



**Laboratorio di Scienze Cognitive Comportamentali
Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo Comportamentale**

Sede di Palermo

Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo - Comportamentale

**Il potere dell'accettazione:
“La terapia ACT nei pazienti con dipendenze patologiche”**

Review narrativa: L'ACT per il trattamento delle dipendenze

Dott.ssa Ilenia Ognibene

ANNO ACCADEMICO 2022/2023

Abstract

Introduzione 4

CAPITOLO 1 Acceptance and Commitment Therapy 6

 1.1 La patologia nell'ACT: L'inflessibilità psicologica 7

 1.2 Il percorso terapeutico ACT..... 8

 1.3 Le basi teoriche dell'ACT: Relational Frame Theory 9

 1.4 Evidenze empiriche relative all'ACT 10

CAPITOLO 2 ACT e dipendenze patologiche 14

CAPITOLO 3

3.1 Strategia di ricerca 14

3.2 Caratteristiche dello studio..... 14

3.2.3 Risultati 17

3.3.1 Conclusioni e prospettive future..... 18

3.3.2 Riferimenti bibliografici..... 19

*“Cos’è veramente la dipendenza? E’ un sintomo di distress,
è il linguaggio che ci segnala una situazione che deve essere compresa.”*

[Alice Miller]

Abstract

Scopo di questa review è porre enfasi sull'efficacia della Terapia di accettazione e impegno (ACT) nel campo dell'abuso di sostanze e delle dipendenze.

L'uso di sostanze è considerato, parte di una classe di comportamenti che fanno parte di un modello di evitamento esperienziale o di inflessibilità psicologica. Si è scelto, nello specifico di sviluppare una review di tipo narrativo, perché rappresenta una metodologia che ha la finalità di fornire una panoramica su un preciso argomento sul quale non sono presenti in letteratura revisioni sistematiche. Questo è il caso del nostro topic, che in ragione della sua innovatività non è stato ancora, sufficientemente studiato.

Questo tipo di review mira a fornire un'analisi della letteratura recente, senza adottare metodologie rigorose, come nella revisione sistematica, o tecniche statistiche come negli studi metanalitici, o sottolineare e confrontare correnti di pensiero (state-of-art review) o valutare criticamente la qualità della letteratura prodotta e/o il grado di innovazione concettuale come nella revisione critica. La sintesi che è stata condotta è quindi tipicamente narrativa e non necessita di particolari tabulazioni o grafici (Grant et al., 2009).

È stata fatta una ricerca degli articoli in lingua inglese pubblicati tra il 2004 ad oggi. La ricerca degli articoli è stata effettuata su un database elettronico di revisioni disponibili su PubMed. Dei 28 studi, 16 soddisfano i criteri di inclusione: tra cui revisioni sistematiche, RCT, 1 quasi-RCT e articoli di ricerca. La revisione di Lee et al. (2015) è una meta- analisi iniziale che includeva 10 studi RCT che confrontavano l'ACT con altri trattamenti.

I diversi studi suggeriscono che l'ACT è un approccio promettente per l'uso di sostanze. Sebbene ACT includa la consapevolezza come componente del trattamento, il suo approccio differisce dagli altri trattamenti in quanto, integrata altri processi di cambiamento come l'accettazione, i valori e i metodi di cambiamento del comportamento e i protocolli ACT spesso includono un'enfasi sulle pratiche meditative. L'ACT utilizza una combinazione di accettazione, consapevolezza e processi terapeutici basati sui valori per favorire la flessibilità psicologica, che implica fare un passo indietro e osservare consapevolmente le esperienze interiori al servizio della capacità di impegnarsi meglio in una vita più funzionale e incentrata sui valori (Hayes e Levin, 2012).

Applicati ai disturbi da uso di sostanze, le persone imparano modi più accettanti e consapevoli di relazionarsi con le esperienze interiori, piuttosto che impegnarsi nell'uso di sostanze (p. es., in risposta a voglie o per sfuggire agli affetti negativi), mentre avanzano nella costruzione di modelli significativi di attività che sono ulteriormente incompatibile con l'uso della sostanza.

A causa della natura transdiagnostica dell'ACT, può efficacemente affrontare i principali problemi psicologici comunemente comorbili con l'uso di sostanze tra cui depressione, ansia e auto-stigma (Batten e Hayes, 2005, Luoma et al., 2008, Petersen e Zettle, 2010). Nel loro insieme, i risultati dell'attuale ricerca suggeriscono che l'ACT può essere un approccio terapeutico promettente in termini di riduzione dei vari problemi di abuso di sostanze (fumo, abuso di droghe, oppiacei, metanfetamine, alcol).

INTRODUZIONE

L'Acceptance and Commitment Therapy, o ACT, è una nuova forma di psicoterapia che si inserisce in quella che viene definita la "terza onda" della terapia cognitivo comportamentale (Hayes, 2004). L'obiettivo, della terapia ACT, è promuovere la "flessibilità psicologica", ossia l'abilità di essere pienamente consapevole nel momento presente e pronto ad accettare nuove esperienze.

Tale "flessibilità psicologica" è raggiungibile attraverso l'accettazione dei propri pensieri ed emozioni e stimolando la messa in atto di azioni che contribuiscano a vivere una vita appagante e in direzione dei propri valori (Hayes, 2004). Tale approccio terapeutico promuove interventi sulla persona mediati dall'accettazione incondizionata, dalla meditazione, dalla relazione e dai valori in funzione dei differenti obiettivi terapeutici (Mace, 2007).

Il mio interesse per la terapia ACT e il desiderio di approfondire gli studi a riguardo, nasce dal percorso formativo in corso. Inoltre, attualmente lavoro presso L'U.O.C Dipendenze patologiche - SerD dell'Asp di Trapani, all'interno del quale ho l'opportunità di approfondire e fare esperienza diretta circa i problemi legati alle dipendenze patologiche, di mettere in atto tecniche cognitivo comportamentali all'interno del trattamento terapeutico con pazienti dipendenti e di utilizzare metodologie efficaci ed innovative come l'ACT.

La dipendenza è un fenomeno psicologico e comportamentale che origina solitamente attraverso un processo graduale, inizialmente l'individuo nutre una propensione e un atteggiamento aperto e positivo verso la sostanza e l'ambiente ad essa collegata. L'utilizzo dapprima sporadico, diventa poi regolare fino a consolidarsi in uso pesante e abuso, da cui appunto la dipendenza o addiction.

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi Mentali (DSM-5) pubblicato nel 2013 ha sostituito le categorie abuso di sostanze e dipendenza da sostanze con un'unica categoria "Disturbo da uso di Sostanze" (DUS) e introdotto tre sotto-classificazioni (lieve, moderato e grave) per determinarne la gravità. Nonostante molti pazienti siano consapevoli dei rischi sulla loro salute fisica, psicologica, sulle relazioni familiari e sociali, non riescono a smettere. A causa dell'assunzione di droga, molti pazienti, in base alla fascia d'età, interrompono gli studi, perdono il lavoro, oppure divengono incapaci ad assolvere i loro compiti familiari o genitoriali. Spesso, le persone che fanno uso di sostanze arrivano a utilizzarle anche in situazioni rischiose, come mettersi alla guida o quando devono svolgere compiti di precisione.

Le dipendenze da alcol o droga sono fra le più diffuse nelle società industrializzate, così come tra le più stigmatizzate; infatti i termini utilizzati nel lessico quotidiano come ad esempio "drogato", "tossico", "alcolizzato" vengono spesso utilizzati con noncurante leggerezza trascurando l'essenza della persona e riducendola quindi all'origine del disturbo.

Gli atteggiamenti colpevolizzanti purtroppo perdurano ancora oggi, nonostante le evidenze di ricerca e le campagne di sensibilizzazione mostrino come la dipendenza non possa essere ricondotta solamente ad una scelta personale. I modi e i tempi in cui una persona si avvicina alla sostanza sono i più disparati e le interazioni che essa possiede con i fattori individuali, genetici, socio-culturali concorrono tutti ad uno sviluppo peculiare dell'addiction.

Considerare le dipendenze come una colpa, il mero risultato di una debolezza morale o di un'avventata scelta personale è il frutto di una posizione ideologica ed è sbagliato considerare chi è affetto da dipendenza incapace di cambiare il decorso del proprio disturbo. Il ricorso alla sostanza diventa lo strumento per evitare di sperimentare il dolore, il senso di colpa, la frustrazione e la tristezza. Alcuni studi mostrano come l'uso di sostanze eccitanti sia stimolato da pensieri negativi e dalla speranza di combatterli (Armeni et al. 2003). Altri studi evidenziano come ci sia una correlazione indicativa tra bassi livelli di accettazione delle esperienze mentali dolorose e tossicodipendenza. (Forsyth et al,2003).

“Secondo l'ACT è l'evitamento della sofferenza, il processo patologico alla base, più i pazienti cercano di allontanarsi dalla sofferenza e più questo li porta a ricercare una soluzione nella sostanza.” In particolare, nell'ambito delle terapie cognitivo-comportamentali, stanno assumendo sempre più importanza le cosiddette terapie di terza generazione, basate sulla mindfulness, ma anche sull'accettazione e sull'impegno, come l'Acceptance Commitment Therapy (ACT) (Bullis, 2010).

Scopo di questa review è porre enfasi sull'efficacia dell'ACT nei pazienti con disturbo da uso di sostanze. Si è scelto, nello specifico di sviluppare una review di tipo narrativo, perché rappresenta una metodologia che ha la finalità di fornire una panoramica su un preciso argomento sul quale non sono presenti in letteratura revisioni sistematiche. Questo è il caso del nostro topic, che in ragione della sua innovatività non è stato ancora, sufficientemente studiato.

CAPITOLO 1

L'acceptance and Commitment Therapy

L'Acceptance and Commitment Therapy, o ACT, è una nuova forma di psicoterapia che si inserisce in quella che viene definita la “terza onda” della terapia cognitivo comportamentale (Hayes, 2004). Steven C. Hayes presentò le prime evidenze empiriche dell'Acceptance and Commitment Therapy attraverso la pubblicazione di due articoli (Hayes & Brownstein, 1986; Hayes & Wilson, 1996) e di un libro (Hayes et al., 1999). L'idea di base, su cui si fonda l'ACT, è che la sofferenza psicologica è normale e importante, che non bisogna identificarsi con la propria sofferenza e che non è possibile sbarazzarsi volontariamente di quest'ultima, ma si può evitare di incrementarla. Per raggiungere questi obiettivi bisogna imparare ad accettare i propri pensieri ed emozioni e mettere in atto azioni che contribuiscano a farci vivere una vita appagante e coerente con i nostri valori. La terapia ACT si serve di tre processi principali attraverso i quali si sviluppa l'intervento sulla persona: la mindfulness, che permette l'osservazione della propria esperienza da un punto di vista esterno; l'accettazione, ossia la presa di contatto consapevole con la propria esperienza, volta ad evitare l'amplificazione della propria sofferenza psicologica e l'impegno, ossia la promozione di azioni coerenti con i propri valori per distanziarsi dal proprio stato psicologico e cambiarlo. Principio chiave della terapia ACT, secondo Hayes, è il “Funzionalismo contestuale” per cui è necessario agire nel contesto. Infatti, secondo i principi dell'ACT, qualsiasi evento psicologico è interpretato come conseguenza di una serie di interazioni comportamentali tra gli organismi e i contesti e, dunque, per poter raggiungere lo scopo di modificare un comportamento, è necessario, oltretutto, manipolare le variabili contestuali (Hayes & Brownstein, 1986). Dunque, l'obiettivo della terapia ACT è condurre il paziente verso l'accettazione di un vasto range di esperienze soggettive che includano pensieri dolorosi, credenze, relazioni e sensazioni fisiche e, insieme al terapeuta, compiere delle scelte in direzione dei valori del paziente al fine di migliorare la sua qualità di vita (Eifert & Forsyth, 2005; Foreman et al., 2008). Questi interventi sono volti, a promuovere lo sviluppo della “flessibilità psicologica”, ossia l'abilità di essere pienamente consapevole nel momento presente e pronto ad accettare nuove esperienze. Per fornire un esempio, sulle dipendenze, per l'approccio in questione, il ricorso alla sostanza diventa lo strumento per evitare di sperimentare il dolore, il senso di colpa, la frustrazione e la tristezza (Armeni et al. 2003). Altri studi evidenziano come ci sia una correlazione significativa, tra bassi livelli di accettazione delle esperienze mentali dolorose e tossicodipendenza. (Forsyth et al, 2003). Secondo l'ACT è l'evitamento della sofferenza il processo patologico alla base, più i pazienti cercano di allontanarsi dalla sofferenza e più questo li porta a ricercare una soluzione nella sostanza. È fondamentale porre enfasi sulla motivazione e le strategie basate sui valori” (Hayes e Levin, 2012).

1.1 La patologia nell'ACT: “ L'inflessibilità psicologica”

L'Acceptance and Commitment Therapy sostiene che la fonte principale della sofferenza psicologica deriva, oltre che dall'assenza di abilità relazionali inerenti il linguaggio (ritardo mentale), dal tentativo di controllare e gestire i propri sintomi e quindi dalla presenza di inflessibilità psicologica (Hayes et al., 1999). A tal proposito, la teoria dell'ACT postula la presenza di sei fattori che possono contribuire a sviluppare l'inflessibilità psicologica: fusione cognitiva, evitamento esperienziale, attaccamento a un sé concettualizzato, perdita di contatto con il momento presente, mancanza di chiarezza circa i valori e gli obiettivi della propria vita, mancanza di azioni in direzione dei propri valori (Hayes et al., 2006).

La figura 1.1. mostra come i sei fattori interagiscono per produrre l'inflessibilità psicologica.

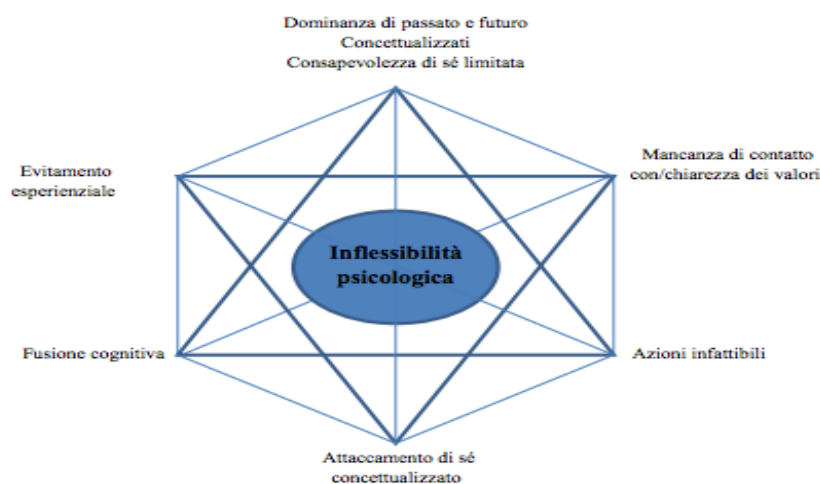


Fig.1 Il modello psicopatologico dell'ACT: l'esagono dell'inflessibilità psicologica (mod. da : Hayes et al, 2013).

Uno dei primi fattori che contribuisce all'inflessibilità psicologica è la “fusione cognitiva” che rappresenta l'incapacità di rilevare la distinzione tra i processi e i prodotti del pensiero. Il soggetto appare fuso con il proprio pensiero, soprattutto con quelli disfunzionali (Fletcher, Hayes, 2005) e ciò si verifica, quando il contenuto del pensiero domina sulla regolazione del comportamento (Luoma et al., 2007). Questo comportamento può portare l'individuo a perdere delle occasioni utili per il raggiungimento dei propri obiettivi (Hayes et al., 2006). Ovviamente, la fusione cognitiva si sviluppa attraverso il linguaggio e le relazioni sociali. Il secondo fattore che contribuisce all'inflessibilità psicologica è “l'evitamento esperienziale” definito come il “tentativo di modificare la forma e la frequenza di eventi privati, anche se farlo provoca danni comportamentali” (Hayes et al., 2006).

Esistono due principali forme di evitamento: soppressione o evitamento situazionale (Wenzlaff, Luxton, 2003). La soppressione è il tentativo di eliminare immediatamente un pensiero, un sentimento, un ricordo o una sensazione fisica che crea sofferenza; l'evitamento situazionale è il tentativo di alterare il contesto precedentemente associato alla comparsa di eventi indesiderati (Hayes, 1996). L'evitamento esperienziale può anche comportare forme di evasione differenti come l'uso di droghe, denaro e il mettere in atto azioni rischiose (Zettle, 2007). Il terzo fattore che contribuisce a sviluppare la patologia è “l'attaccamento a un sé concettualizzato”, ossia la tendenza a legarsi rigidamente ad una descrizione di sé stessi (positiva o negativa) auto-generata che deriva dall'osservazione dei nostri ruoli,

dei nostri desideri, dei nostri punti di forza e carenze (Hayes, 1999). Il quarto fattore è la “perdita di contatto con il momento presente” che caratterizza quei pazienti che “non hanno un effettivo, aperto e indifeso contatto con il momento presente” (Hayes, 2004). La conseguenza di questa modalità di azione è il continuo rimuginare su pensieri ed azioni passate o pianificare azioni future (Zettle, 2007).

La perdita di contatto con il momento presente, inoltre, è associata anche alla “perdita di chiarezza circa i valori e gli obiettivi della propria vita”. Spesso questo comportamento è guidato dai processi di fusione cognitiva e di evitamento esperienziale, piuttosto che da una reale perdita di valori, i quali comportano inevitabilmente diminuzione della motivazione, un minor senso di vitalità e pienezza e assenza di significato. Inoltre, i pazienti tendono ad indirizzare i loro pensieri verso il passato per evitare il dolore psicologico (Hayes, 2004).

L’ultimo fattore alla base dello sviluppo della patologia psicologica è la “mancanza di azione e di impulsività”. Questo fattore deriva dal fatto che i partecipanti sono talmente concentrati su come evitare le emozioni dolorose e fusi con l’idea concettualizzata di sé, che non solo perdono il contatto con i loro valori e con il tempo presente, ma evitano anche di agire o comunque commettono azioni inefficaci al fine di raggiungere un benessere psichico e personale (Hayes, 2006).

1.2 Il percorso terapeutico ACT

L'ACT si presenta come una terapia capace di affrontare un ampio spettro di disturbi psicopatologici e molteplici forme di disagio psicologico, pur privilegiando il trattamento dei disturbi d'ansia (Hayes, Strosahl, Wilson, 1999; Eifert, Forsyth, 2005; Hayes, Follette, Linehan, 2005). A differenza di molte forme di psicoterapia, l'ACT non punta ad eliminare la psicopatologia, ma ad aumentare la flessibilità psicologica.

La “flessibilità psicologica” è l'abilità di essere pienamente consapevole nel momento presente e pronto ad accettare nuove esperienze ed è raggiungibile attraverso sei principali processi: accettazione, defusione cognitiva, contatto con il momento presente, sé come contesto, valori e azioni impegnate (Hayes, 2004).

La figura 1.2 mostra come i sei fattori interagiscono per produrre la flessibilità psicologica.



Fig. 2 Il modello terapeutico ACT: l'esagono della flessibilità psicologica (hexaflex) (Mod. da: Hayes et al. 2013).

“L'accettazione” è il contrario dell'evitamento esperienziale ed è un processo comportamentale che porta a vivere le difficili esperienze interiori (pensieri, sensazioni, emozioni dolorose) senza ridurre la loro forma o la loro frequenza (Barnes-Holmes et al., 2004; Hayes et al., 2004).

L'accettazione non va confusa con la rassegnazione o la maggiore tolleranza in quanto sono entrambi comportamenti passivi e fatali, al contrario va intesa come il primo step per acquisire consapevolezza della propria patologia e successivamente poter agire in maniera congrua agli obiettivi di vita del paziente (Hayes et al., 2004).

La “defusione cognitiva”, invece, è quel processo per cui si tende ad alterare le funzioni indesiderate di pensieri, emozioni, sensazioni corporee, andando a scardinare quel processo verbale che ha dato luogo alla fusione cognitiva Hayes et al., (2007). In altre parole la defusione cognitiva permette di cambiare la prospettiva sui propri contenuti mentali, in modo tale che il processo di pensiero diventi oggetto di osservazione. L'obiettivo è quello di rendere il paziente osservatore dei propri contenuti mentali Luoma, Hayes, (2009). Per raggiungere questa capacità di osservazione l'ACT si serve di tecniche di defusione attraverso cui i pazienti imparano a considerare i pensieri per quello che sono, non tanto attraverso la riflessione logica, ma attraverso modifiche all'interno del linguaggio, in modo da rendere quel pensiero più flessibile Luoma, Hayes, (2009).

Tra le tecniche di defusione ricordiamo il “distanziamento cognitivo” una tecnica basata sul distanziamento dal significato letterale delle parole che riecheggiano nella mente dell’individuo e sulla focalizzazione sul processo di pensiero Snyder et al., (2011), “la metafora dell’autobus”, un esercizio utile per portare i pazienti a de-fondersi con il proprio pensiero e a prendere le distanze dal contenuto letterale del proprio pensiero Hayes et al., (1999) e molte altre il cui approfondimento è possibile attraverso la lettura di Snyder et al. (2011) o Hayes et al. (1999).

“Sé come contesto” è un altro processo che porta alla flessibilità psicologica. La mancanza di contatto con sé come contesto fa sì che i prodotti dell’esperienza umana quotidiana (sensazioni, emozioni, pensieri) possono essere minacciati, questo perché non ci sarebbe distinzione tra il pensiero e il pensatore, tra la sensazione e colui che prova la sensazione Strosahl et al., (2004). Attraverso il processo “sé come contesto” si conduce il paziente a osservare la propria esperienza senza esserne coinvolti, si cerca di manipolare il punto di vista attraverso cui il paziente può guardare ai propri pensieri, alle proprie emozioni, alle proprie sensazioni, al suo corpo, al suo mondo esterno. Per sviluppare questo processo vengono impiegate diverse tecniche ed esercizi con il paziente quali, per esempio, la “metafora del fiume” o l’esercizio del “Chi sei?” Hayes, (2004). Essere in “contatto con il momento presente” è un altro punto essenziale per giungere al benessere psicologico e significa essere aperti e disponibili al contatto con l’esperienza interna nel momento presente Hayes, (2004).

Quando una persona è in contatto con il momento presente risulta essere più flessibile e consapevole delle proprie possibilità, al contrario di chi non è in contatto con il momento presente che appare dominato dalla fusione con i propri pensieri, dalla mancanza di motivazione e dall’evitamento (Luoma, 2007). Inoltre, la terapia ACT aiuta i pazienti a dirigerli verso ciò che per loro è importante e quindi verso i loro valori e obiettivi di vita (Hayes et al., 1999). Una volta individuati i valori importanti per il paziente, lo si aiuta ad utilizzarli come guida e fattore motivante per l’azione (Hayes, 1999).

Infine, attraverso “l’azione impegnata” è possibile l’attuazione di comportamenti in grado di raggiungere quegli obiettivi congruenti con i valori della persona. I valori vengono utilizzati per fissare obiettivi e gli obiettivi, a loro volta, vengono scomposti in azioni specifiche. Parte integrante del lavoro sull’azione impegnata è costituito dall’identificazione delle barriere che possono ostacolare l’azione e dal loro superamento mediante i cinque processi presi in esame nella terapia.

1.3 Le basi teoriche dell’ACT: Relational Frame Theory (RFT)

Le basi teoriche dell’ACT derivano dalla Relational Frame Theory (RFT) che indaga gli aspetti di base del linguaggio e della cognizione umana, essenziali per guidare lo sviluppo dell’ACT stessa (Hayes, Barnes-Holmes, Roche, 2001). I punti fondamentali su cui si basa la RFT si basano sulla cognizione umana che è uno specifico tipo di comportamento appreso, la cognizione altera gli effetti di altri processi comportamentali, le relazioni cognitive e funzioni cognitive sono regolate da differenti caratteristiche contestuali della situazione. Da questi tre punti, successivamente, derivano i principi fondamentali della teoria stessa (Hayes et al., 2001):

1. Il problem solving verbale e il ragionamento sono basati su alcuni dei processi cognitivi che possono essi stessi portare alla psicopatologia

2. L'idea di senso comune che le reti cognitive possono essere logicamente ristrette o eliminate non è psicologicamente consistente, perché queste reti sono riflesso di processi storici di apprendimento
3. I tentativi di modificazione diretta dei nodi delle reti cognitive creano un contesto che tende a modificare la rete e accresce l'importanza funzionale di questi nodi
4. poiché il contenuto e l'impatto delle reti cognitive sono controllati da caratteristiche distinte del contesto, è possibile ridurre l'impatto delle cognizioni negative sia che queste continuino o meno a presentarsi in una forma particolare.

Poiché il contenuto e l'impatto delle reti cognitive sono controllati da caratteristiche distinte del contesto, è possibile ridurre l'impatto delle cognizioni negative sia che queste continuino o meno a presentarsi in una forma particolare.

Queste quattro implicazioni mostrano che, in ambito clinico, non è necessario focalizzarsi primariamente sul contenuto delle reti cognitive, ma sulle loro funzioni. L'ACT, si basata su queste intuizioni.

1.4 Efficacia dell'ACT: Evidenze scientifiche

Ad oggi digitando "Acceptance and Commitment therapy" sul servizio di Google Scholar che comprende rassegne, meta analisi, libri e manuali ci si imbatte in circa 1500 riferimenti i quali trattano l'ACT all'interno di differenti disturbi clinici, come il disturbo d'ansia, fobie, disturbi psicotici, disturbi alimentari, depressione, dipendenze patologiche e altri. Nonostante i recenti studi e i quindici anni in cui sono cresciute le evidenze empiriche legate al protocollo ACT, quest'ultimo necessita ancora di ulteriori verifiche relative sia all'efficacia che all'efficienza del trattamento. In generale è possibile affermare che l'applicazione dell'ACT nel trattamento dell'ansia sociale, dell'ansia generalizzata, del dolore e della depressione, delle dipendenze patologiche ha portato a risultati incoraggianti, sostenuti anche da studi su grandi gruppi di partecipanti, metodologicamente corretti e replicati in differenti contesti culturali (Ivanovski, Malhi, 2007).

Alcuni studi come quello di Gaudiano (2008) hanno confrontato l'ACT con la CBT, che ad oggi è la psicoterapia che vanta più supporto empirico, e sostengono che, nonostante la ricerca sull'ACT sia ancora in una fase iniziale, i risultati preliminari suggeriscono risultati più favorevoli rispetto ai protocolli tradizionali, ma allo stesso tempo Hayes e collaboratori (2006) affermano che non disponiamo tutt'ora di sufficienti studi controllati per poter sostenere fermamente che l'ACT sia generalmente più efficace di altri trattamenti per l'intera gamma di problemi affrontati.

CAPITOLO 2

ACT e Dipendenze

L'OMS definisce la "dipendenza patologica" come "condizione psichica, talvolta anche fisica, derivante dall'interazione tra un organismo e una sostanza, caratterizzata da risposte comportamentali e da altre reazioni che comprendono un bisogno compulsivo di assumere la sostanza in modo continuativo o periodico, allo scopo di provare i suoi effetti psichici e talvolta di evitare il malessere della sua privazione". In questa definizione rientrano anche le dipendenze senza sostanza, che riguardano comportamenti problematici come il disturbo da gioco d'azzardo, lo shopping compulsivo, la new technologies addiction (dipendenza da internet, social network, videogiochi, televisione, ecc.), diverse nelle manifestazioni cliniche ma per molti aspetti correlate sul piano eziologico e psicopatologico. I disturbi da uso di sostanze sono caratterizzati dall'uso ricorrente e disadattivo di droghe e/o alcol (American Psychiatric Association, 2013) che spesso porta a disagio significativo e compromissione in contesti sociali, interpersonali e lavorativi (Henkel, 2011, Mueller et al., 2009).

In molti casi, i disturbi da uso di sostanze sono problemi cronici che tendono ad essere associati a condizioni di salute mentale comorbili (Kessler et al., 2005). Le conseguenze negative sulla salute possono essere dirette, e derivare dagli effetti farmacologici della sostanza e dalla via di assunzione, o indirette, come epatite B e C, AIDS, disturbi del sistema nervoso centrale (SNC), cui si aggiungono conseguenze sociali legate a comportamenti illegali, violenze, incidenti. L'insorgenza delle dipendenze è legata presumibilmente all'interazione sfavorevole di tre ordini di fattori: neurobiologici (riconducibili a caratteristiche genetiche, ad anomalie della disponibilità di alcuni importanti neurotrasmettitori - dopamina, serotonina, noradrenalina - che regolano il tono dell'umore), individuali (correlati alle esperienze di vita nonché a caratteristiche specifiche di personalità - ricerca di sensazioni forti, propensione al rischio, desiderio esasperato di successo, bassa autostima) e socio-ambientali (relativi alle caratteristiche del contesto, familiare, socio culturale ed economico della comunità in cui il soggetto vive, alle abitudini del gruppo di appartenenza, alla presenza o meno di reti di sostegno sociale, ai livelli di tolleranza sociale e di non contrasto dei comportamenti di dipendenza, all'esistenza di regole e di leggi di controllo e di deterrenza, alle caratteristiche delle sostanze e alla loro disponibilità e accessibilità).

Le caratteristiche comuni a tutte le dipendenze sono le seguenti:

Tolleranza: ovvero il bisogno di emettere sempre più frequentemente il comportamento per ottenere lo stesso livello di eccitamento; astinenza: se si tenta di smettere insorgono sintomi quali nervosismo, ansia e tremori, nausea, insonnia; perdita di controllo: per quanto si è convinti di poter smettere in qualsiasi momento nella realtà non ci si riesce. Si instaurano una serie di circoli viziosi che mantengono il comportamento. L'autoinganno e il ricorso a ragionamenti apparentemente razionali assumono la funzione di strumenti di controllo del senso di colpa, ma innescano ed alimentano un circolo distruttivo. Dal punto di vista psicologico la persona sperimenta: ossessione verso l'oggetto della dipendenza; senso di onnipotenza alternato a sensazione di perdita di controllo; nervosismo, irritabilità, ansia; modificazione del tono di umore; senso di colpa; impulsività; abbassamento dell'autostima; distorsione della realtà (minimizzare, nascondere, negare, evitare).

La dipendenza, secondo l'Acceptance and Commitment Therapy, è funzionale a evitare di sperimentare esperienze interne spiacevoli come il dolore, il senso di colpa, la frustrazione e la tristezza. L'uso di sostanze psicoattive è stimolato da pensieri negativi e dalla speranza di combatterli (Armeni et al. 2003). Oltre ai fattori interni che scatenano l'abuso di sostanze, altri sono funzionali a mantenerla. Infatti, la dipendenza da abuso di sostanze correla con alti livelli di vergogna, autocritica e paura che diventano delle barriere per cambiare e agire nella direzione di una vita significativa. Ad esempio, chi abusa di sostanze spesso evita il trattamento per uscirne, non si impegna per trovare lavoro, evita le relazioni intime (Luoma et al., 2008).

L'ACT cerca di indebolire questi processi disfunzionali attraverso lo sviluppo della consapevolezza e la sospensione dell'impulso spontaneo all'autocritica. Così facendo sviluppa la capacità nel paziente di scegliere, libero dai pensieri, dalle emozioni e dagli impulsi. Il fulcro dell'ACT è portare le persone all'accettazione dello stimolo e i sintomi associati all'abuso di sostanze (accettazione) e poi utilizzino la flessibilità psicologica e gli interventi basati sui valori per ridurre lo stimolo e i sintomi (impegno).

L'ACT è un intervento che ha mostrato molte promesse nei pazienti con disturbo da uso di sostanze, poiché c'erano troppi pochi studi circa gli effetti di quest'ultima sulle dipendenze patologiche, ho condotto un'analisi narrativa sistemica.

Capitolo 3

METODOLOGIA

3.1 Strategia di ricerca

Come espresso nell'introduzione, è stata condotta una review narrativa che avesse come topic le ricerche sull'applicazione dell'ACT nei casi di dipendenza patologica. Questo tipo di review mira a fornire un'analisi della letteratura recente, senza adottare metodologie rigorose, come nella revisione sistematica, o tecniche statistiche come negli studi metanalitici, o sottolineare e confrontare correnti di pensiero (state-of-art review) o valutare criticamente la qualità della letteratura prodotta e/o il grado di innovazione concettuale come nella revisione critica. La sintesi che è stata condotta è quindi tipicamente narrativa e non necessita di particolari tabulazioni o grafici (Grant et al., 2009). In altre parole, nella review narrativa l'enfasi è sul pensiero e sull'interpretazione in un processo "evidence-informed" rispetto a quello "evidence-based", tipico delle revisioni sistematiche in cui prevale l'enfasi sul metodo (Greenhalgh et al., 2018).

Criteri di ammissibilità : a) Uso di un disegno di ricerca controllato randomizzato, b) Popolazioni target di individui con problemi di abuso di sostanze, b) inclusione di un trattamento ACT, c) confronto dell'ACT con almeno una condizione di trattamento alternativo articoli di ricerca.

I criteri di esclusione sono stati i seguenti: Studi che non hanno valutato gli esiti legati all'uso di sostanze; Abstract pubblicati; - Esiti o risultati mancanti, è stato escluso lo studio di Lanza et. Al 2024 in quanto non includeva dati di follow-up.

È stata fatta una ricerca degli articoli in lingua inglese pubblicati tra il 2004 ad oggi. La ricerca degli articoli è stata effettuata su un database elettronico di revisioni disponibili su PubMed, Inoltre, è stato cercato l'elenco delle pubblicazioni ACT del sito web dell'Association for Contextual Behavioral Science e sono state effettuate richieste di articoli su un elenco di posta elettronica di ricerca ACT; tuttavia, non sono stati identificati ulteriori studi. Per sviluppare i termini di ricerca, è stata utilizzata una combinazione di termini chiave e parole correlate a CBT, consapevolezza, ACT, RBT e Addictions. Sono state inserite le seguenti parole chiave: substance addiction, substance abuse, ACT, dependence, Terapia dell'accettazione e dell'impegno; ACT, comportamento di dipendenza, alcolismo, fumo. Di questi 55 articoli, 36 sono stati esclusi perché non soddisfacevano ciascuno dei criteri di inclusione. Uno dei restanti 11 articoli hanno utilizzato gli stessi dati esaminati in momenti diversi. È stato quindi escluso lo studio che non includeva dati di follow-up esteso (Lanza et al., 2014). A seguito di queste esclusioni, sono rimasti 16 articoli, che sono stati inclusi nel presente studio.

3.2 Caratteristiche dello studio

Le caratteristiche di ciascuno studio sono visualizzate nella Tabella 1(studi). I 16 studi includevano un totale di 1651 partecipanti. In tutti gli studi, i partecipanti erano per il 57,5% donne e per l'83,7% maschi, con un età media di 39 anni. Ciascuno dei 16 studi ha confrontato una condizione di trattamento ACT con un'altra condizione di trattamento attivo, CBT, altri studi sono stati confrontati con una condizione di trattamento strutturato, definita come metodi basati sull'evidenza diversi dalla

CBT implementati dai ricercatori che utilizzano un protocollo (ad esempio, terapia sostitutiva della nicotina, smokefree.gov); e studi che hanno confrontato il trattamento ACT con un trattamento usuale. I tipi di abuso di sostanze trattati negli studi includevano il fumo di sigaretta, oppiacei, alcol, poliassuntori e uso di farmaci.

Alcuni studi hanno utilizzato approcci terapeutici innovativi per cessazione del fumo, basati sul web, su app o sul telefono con poco o nessun contatto faccia a faccia. Gli autori di questi studi hanno sostenuto che i nuovi approcci terapeutici comportavano caratteristiche di bassa domanda che riducevano la probabilità di false segnalazioni (Bricker et al., 2014).

Le condizioni di trattamento per la maggior parte degli studi includevano la tradizionale terapia faccia a faccia individuale, di gruppo o individuale e di gruppo.

TABELLA 1

STUDI	AREA PROBLEMATICATA	TRATTAMENTO ACT	GRUPPO DI CONTROLLO	CAMPIONE FOLLOW-UP	Età Media
Bricker et al. (2014)	Dipendenza da nicotina	Applicazione mobile	App Quit.guide	196 – (2 mesi)	41
Bricker et al. (2014)	Dipendenza da nicotina	telefono	cbt	121- (3-6mesi)	39
Bricker et al. (2013)	Dipendenza da nicotina	Trattamento web	Smokefree.gov	222- (3 mesi)	45
Gifford et al. (2004)	Dipendenza da nicotina	individuale	Trattamento standard	76- (6-12mesi)	43
Gifford et al. (2011)	Dipendenza da nicotina	Trattamento individuale	Trattamento standard	303- (6-12 mesi)	45
Hayes et al. (2004)	Oppiacei	Trattamento individuale	Trattamento intensivo	138- 6 mesi	42
Luoma et al. (2012)	Poliabuso di farmaci	Programma residenziale	Trattamento standard TAU	133- 4 mesi	45
Menéndez et al. (2014)	Poliabuso di farmaci	Trattamento act	Trattamento standard CBT	104- 18 mesi	40
Smout et al. (2010)	Metanfetamine	Trattamento individuale	Trattamento standard CBT	104- 3 mesi	30
Stott et al. (2012)	Oppiacei	Trattamento individuale	Farmaco consulenza	nessuno	39
Lopez et al.(2013)	poliassuntori	Trattamento individuale	Trattamento standard CBT	20 – 2 mesi	30
Thekiso et al.(2015)	alcol	Trattamento individuale	Trattamento clinico usuale (tau)	52- (3-6mesi)	40
Azkhosh et al. (2016)	oppiacei	Trattamento individuale	Programma standard 12 fasi	60- (6-12mesi)	35
Harvey et al.(2017)	alcol	Trattamento individuale	Trattamento standard sul benessere psicologico	262 (2 mesi)	40
Amirian et al. (2018)	oppiacei	Trattamento individuale	Trattamento standard CBT	40 (3 mesi)	30
Ehman e Gross (2018)	alcol	Caso clinico	nessuno	3 mesi	40

Stott et al. (2012) in questo studio è stato confrontato l'approccio ACT a un intervento classico con pazienti con dipendenza da oppiacei in un programma di riduzione del metadone. Il 37% dei partecipanti con trattamento ACT ha registrato un alto livello di disintossicazione a fine del

trattamento, rispetto al 19% dei pazienti che hanno ricevuto consulenza.

In uno studio controllato López (2013) ha effettuato un trattamento ambulatoriale con 20 pazienti poliassuntori. Sono stati identificati due gruppi di trattamento, un trattamento basato sulla CBT e l'altro basato sull'ACT. I risultati mostrano una maggiore efficacia della terapia ACT ai controlli tossicologici e rispetto all'astinenza (ACT ha constatato l'astinenza nell'87% nel gruppo che ha effettuato la terapia Act rispetto al 60% del gruppo CBT). L'analisi descrittiva del processo terapeutico di Lopez ha permesso di osservare che i soggetti che hanno effettuato la terapia ACT hanno mostrato una buona propensione all'accettazione e impegno.

Menéndez et al. (2014) hanno condotto uno studio controllato sull'efficacia della terapia ACT confrontata con la terapia CBT in 104 donne poliassuntrici. I risultati hanno rilevato livelli di sensibilità all'ansia ed evitamento in entrambi i gruppi, senza differenze tra loro, anche se le percentuali di psicopatologia associata si riducono solo in chi ha ricevuto la terapia ACT. Inoltre, nei 18 mesi successivi il gruppo che ha effettuato la terapia ACT ha mostrato un alto mantenimento delle percentuali di astinenza rispetto alla terapia CBT.

Beadman et.al (2015) Effettuano un confronto tra strategie di regolazione delle emozioni in risposta alle cognizioni del craving: effetti sul comportamento del fumo, sul craving e sull'effetto nei fumatori dipendenti. I fumatori giornalieri hanno applicato la defusione (n = 25), la rivalutazione (n = 25) o la soppressione (n = 23) ai pensieri associati al fumo durante una procedura di craving indotta da stimoli. Questo studio evidenzia che sia la defusione e la rivalutazione hanno prodotto benefici simili negli esiti comportamentali legati al fumo ma, rispetto alla soppressione, sono stati associati a esiti distinti sull'evitamento esperienziale e sul craving. Gli effetti sembrano essere indipendenti dall'aspettativa percepita e dalla credibilità delle diverse strategie. Nel complesso, i risultati suggeriscono un ruolo delle strategie di rivalutazione e defusione nello sviluppo di trattamenti psicologici per i disturbi legati alla dipendenza.

Uno studio Bricker et al., (2014) ha esplorato il trattamento ACT basato su un applicazione Smart Quiz programma di autoapprendimento per fumatori con sintomi depressivi. I partecipanti adulti sono stati reclutati a livello nazionale nello studio pilota randomizzato e controllato (N = 196) che ha confrontato l'ACT fornito tramite smartphone per la richiesta di cessazione del fumo (SmartQuit) con la richiesta per la cessazione del fumo del National Cancer Institute (QuitGuide). I risultati hanno mostrato effetti preliminari positivi, come tassi di abbandono più elevati e meno sintomi depressivi in un follow-up di 2 mesi a favore della terapia ACT rispetto all'altro programma Web.

Uno studio Thekiso et al., (2015) hanno esplorato l'efficacia dell'ACT rispetto al trattamento clinico usuale TAU (TAU – Treatment As Usual), in 52 pazienti con consumo di alcol e disturbi affettivi in comorbilità, con follow-up a 3 e 6 mesi. Hanno scoperto che i pazienti assegnati al gruppo ACT hanno riportato più giorni di astinenza da alcol, riduzione dei sintomi di depressione e ansia e in modo significativo, rispetto al gruppo che ha effettuato il trattamento usuale (TAU).

Azkhosh et al. (2016) in uno studio randomizzato e controllato con pazienti dipendenti, hanno osservato che l'ACT aumenta significativamente la flessibilità psicologica rispetto al programma standard in 12 fasi nel processo di riabilitazione del tossicodipendente. I dati sono stati raccolti

all'ingresso nello studio, alle visite post-test e di follow-up. I partecipanti sono stati selezionati tra soggetti dipendenti da oppiacei che si sono rivolti ai centri di trattamento delle dipendenze di Shiraz. Sessanta individui sono stati valutati secondo criteri di inclusione/esclusione e sono stati divisi in due gruppi uguali in modo casuale (30 partecipanti per gruppo). Un gruppo ha ricevuto la terapia di gruppo di accettazione e impegno, l'altro gruppo è stato fornito il programma in 12 fasi di Narcotici Anonimi.

I risultati mostrano che il gruppo che ha ricevuto la terapia di accettazione e impegno ha mostrato un miglioramento rispetto al gruppo di controllo sul benessere psicologico e sulla flessibilità psicologica. In conclusione i risultati di questo studio hanno rivelato che la terapia dell'accettazione e dell'impegno può essere utile per potenziare le emozioni positive e aumentare il benessere psicologico nei tossicodipendenti.

Lo studio di Harvey, Henricksen, Bimler e Dickson (2017), 262 militari nordamericani con problemi legati all'abuso di alcool, confronta l'effetto dell'intervento basato sull'ACT con un intervento standard sul benessere psicologico. L'intervento ha mostrato miglioramenti al follow-up 3 mesi nella gestione emotiva, nella riduzione del consumo di alcool, dell'aggressività, dell'ansia, dello stress e del locus of control. Lo studio evidenzia una riduzione dell'uso di alcool che potrebbe essere attribuito allo sviluppo di una maggiore consapevolezza circa i comportamenti disfunzionali al fine di consolidare comportamenti basati sui valori.

Amirian et al. (2018) hanno condotto uno studio con 40 partecipanti dipendenti da sostanze. I pazienti del gruppo sperimentale hanno ricevuto un intervento di gruppo basato sull'ACT per un lungo periodo di 10 sessioni rispetto al gruppo di controllo che ha effettuato un intervento standard. I Risultati mostrano un effetto significativo nella riduzione delle difficoltà di regolazione emotiva e l'aumento della tolleranza e una propensione verso la crescita emotiva per quanto riguarda il gruppo che ha ricevuto l'intervento basato sull'ACT.

Ehman e Gross nel 2018 hanno anche condotto uno studio di caso clinico su una donna di 20 anni, studentessa universitaria e affetta da disturbo da uso di alcool. Sono state effettuate 10 sessioni da 1 ora di terapia individuale nel corso di 3 mesi. Al termine del periodo di trattamento, ha riportato una riduzione significativa del numero di episodi di consumo di alcool. Il presente studio aggiunge ulteriori prove ai dati che dimostrano che l'ACT è una terapia efficace per individui alle prese con problemi di uso di sostanze.

3.2.1 Risultati

I risultati dei diversi studi mostrano dimensioni dell'effetto maggiori a favore della terapia ACT rispetto a tutte le condizioni di confronto. Pertanto, nel loro insieme, i risultati dell'attuale ricerca suggeriscono che l'ACT per i DUS è promettente. In particolare, questo trattamento sembra portare ad un migliore mantenimento dell'astinenza al follow-up rispetto ad altre condizioni attive. Gli studi indicano che l'ACT può essere efficace nel migliorare l'accettazione degli stati emotivi difficili, ridurre il desiderio compulsivo di sostanze e promuovere cambiamenti comportamentali sostenibili nel lungo termine. La terapia ACT, focalizzandosi sulla consapevolezza, sull'accettazione e sull'impegno verso valori personali, offre un approccio unico nel trattamento della dipendenza.

3.2.2 Conclusioni e prospettive future

Lo scopo principale di questa revisione è stata esaminare l'efficacia dell'ACT per il trattamento delle dipendenze. Il numero limitato di studi recenti randomizzati rende difficile trarre conclusioni definitive. Tuttavia, questa revisione fornisce prove sull'efficacia dell'ACT per il trattamento del DUS. Nel complesso, l'ACT sembra avere un impatto non solo sugli aspetti legati all'abuso di sostanze, come la riduzione dell'utilizzo, del craving e dell'astinenza, ma anche sui sintomi secondari legati alla dipendenza che sono più strettamente connessi alla dimensione psicologica. In particolare, i risultati dei diversi studi evidenziano un aumento della flessibilità cognitiva e dell'autoefficacia, e una riduzione degli affetti negativi e dei sintomi depressivi/ansiosi nei pazienti DUS. Tale proposta terapeutica, sostenuta da Stefen Hayes e collaboratori dell'Università del Nevada, che si fonda da un lato su una base scientifica definita appunto Relational Frame Theory, e dall'altro su prospettive ed elementi della meditazione di origine buddista.

L'ACT incorpora una serie di obiettivi e tecniche della mindfulness, come soprattutto l'accettazione, la consapevolezza, l'apertura, e il decentramento dai contenuti mentali, inoltre questa terapia ha ottenuto grande successo in molti contesti clinici (ospedaliero, ambulatoriale e cliniche per il trattamento delle tossicodipendenze). L'individuo, accrescendo la capacità di vivere le proprie emozioni ed i propri stati mentali, accettandoli per quello che sono, conoscendoli e riconoscendoli, può creare tra essi e il comportamento di addiction quello spazio necessario per scegliere di non agire, o di agire in modo differente e più funzionale rispetto al proprio benessere.

Inoltre, le pratiche mindfulness favoriscono la presa di consapevolezza dei processi bottom-up della dipendenza, accrescendo l'attenzione ai "cue" (segnali) di innesco di tali meccanismi: una volta che il segnale viene colto al momento in cui insorge, prima che diventi sfrenato e inarrestabile, le strategie di fronteggiamento positivo vanno a sospendere e modificare il ciclo automatico dei comportamenti di addiction. Favoriscono lo sviluppo di un atteggiamento non giudicante verso la sofferenza, con conseguente riduzione della stessa (Kabat-Zinn, 1982); consentono di cambiare i propri schemi di pensiero e/o gli atteggiamenti nei confronti delle propri impostazioni mentali che poi si riflettono sui propri comportamenti (Teasdale, Segal e Williams, 1995).

Promuovono altresì l'accettazione dell'esperienza nel momento presente, piacevole o spiacevole che sia (Segal, Williams e Teasdale, 2014). La pratica della mindfulness pone quindi l'individuo nella condizione di poter gestire le proprie esperienze, piuttosto che tentare di fuggire o evitare quei pensieri e quelle emozioni negative che spesso portano a desiderare la sostanza e a ricadere nella dipendenza. L'ACT, che lavora proprio sul metterci in contatto con il presente (in termini di esperienze, pensieri e stati d'animo) è un approccio molto utile per accettare pienamente per quel che siamo senza la pretesa di rifiutare gli aspetti meno piacevoli di noi, per imparare ad affrontare situazioni stressanti anziché evitarle, per prendere in mano la situazione e muoverci focalizzando obiettivi raggiungibili in base a dei valori ben rappresentati, anziché restare fermi in un malessere individuale. In conclusione, l'evidenza attuale dell'ACT nella gestione del DUS è limitata a pochi studi e non è definitiva, sebbene i risultati sembrino indicare un buon indice di efficacia, ma è sicuramente necessario predisporre ulteriori studi per dimostrare in maniera più robusta la validità di questo nuovo intervento terapeutico. Nel complesso, l'ACT rappresenta un contributo promettente e innovativo nel panorama terapeutico delle dipendenze.

Riferimenti bibliografici

Alan M. Gross is a professor of psychology at the University of Mississippi. His research interests are in the area of date rape, sexual aggression, and behavior disorders in children.

American Psychiatric Association (2013) Manuale diagnostico e statistico della mente disturbo (5a ed) Arlington: pubblicazione psichiatrica americana.

Anandi C. Ehman is a graduate student in the Clinical Psychology PhD program at the University of Mississippi. Her research interests are in the areas of sexual aggression, cyberbullying and cyberaggression, and victim blaming.

Azkhosh M, Farhoudianm A, Saadati H, Shoaee F, Lashani L (2016) Confronto tra la terapia di gruppo di accettazione e impegno e i narcotici anonimi in 12 fasi nel processo di riabilitazione del tossicodipendente: uno studio controllato randomizzato.

Bach B, Lockwood G, Young JE (2018) Un nuovo sguardo al modello di schema terapia: organizzazione e ruolo dei primi schemi disadattivi.

Bailey K, Trevillion K, Gilchrist G (2019) Cosa funziona per chi e perché: una narrazione revisione sistematica degli interventi per ridurre il disturbo da stress post-traumatico e uso problematico di sostanze tra le donne con esperienze di violenza interpersonale. J Subst Abus Treat.

Ball SA (2007) Confronto delle terapie individuali per pazienti dipendenti da oppioidi con disturbi di personalità. J Disturbo personale.

Bowen S, Witkiewitz K, Clifasefi SL, Grow J, Chawla N, Hsu SH, Carroll HA, Harrop E, Collins SE, Lustyk MK, Larimer ME (2014) Efficacia relativa della consapevolezza basata prevenzione delle ricadute, prevenzione standard delle ricadute e trattamento come di consueto per la sostanza disturbi d'uso: uno studio clinico randomizzato.

Bowen S, Witkiewitz K, Clifasefi SL, Grow J, Chawla N, Hsu SH, Carroll HA, Harrop E,

Buckner JD, Zvolensky MJ, Ecker AH, Schmidt NB, Lewis EM, Paulus DJ, Lopez Gamundi P, Crapanzano KA, Bakhshaie J (2019) Cognitivo comportamentale integrato terapia per l'uso di cannabis in comorbilità e disturbi d'ansia: uno studio pilota randomizzato e controllato.

Buckner JD, Zvolensky MJ, Ecker AH, Schmidt NB, Lewis EM, Paulus DJ, Lopez Gamundi P, Crapanzano KA, Bakhshaie J (2019) Cognitivo comportamentale integrato terapia per l'uso di cannabis in comorbilità e disturbi d'ansia: uno studio pilota randomizzato e controllato.

Burke BL, Arkowitz H, Menchola M (2003) L'efficacia del colloquio motivazionale.

Bricker J, Wyszynski C, Comstock B, Heffner JL. Studio pilota randomizzato e controllato di terapia di accettazione e impegno basata sul web per la cessazione del fumo. Tob alla nicotina.

Byrne SP, Haber P, Baillie A, Costa DSJ, Fogliati V, Morley K (2019) Revisioni sistematiche della consapevolezza, dell'accettazione e della terapia dell'impegno per il disturbo da uso di alcol: dovremmo usare terapie della terza ondata.

Grant, M.J., & Booth, A. (2009) A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies.

Health Information and Library Journal, 26(2), 91-108.

Collins SE, Lustyk MK, Larimer ME (2014) Efficacia relativa della consapevolezza basata prevenzione delle ricadute, prevenzione standard delle ricadute e trattamento come di consueto per la sostanza disturbi d'uso: uno studio clinico randomizzato.

Grant S, Colaiaco B, Motala A, Shanman R, Booth M, Sorbero M, Hempel S (2017) Prevenzione delle ricadute basata sulla consapevolezza per i disturbi da uso di sostanze: una sistematica revisione e meta-analisi. *J Addict Med*.

Greenhalgh, T., Thorne, S., & Malterud K. (2018). Time to challenge the spurious hierarchy of systematic over narrative reviews.

Hayes SC (2016) Terapia dell'accettazione e dell'impegno, teoria della cornice relazionale e la terza ondata di terapie comportamentali e cognitive - articolo ripubblicato. *Comportamento Là*. 47:869–885.

Hayes SC, Levin M (2012) Consapevolezza e accettazione dei comportamenti di dipendenza: applicazione della CBT contestuale all'abuso di sostanze e alle dipendenze comportamentali. Oakland: Nuove pubblicazioni Harbinger.

Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG (2012) Terapia dell'accettazione e dell'impegno: The processo e pratica del cambiamento consapevole (2a ed). New York: Guilford Press.

Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A (2012) L'efficacia della terapia cognitivo comportamentale: una revisione delle meta-analisi.

Horgan, S., Saab, M.M., Drennan, J., Keane, D., & Hegarty, J. (2023). Healthcare professionals' knowledge and attitudes of surgical site infection and surveillance: A narrative systematic review. *Nurse Education in Practice*, 69, 103637.

Janson DL, Harms CA, Hollett RC, Segal RD (2019) Differenze tra uomini e donne riguardo ai primi schemi disadattivi in un campione clinico australiano adulto alcolodipendente. *Sostituire Uso improprio*.

Kabat-Zinn J (2003) Interventi basati sulla consapevolezza nel contesto: passato, presente e fu tura. *Praticante di scienze psicologiche Clin*.

Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE (2005) Prevalenza, gravità e comorbidità dei disturbi del DSM-IV a 12 mesi nella replica del National Comorbidity Survey. *Psichiatria dell'Arcigen*.

Lanza PV, García PF, Lamelas FR, González-Menéndez A (2014) Terapia di accettazione e impegno rispetto alla terapia cognitivo comportamentale nel trattamento del disturbo da uso di sostanze con donne incarcerate.

Lee NK, Cameron J, Jenne L (2015) Una revisione sistematica degli interventi per l'uso concomitante di sostanze e disturbi borderline di personalità. *Droga Alcol Rev.* 34:663–672. *J Clin Psicologo.*

Roberts NP, Roberts PA, Jones N, Bisson JI (2016) Terapie psicologiche per il disturbo da stress post-traumatico e il disturbo da uso di sostanze in comorbidità. *Cochrane Database Syst Rev.*

Roper L, Dickson JM, Tinwell C, Booth PG, McGuire J (2010) Schemi cognitivi disadattivi nella dipendenza da alcol: cambiamenti associati a un breve programma di astinenza residenziale.

Smallwood RF, Potter JS, Robin DA (2016) Meccanismi neurofisiologici nella terapia di accettazione e impegno in pazienti dipendenti da oppioidi con dolore cronico. *Psichiatria Res Neuroimaging.* 250:12–14.

Stotts AL, Northrup TF (2015) La promessa delle terapie comportamentali di terza ondata nel trattamento dei disturbi da uso di sostanze.

Svanberg G, Munck I, Levander M (2017) Terapia di accettazione e impegno per clienti istituzionalizzati per grave disturbo da uso di sostanze: uno studio pilota.

Thekiso TB, Murphy P, Milnes J, Lambe K, Curtin A, Farren CK (2015) Terapia di accettazione e impegno nel trattamento del disturbo da uso di alcol e del disturbo affettivo in comorbidità: uno studio pilota di controllo.