le linee guida internazionali (NICE, APA, SAMHSA) chiedono approcci basati sulle evidenze, integrati e centrati sulla relazione terapeutica.

ISS-SNLG 2024 · documento programmatico del Gruppo

Mandato e evidenze dicono la stessa cosa: nei SerD la psicoterapia è necessaria, e deve essere garantita.



Un campo complesso

Una definizione complessa di dipendenza

- Ieri vizio o devianza; oggi sappiamo che non basta chiamarla malattia del cervello.
- È **una condizione complessa**: biologica, psicologica, relazionale, sociale ed esistenziale insieme.
- Nei servizi la comorbidità è la norma, non l'eccezione.
- La recovery è miglioramento del funzionamento e del senso della vita, non solo astinenza.

Witkiewitz et al. 2020 · de Haan 2020

I limiti nella traslazione

64–96%

delle persone con dipendenza è escluso dagli studi clinici: soprattutto le più gravi, povere e complesse.

Le evidenze vengono spesso da campioni che non somigliano a chi incontriamo. **Evidence-based** vuol dire integrare evidenze, competenza clinica e persona, e misurare nel proprio servizio.

Moberg & Humphreys 2017 · Humphreys & Weisner 2000 · APA 2006



Che cosa sappiamo dei fattori comuni

Sappiamo che la psicoterapia funziona; non sappiamo ancora bene perché.

$\approx 10\%$

della varianza negli esiti dipende dal **terapeuta** (studio COMBINE). Tra metodi diversi le differenze sono piccole.

$r \approx .28$

tra **alleanza** ed esiti. Nelle dipendenze predice aggancio e ritenzione; va costruita e riparata seduta per seduta.

7–15%

delle persone **peggiora** dopo trattamenti psicosociali: confronto, critica, assenza di legame.

I fattori relazionali non sono aspecifici: variano tra operatori e si possono insegnare.



Il razionale di lavoro

Ragionare dentro la complessità vuol dire tenere insieme cinque punti:

Comorbilità

La norma: pazienti che non si riducono a un trattamento standardizzato.

Téchne

Il saper fare del mestiere si impara dall'esperienza, con confronto e supervisione.

Integrazione

Tra percorsi e tecniche, scelti per **base empirica**, non per scuola.

Relazione

Gli aspetti psico-relazionali sono il fondamento di ogni intervento.

Reti

Reti formali e informali di aggiornamento e condivisione tra colleghi ed équipe.

La formazione psicologica è un valore per tutta l'équipe: comunicare, non stigmatizzare l'uso e la ricaduta, lavorare in modo trauma-informed.



Il documento programmatico: le azioni

Che cosa si propone FeDerSerD

- Costituire un gruppo di lavoro sulla psicoterapia.
- Dare voce ai bisogni formativi della base associativa.
- Programmare formazioni FAD sulla psicoterapia delle dipendenze.
- Avanzare proposte editoriali: edizioni italiane di manuali.

A che cosa serve la FAD

- Un **razionale condiviso** dell'intervento psicoterapeutico nei SerD.
- Superare il settarismo delle scuole: **una psicoterapia senza aggettivi**, lessici e prassi comuni.
- Un gruppo di interesse che riduca le differenze territoriali.

Supervisione e intervizione: distintive dei gruppi che lavorano meglio e si prendono cura di se stessi



Lavorare sulle dimensioni sottostanti

Non solo il consumo: i luoghi in cui la psicoterapia agisce.

Funzioni

L'uso come soluzione:
regolare emozioni,
spegnere il dolore,
recuperare piacere.

Stellern 2023 · Garfield
2014

Trauma

Trauma precoce,
dissociazione,
alessitimia: si regola
ciò che non si riesce a
sentire né a dire.

Schimmenti & Caretti 2016

Rigidità

Pattern che si ripetono
anche quando non
funzionano più;
processi
appetitivi/avversivi
automatici.

Gallagher 2024

Contesto

Perdita di sensibilità al
contesto; la ricaduta
come processo
dinamico ripetitivo.

Witkiewitz & Marlatt 2004

Stigma

Dal pubblico
all'interiorizzato;
riguarda anche i servizi
e chi cura.

Corrigan et al. 2011

Le dimensioni si compongono: la vergogna è insieme funzione, rigidità e stigma.



Traiettorie verso recovery e salutogenesi

Recovery

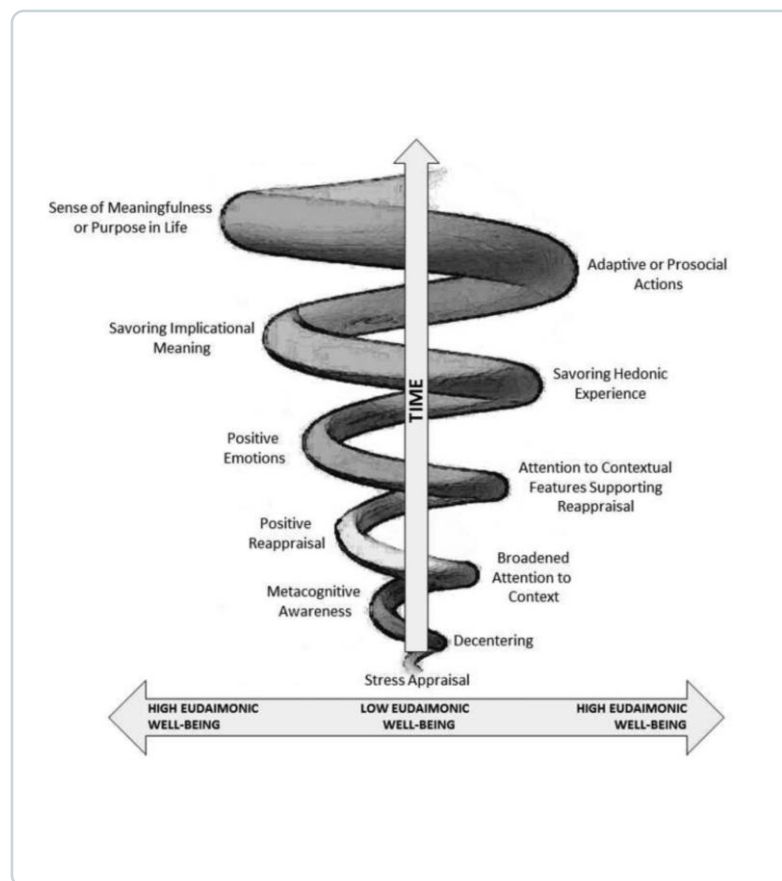
- Un processo dinamico di miglioramento del **funzionamento biopsicosociale** e del **senso della vita**.
- Non coincide con l'astinenza.

Witkiewitz et al. 2020

Salutogenesi

- Non solo ridurre la patogenesi: generare salute.
- Dal decentramento all'attenzione allargata, alla rivalutazione e al savoring, fino al senso e allo scopo.
- **Lo stesso punto d'arrivo della recovery.**

Garland et al. 2015





Patologia come rigidità

de Haan · rispetto al contesto: il sense-making che si congela

- Un disturbo è un pattern di sense-making **rigido**, bloccato in una forma invece che sintonizzato sulla situazione.
- Il mondo si restringe per circoli viziosi: evitamento, meno esperienze correttive, meno affordance.
- Anche la presa di posizione su di sé si irrigidisce: la condizione presente «colonizza» la posizione esistenziale.

de Haan 2020

Gallagher · rispetto al sé: il self-pattern che si irrigidisce

- Il sé è un pattern di processi corporei, affettivi, narrativi, intersoggettivi, situazionali.
- Nella dipendenza si altera il senso di agentività: processi appetitivi automatici, legati rigidamente ai segnali.
- La narrazione sovradetermina il resto: «sono un dipendente».

Gallagher 2024 · Giommi et al. 2023

Le due rigidità si alimentano a vicenda, ed entrambe sono perdita di agency.



Il ruolo della psicoterapia: mantenimento e cambiamento

I fattori che hanno avviato il problema non coincidono con quelli che oggi lo mantengono: conviene intervenire sui secondi.

Fattori di mantenimento

- Pattern rigidi e automatici, poco sensibili al contesto.
- Vergogna e stigma interiorizzato; l'effetto di violazione dell'astinenza.
- Sfiducia epistemica: non si impara più dagli altri.
- Interventi che confrontano, criticano, non creano legame.

Fattori di cambiamento

- Una relazione in cui praticare nuovi modi di dare senso.
- Un'alleanza costruita e riparata nel tempo.
- Decentramento e flessibilità rispetto ai propri stati.
- Fiducia epistemica che si riapre; la dose giusta per quella persona.



Primo output: le lezioni del Master Under 40

Le prospettive portate

- **Francesco Sanavio:** CBT fatta bene e linee guida.
- **Paola Causo:** il trauma, lettura psicodinamica e sistemica.
- **Stefano Burattini:** complessità e interventi mindfulness-based.

Il metodo

Il confronto con l'uditorio come strumento di massima ricchezza.

Più sguardi sullo stesso campo, senza gerarchie di scuola.



Gli MBI: un solo intervento, più snodi della dipendenza

SNODO	CHE COSA CAMBIA
Craving e automatismi	Il craving può restare, ma porta meno all'uso : con più pratica formale si indebolisce il legame craving → uso a 6 mesi. Enkema & Bowen 2017
Affetto negativo e stress	Si indebolisce la catena disagio → craving → uso ; cresce il coping che affronta il disagio, non quello che lo evita. Witkiewitz & Bowen 2010 · Davis 2018 · Roos 2020
Ricompensa e anedonia	Meno reattività agli stimoli della sostanza, più risposta alle ricompense naturali (savoring); questo media la riduzione del misuse. Garland et al. 2019; 2025
Il corpo	Più consapevolezza interocettiva : regolare l'attenzione al corpo e fidarsi dei suoi segnali; media la riduzione del misuse a 9 mesi. Parisi et al. 2025

Non solo meno craving: cambia **che cosa succede quando il craving arriva.**



I meccanismi d'azione degli MBI: che cosa è più solido

Evidenza forte e coerente

- **Reattività cognitiva ed emotiva:** si riduce la tendenza a reagire in automatico a pensieri ed emozioni.

Evidenza moderata

- **Mindfulness** come capacità allenata.
- Meno **ruminazione** e meno **preoccupazione**.

Evidenza preliminare

- Autocompassione.
- Flessibilità psicologica.

Nelle dipendenze

- La revisione sistematica più recente (23 studi) indica come motori del cambiamento **più consapevolezza, più accettazione e meno craving**.
- Ma un solo studio è una replica: i meccanismi vanno ancora confermati, e il contesto è quasi ignorato.

Moniz-Lewis, Schwebel & Witkiewitz 2026



Quattro meccanismi nelle dipendenze

Decentramento

- Vedere pensieri, impulsi e immagini **come eventi mentali**, non come comandi o verità.
- Metacognizione allenata; in ACT, defusione.

Witkiewitz et al. 2013; Bowen et al. 2021

Disaccoppiare craving e uso

- Il craving può restare, ma **guida meno il comportamento**.
- Più pratica formale, più debole il legame craving-uso a 6 mesi.

Enkema & Bowen 2017 · Witkiewitz, Bowen et al. 2013

Regolazione affettiva

- Si interrompe il passaggio **umore negativo → craving**.
- Agire con consapevolezza media questo legame.

Witkiewitz & Bowen 2010 · Enkema et al. 2020

Attenzione e ricompensa

- Meno bias attentivo verso la sostanza, più **piacere per le ricompense naturali** (savoring).
- La base della spirale verso il senso.

Garland et al. 2014; 2015



Cenni su MBRP

Che cos'è

- Un protocollo evidence-based di **otto sessioni** che integra la mindfulness con la prevenzione della ricaduta cognitivo-comportamentale.
- Nato dal lavoro di Sarah Bowen, Neha Chawla e G. Alan Marlatt.

Che cosa insegna

- Riconoscere i trigger interni ed esterni.
- Stare consapevolmente con il disagio, invece di reagire in automatico.
- Un atteggiamento di gentilezza verso di sé.
- Uno stile di vita che sostiene il recupero nel tempo.

L'enfasi non è sul contenuto del pensiero, ma sull'accorgersi che è sorto e non restarci agganciati.



MBRP nel dettaglio: otto sessioni

Sessione 1**Pilota automatico e ricaduta**

Accorgersi di come si scivola
nell'automatismo.

Sessione 2**Trigger e craving**

Riconoscere i segnali, nel corpo e nella
mente.

Sessione 3**Mindfulness nel quotidiano**

Dal reagire al rispondere; il respiro
come àncora.

Sessione 4**Situazioni ad alto rischio**

Stare nel disagio senza agire d'impulso.

Sessione 5**Accettazione e azione efficace**

Accettare ciò che c'è, per scegliere che
cosa fare.

Sessione 6**Pensieri come pensieri**

Il decentramento: il pensiero non è un
fatto.

Sessione 7**Cura di sé ed equilibrio**

Sostenere e coltivare il benessere.

Sessione 8**Supporto sociale e pratica**

Rete di sostegno e pratica che
continua.

Ogni sessione

Pratica formale · inquiry sull'esperienza · collegamento con
il rischio di ricaduta · pratica per la settimana, con audio.

Le pratiche

Body scan · urge surfing · SOBER (Stop, Observe, Breathe, Expand, Respond) ·
meditazione seduta · movimento e camminata consapevole · gentilezza.



Un intervento di gruppo, e duttile

Il gruppo

- Un contesto che sostiene la pratica e mette in scena l'umanità condivisa.
- Una nicchia al riparo da contesti spesso stigmatizzanti; un'appartenenza alternativa.

La duttilità

- Formato ad ammissione continua (MBRP-RA): ciascuno entra quando serve, i veterani trasmettono competenza.
- Adattato a residenziale, carcere, telemedicina, popolazioni specifiche.

Nei servizi

- Pensato per contesti ad alto turnover e con poche risorse.
- Si integra con farmaco, intervento sociale, educativo, psicoterapeutico, AMA e altri percorsi.



Una formazione strutturata che mancava

Perché formare

- Per chi è già formato: **rinnovare e approfondire**.
- Per chi non conosce questi approcci: **avvicinarsi** con un percorso serio.
- Per tutti: **creare rete e connessioni** tra professionisti.

Chi conduce fa parte dell'intervento

- Condurre MBRP richiede un'esperienza diretta e incarnata delle pratiche, non solo la teoria.
- La fedeltà al protocollo e la capacità di essere a contatto con l'attualità del gruppo predicono gli esiti; senza supervisione le competenze decadono in pochi mesi.

Hanley & Garland 2021 · Schwalbe et al. 2014



Dalla Lectio Magistralis al Facilitator Training

940

iscritti alla **Lectio Magistralis di Sarah Bowen**,
webinar FeDerSerD del 21 maggio 2026

47/45

posti del Facilitator Training, a numero
chiuso

14

regioni rappresentate

Chi partecipa

34 psicologi (31 psicoterapeuti), 10 medici (6 psichiatri), 1
educatore. In prevalenza operatori dei servizi pubblici.

Il primo programma italiano

Il primo percorso strutturato per formare istruttori MBRP, **in
linea con lo standard UCSD**, sviluppato con Sarah Bowen, che co-
firma l'attestato.



Come è articolato il Facilitator Training

Fase 1 • Esperienza personale

8 incontri online, 16 ore. I corsisti attraversano le otto sessioni dal punto di vista del partecipante: il fondamento di ogni futura conduzione.

Fase 2 • Intensivo di conduzione

4 giornate, 32 ore. Dimostrazione, esercizi simulati, inquiry, role-playing e feedback strutturato, seguendo l'arco delle otto sessioni.

Fase 3 • Supervisione

2 incontri, 4 ore. Una comunità di pratica che accompagna la conduzione dei primi gruppi reali nei servizi.

52 ore, settembre 2026 – gennaio 2027, FAD sincrona, 50 crediti ECM; aggiornato alla 2ª edizione del manuale, con MBRP-RA e telemedicina.



Prospettive future

Formazione

- Seconda edizione del Facilitator Training.
- Interventi di esperti internazionali su ambiti specifici.
- Formazioni sulla trauma-informed care.

Comunità

- Una comunità di istruttori e praticanti.
- **Supervisioni e intervizioni mensili** per mantenere gli standard.
- Una rete di psicologi dei SerD.

Altre prospettive da realizzare

- Altri approcci, come le terapie del gruppo di Fonagy.
- Il manifesto etico-clinico e la carta etica della Federazione.
- Contributi scientifici e proposte editoriali



Comprendere, formare, supervisionare, fare comunità.

Nei SerD la psicoterapia non è una scelta, è una necessità.

Il nostro compito è renderla possibile e sempre più accessibile.

Grazie



Bibliografia (1/6)

American Psychological Association Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>

Barkham, M., Connell, J., Stiles, W. B., Miles, J. N., Margison, F., Evans, C., & Mellor-Clark, J. (2006). Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: The good enough level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(1), 160–167. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.1.160>

Bone, C., Delgadillo, J., & Barkham, M. (2021). A systematic review and meta-analysis of the good-enough level (GEL) literature. *Journal of Counseling Psychology*, 68(2), 219–231. <https://doi.org/10.1037/cou0000521>

Bowen, S., Chawla, N., Grow, J., & Marlatt, G. A. (2021). *Mindfulness-based relapse prevention for addictive behaviors: A clinician's guide* (2nd ed.). Guilford Press.

Bowen, S., Witkiewitz, K., Clifasefi, S. L., Grow, J., Chawla, N., Hsu, S. H., Carroll, H. A., Harrop, E., Collins, S. E., Lustyk, M. K., & Larimer, M. E. (2014). Relative efficacy of mindfulness-based relapse prevention, standard relapse prevention, and treatment as usual for substance use disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 71(5), 547–556. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4546>

Corrigan, P. W., Rafacz, J., & Rüsch, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 189(3), 339–343. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.024>

Crane, R. S., Kuyken, W., Williams, J. M. G., Hastings, R. P., Cooper, L., & Fennell, M. J. V. (2012). Competence in teaching mindfulness-based courses: Concepts, development and assessment. *Mindfulness*, 3(1), 76–84. <https://doi.org/10.1007/s12671-011-0073-2>



Bibliografia (2/6)

Cuijpers, P., Reijnders, M., & Huibers, M. J. H. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annual Review of Clinical Psychology*, 15, 207–231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>

de Haan, S. (2020). *Enactive psychiatry*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108685214>

Enkema, M. C., & Bowen, S. (2017). Mindfulness practice moderates the relationship between craving and substance use in a clinical sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 179, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.05.036>

Enkema, M. C., Hallgren, K. A., Neilson, E. C., Bowen, S., Bird, E. R., & Larimer, M. E. (2020). Disrupting the path to craving: Acting without awareness mediates the link between negative affect and craving. *Psychology of Addictive Behaviors*, 34(5), 620–627. <https://doi.org/10.1037/adb0000565>

Falkenström, F., Granström, F., & Holmqvist, R. (2013). Therapeutic alliance predicts symptomatic improvement session by session. *Journal of Counseling Psychology*, 60(3), 317–328. <https://doi.org/10.1037/a0032258>

Fonagy, P., Luyten, P., & Allison, E. (2015). Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: A new conceptualization of borderline personality disorder and its psychosocial treatment. *Journal of Personality Disorders*, 29(5), 575–609. <https://doi.org/10.1521/pedi.2015.29.5.575>

Gallagher, S. (2024). *The self and its disorders*. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780198873068.001.0001>

Gallagher, S., Raffone, A., Berkovich-Ohana, A., Barendregt, H. P., Bauer, P. R., Brown, K. W., Giommi, F., Nyklíček, I., Ostafin, B. D., Slagter, H., Trautwein, F.-M., & Vago, D. R. (2024). The self-pattern and Buddhist psychology. *Mindfulness*, 15, 795–803. <https://doi.org/10.1007/s12671-023-02118-3>



Bibliografia (3/6)

Garfield, J. B., Lubman, D. I., & Yücel, M. (2014). Anhedonia in substance use disorders: A systematic review of its nature, course and clinical correlates. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(1), 36–51.

<https://doi.org/10.1177/0004867413508455>

Garland, E. L., Farb, N. A., Goldin, P. R., & Fredrickson, B. L. (2015). Mindfulness broadens awareness and builds eudaimonic meaning: A process model of mindful positive emotion regulation. *Psychological Inquiry*, 26(4), 293–314.

<https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.1064294>

Garland, E. L., Froeliger, B., & Howard, M. O. (2014). Mindfulness training targets neurocognitive mechanisms of addiction at the attention-appraisal-emotion interface. *Frontiers in Psychiatry*, 4, Article 173. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2013.00173>

Giommi, F., Bauer, P. R., Berkovich-Ohana, A., Barendregt, H., Brown, K. W., Gallagher, S., Nyklíček, I., Ostafin, B., Raffone, A., Slagter, H. A., Trautwein, F.-M., & Vago, D. R. (2023). The (in)flexible self: Psychopathology, mindfulness, and neuroscience. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 23(4), Article 100381.

<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2023.100381>

Grant, S., Colaiaco, B., Motala, A., Shanman, R., Booth, M., Sorbero, M., & Hempel, S. (2017). Mindfulness-based relapse prevention for substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Addiction Medicine*, 11(5), 386–396.

<https://doi.org/10.1097/ADM.0000000000000338>

Gu, J., Strauss, C., Bond, R., & Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? A systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*, 37, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.006>



Bibliografia (4/6)

Hanley, A. W., & Garland, E. L. (2021). The Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement Fidelity Measure (MORE-FM): Development and validation of a new tool to assess therapist adherence and competence. *Journal of Evidence-Based Social Work, 18*(3), 308–322. <https://doi.org/10.1080/26408066.2020.1833803>

Huijbers, M. J., Crane, R. S., Kuyken, W., Heijke, L., van den Hout, I., Donders, A. R. T., & Speckens, A. E. M. (2017). Teacher competence in mindfulness-based cognitive therapy for depression and its relation to treatment outcome. *Mindfulness, 8*(4), 960–972. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0672-z>

Humphreys, K., & Weisner, C. (2000). Use of exclusion criteria in selecting research subjects and its effect on the generalizability of alcohol treatment outcome studies. *American Journal of Psychiatry, 157*(4), 588–594. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.4.588>

Istituto Superiore di Sanità, Sistema Nazionale Linee Guida. (2024). *Linea guida per il trattamento del disturbo da uso di alcol*. ISS.

Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology, 3*, 1–27.

<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091432>

Mann, K., Roos, C. R., Hoffmann, S., Nakovics, H., Leménager, T., Heinz, A., & Witkiewitz, K. (2018). Precision medicine in alcohol dependence: A controlled trial testing pharmacotherapy response among reward and relief drinking phenotypes. *Neuropsychopharmacology, 43*(4), 891–899. <https://doi.org/10.1038/npp.2017.282>

Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. Guilford Press.

Miller, W. R., & Moyers, T. B. (2015). The forest and the trees: Relational and specific factors in addiction treatment. *Addiction, 110*(3), 401–413. <https://doi.org/10.1111/add.12693>

Moberg, C. A., & Humphreys, K. (2017). Exclusion criteria in treatment research on alcohol, tobacco and illicit drug use disorders: A review and critical analysis. *Drug and Alcohol Review, 36*(3), 378–388. <https://doi.org/10.1111/dar.12438>



Bibliografia (5/6)

Moniz-Lewis, D. I. K. (2024). The mindful resiliency in recovery model: Empowering the transcendence of stigma. *Frontiers in Psychology*, 15, Article 1460329.

<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1460329>

Moniz-Lewis, D. I. K., Schwebel, F. J., & Witkiewitz, K. (2026). Psychological mechanisms of behavior change in mindfulness-based interventions for substance use disorders: A systematic review. *Psychology of Addictive Behaviors*. Pubblicazione anticipata online.

<https://doi.org/10.1037/adb0001183>

Moniz-Lewis, D. I. K., Stein, E. R., Bowen, S., & Witkiewitz, K. (2022). *Self-efficacy as a potential mechanism of behavior change in mindfulness-based relapse prevention* [Manoscritto non pubblicato]. University of New Mexico.

Moos, R. H. (2005). Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: Prevalence, predictors, prevention. *Addiction*, 100(5), 595–604.

<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01073.x>

Presidenza del Consiglio dei Ministri. (2017). Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza. *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana*, Serie Generale n. 65 del 18 marzo 2017, Suppl. Ord. n. 15.

Robinson, J., Sareen, J., Cox, B. J., & Bolton, J. M. (2011). Role of self-medication in the development of comorbid anxiety and substance use disorders: A longitudinal investigation. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 800–807.

<https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.75>

Roos, C. R., Bowen, S., & Witkiewitz, K. (2017). Baseline patterns of substance use disorder severity and depression and anxiety symptoms moderate the efficacy of mindfulness-based relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(11), 1041–1051. <https://doi.org/10.1037/ccp0000249>

Roos, C., Stein, E., Kirouac, M., Bowen, S., & Witkiewitz, K. (s.d.). *A clinician's guide to mindfulness-based relapse prevention rolling admission (MBRP-RA)* [Guida open access].



Bibliografia (6/6)

Schimmenti, A., & Caretti, V. (2016). Linking the overwhelming with the unbearable: Developmental trauma, dissociation, and the disconnected self. *Psychoanalytic Psychology*, 33(1), 106–128. <https://doi.org/10.1037/a0038019>

Schwalbe, C. S., Oh, H. Y., & Zweben, A. (2014). Sustaining motivational interviewing: A meta-analysis of training studies. *Addiction*, 109(8), 1287–1294. <https://doi.org/10.1111/add.12558>

Somohano, V. C., & Bowen, S. (2022). Trauma-integrated mindfulness-based relapse prevention for women with comorbid post-traumatic stress disorder and substance use disorder: A cluster randomized controlled feasibility and acceptability trial. *Journal of Integrative and Complementary Medicine*, 28(9), 729–738. <https://doi.org/10.1089/jicm.2021.0306>

Stellern, J., Xiao, K. B., Grennell, E., Sanches, M., Gowin, J. L., & Sloan, M. E. (2023). Emotion regulation in substance use disorders: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 118(1), 30–47. <https://doi.org/10.1111/add.16001>

van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131(1–2), 23–35. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.018>

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), 362–374. <https://doi.org/10.1037/a0019172>

Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was Zen, this is Tao. *American Psychologist*, 59(4), 224–235. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.4.224>

Witkiewitz, K., Bowen, S., Douglas, H., & Hsu, S. H. (2013). Mindfulness-based relapse prevention for substance craving. *Addictive Behaviors*, 38(2), 1563–1571. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2012.04.001>

Witkiewitz, K., Montes, K. S., Schwebel, F. J., & Tucker, J. A. (2020). What is recovery? *Alcohol Research: Current Reviews*, 40(3), Article 01. <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.3.01>



Bibliografia: meccanismi d'azione degli MBI

Davis, J. P., Berry, D., Dumas, T. M., Ritter, E., Smith, D. C., Menard, C., & Roberts, B. W. (2018). Substance use outcomes for mindfulness based relapse prevention are partially mediated by reductions in stress: Results from a randomized trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 91, 37–48. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2018.05.002>

Enkema, M. C., & Bowen, S. (2017). Mindfulness practice moderates the relationship between craving and substance use in a clinical sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 179, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.05.036>

Garland, E. L., Atchley, R. M., Hanley, A. W., Zubieta, J.-K., & Froeliger, B. (2019). Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement remediates hedonic dysregulation in opioid users: Neural and affective evidence of target engagement. *Science Advances*, 5(10), eaax1569. <https://doi.org/10.1126/sciadv.aax1569>

Garland, E. L., Hudak, J., Hanley, A. W., Bernat, E., & Froeliger, B. (2025). Positive emotion dysregulation in opioid use disorder and normalization by Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement: A secondary analysis of a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 82(7), 654–662. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2025.0569>

Parisi, A., Taylor-Swanson, L., Stewart, J. L., Khalsa, S. S., & Garland, E. L. (2025). Enhancing interoceptive awareness in chronic pain and opioid misuse via mindfulness-oriented recovery enhancement. *Drug and Alcohol Dependence*, 274, 112741. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2025.112741>

Roos, C., Bowen, S., & Witkiewitz, K. (2020). Approach coping and substance use outcomes following mindfulness-based relapse prevention among individuals with negative affect symptomatology. *Mindfulness*, 11(10), 2397–2410. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01456-w>