

🔍 Gli articoli di questa sezione sono sottoposti a referaggio doppiamente cieco (double blind peer review process) e seguono gli standard in uso per le pubblicazioni scientifiche a livello internazionale ed accettati dalle principali banche dati citazionali

## Utilizzo del protocollo MBRP in un contesto carcerario

Mateo Ameglio\*, Barbara Cincinelli\*\*, Sicilia Francesca D'Arista\*\*\*, Elisa Tanzini\*\*\*\*

### SUMMARY

■ *The application of Mindfulness to the traditional approach of relapse prevention enriches significantly the possibilities of “aftercare” interventions in relation to addictions. The use of Mindfulness Based Relapse Prevention Protocol (MBRP) codified by Alan Marlatt and collaborators at the San Gimignano Prison has fully confirmed this assertion. Despite the difficulties inherent the prison context, which have also required an adaptation of the protocol, it presents favorable aspects for this kind of intervention and is also an important contribution for the development of emotional and behavioral self-regulation skills for people living in this kind of environment.* ■

**Keywords:** *Relapse, Substances, Mindfulness, Awareness, Prison.*

**Parole chiave:** *Ricaduta, Sostanze, Mindfulness, Consapevolezza, Carcere.*

### L'incontro fra la Prevenzione delle Ricadute e la Mindfulness

La componente psico-comportamentale specifica del trattamento delle dipendenze, che alcuni chiamano *Addiction counseling* (Ameglio, Cincinelli e Severini, 2014), può essere ricondotta alla combinazione dei seguenti due approcci teorici e metodologici: quello motivazionale (Prochaska e Di Clemente, 1986; Miller e Rollnick, 1994) e quello cognitivo-comportamentale, che trova il suo principale modello teorico ed applicativo nella *Relapse Prevention Therapy* (RPT) o “Terapia della Prevenzione delle Ricadute” di Alan Marlatt (Marlatt e Gordon, 1985; Marlatt, Parks e Witkiewitz, 2002; Witkiewitz e Marlatt, 2004; Marlatt e Donovan, 2005; Daley e Marlatt, 2006).

In quest'ultimo ambito, oltre alle componenti informative e psicoeducative, al cambiamento dello stile di vita ed alla bonifica e ristrutturazione ambientale, forte attenzione viene posta allo *skills training* comportamentale teso al controllo e alla gestione degli stimoli condizionati (*cues/triggers*) collegati alle “Situazioni ad Alto Rischio” (*High Risk Situations – HRS*), sia esterni (PLS, persone, luoghi, situazioni) sia interni (emozioni, pensieri, sensazioni), capaci di attivare *craving* e *urges*.

L'auto-osservazione e monitoraggio delle “situazioni ad altro rischio” è il primo passo nell'addestramento alle abilità di fron-

teggimento o  *coping skills*, basate queste ultime su un approccio prevalentemente evitante.

Il fronteggiamento di emozioni, specie quelle negative e dello stress, attraverso specifici training, assume un'importanza non secondaria, in considerazione delle note correlazioni tra gli stati emotivi, specie quelli negativi (disforia, ansia, tristezza, noia, ecc.) e la ricaduta nell'uso di sostanze (Witkiewitz e Marlatt, 2004). Numerosi autori, peraltro, identificano nel “deficit della regolazione degli affetti”, uno degli elementi nucleari comuni alle dipendenze da sostanze e comportamentali, laddove la sostanza/comportamento avrebbe il ruolo di “regolatore esterno degli stati affettivi” (Caretta *et al.*, 2008).

Un altro aspetto fondamentale è costituito dagli interventi sulla componente più propriamente cognitiva e dei suoi correlati emotivi, attraverso una ristrutturazione tesa ad agire su aspetti quali i pensieri disfunzionali, le negazioni, le razionalizzazioni, le aspettative degli effetti positivi, i miti oppure gli AVE (*Abstinence Violation Effects*) che subentrano dopo la ricaduta, quali il senso di colpa e vergogna, di fallimento personale, di mancanza di volontà, di minor autoefficacia, di inguaribilità. Molti di questi aspetti, ma non solo questi, intervengono nella specifica attività tesa alla prevenzione o alla gestione della ricaduta, per evitare che quest'ultima si trasformi da *lapse* in *relapse*.

Il lavoro sull'aumento della consapevolezza dell'individuo in merito al proprio comportamento in relazione al rischio di ricaduta, passa attraverso un'analisi dettagliata ed oggettiva dei vari fattori in gioco, compresi i meno evidenti quali i “precursori nascosti di ricaduta” (*covert antecedents of relapse*) o le “decisioni apparentemente irrilevanti” (*apparently irrelevant decisions*), in modo da identificare consapevolmente i segnali precoci di avvertimento rispetto al rischio di ricaduta (*early warning signals*).

\* *Psichiatra, Resp. Ser.D. Zona Valdelsa e UOSD Salute in carcere dell'USL Toscana Sud Est.*

\*\* *Psicologa Psicoterapeuta, Ser.D. Zona Valdelsa dell'USL Toscana Sud Est.*

\*\*\* *Psicologa, istruttrice di corsi MBSR.*

\*\*\*\* *Psicologa Psicoterapeuta, Scuola di Psicoterapia Cognitiva SPC di Roma.*

Tenendo conto di quanto su esposto, è piuttosto intuitivo identificare nella *“Mindfulness”*, che viene definita una strategia meta-cognitiva di *“coping”*, un valido completamento della qualificata e già consolidata *“Terapia della Prevenzione delle Ricadute”*.

La lunga frequentazione di Alan Marlatt, sia personale che professionale, con le pratiche meditative, ha portato ad introdurre inizialmente, nel settore delle *“modifiche allo stile di vita”* della prima versione della *“Terapia della prevenzione della ricaduta”* – RPT (Marlatt e Gordon, 1985), la meditazione come strategia cognitiva per la gestione dello stress. Il suo ruolo è cresciuto nel corso degli anni, sino a sviluppare con i suoi collaboratori presso l’*Addictive Behaviors Research Center* della Washington University, il programma *Mindfulness Based Relapse Prevention* – MBRP (Bowen, Chawla e Marlatt, 2011), come trattamento *“after-care”* di prevenzione della ricaduta nelle varie dipendenze, il quale combina le strategie cognitivo-comportamentali della su menzionata RPT con la pratica meditativa *“Mindfulness”* (Bowen et al., 2011, Bowen et al., 2013). Il programma MBRP integra le pratiche di *mindfulness* derivanti dai protocolli *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) di J. Kabat-Zinn (Kabat-Zinn, 1990) e *Mindfulness-Based Cognitive Behavioral Therapy* (MBCT) di Z. Segal e collaboratori (Segal et al., 2002) con le strategie cognitivo-comportamentali di *“Prevenzione delle Ricadute”* (Daley e Marlatt, 2006). Vengono descritti di seguito i principali aspetti relativi all’apporto della componente *Mindfulness*, nel suddetto protocollo e più in generale nel trattamento delle dipendenze, applicabili peraltro ad affini comportamenti più o meno disfunzionali, nei quali prevale l’automatismo e l’impulsività. Una prima indicazione ci viene fornita dalla definizione che dà Jon Kabat-Zinn nel suo testo *“Full Catastrophe living”* 1990 della *Mindfulness*: *“Prestare attenzione al momento presente in modo non giudicante”*. Il significato italiano del termine inglese *Mindfulness*, che corrisponde a consapevolezza, ci fornisce un altro importante elemento di comprensione. L’esperienza consapevole del momento presente è tesa a favorire un atteggiamento di accoglienza e di accettazione non giudicante della propria esperienza per quella che è, *“restando con”* le proprie sensazioni, pensieri ed emozioni, senza tentare di modificarle o di evitarle e senza venirse travolti.

L’introduzione di momenti, di *flash* di consapevolezza sui propri schemi abituali, alla base anche di comportamenti disfunzionali, è liberatorio. Permette la visione di alternative, mette la persona davanti alla possibilità di scegliere. Si parla di *“rispondere”* invece che di *“reagire”* allo stimolo sensoriale, interno o esterno. Inoltre, lo sviluppo di questo modo di rapportarsi alla propria esperienza è collegato all’insorgere di sentimenti di maggiore amorevolezza e gentilezza verso se stessi in alternativa ad atteggiamenti di biasimo, colpevolizzazione e rifiuto.

Nello specifico delle dipendenze l’aumento della capacità di relazionarsi, esplorare sino a giungere a tollerare *triggers* interni ed esterni associati al *“craving”*, facilita lo sviluppo della capacità di scegliere risposte alternative, diverse dal semplice evitamento o cedimento. Ciò può anche favorire una desensibilizzazione e la riduzione della *“salienza”* di tali stimoli.

L’accresciuta consapevolezza dei segnali, che partono dall’individuo o che provengono dall’esterno ma che risuonano immanicabilmente nell’individuo a livello del corpo, dei pensieri e delle emozioni, consentono anche un utilizzo più efficace di tutte le strategie di *“coping”* proposte dalla RPT.

Grande attenzione viene posta alla consapevolezza del corpo ed alla capacità di osservare e quindi familiarizzare con le sensazioni che abitualmente precedono il consumo delle sostanze, così come quelle sensazioni associate alle emozioni *“non senti-*

*te”* né riconosciute, fenomeno frequente considerando l’alto tasso di Alessitimia in queste popolazioni (Taylor et al., 1990; Uzun et al., 2003; Parker et al., 2005).

L’accresciuta consapevolezza degli stati emotivi facilita la regolazione emozionale rispetto al funzionamento impulsivo e la capacità di tollerare stati emotivi, specie negativi, che svolgono frequentemente il ruolo di *triggers* al *“craving”*.

Altrettanto importante è il ruolo riservato al rapporto tra sensazioni fisiche, emozioni e pensieri, l’intima correlazione tra una sensazione emotiva e la corrispettiva ideazione. L’emozione viene presentata come *“pensiero accompagnato da sensazione fisica”*. La persona viene guidata a descrivere quel che sta provando distinguendo tra sensazione fisica, pensiero ed emozione. Il materiale prodotto dall’osservazione non viene *“interpretato”*, ma portato alla coscienza. Egli ne diventa consapevole e può utilizzare questo percorso di indagine per altre situazioni, in altri momenti, se solo richiama la presenza, lo stato di *mindfulness*. *Mindfulness* è insieme il metodo e lo scopo.

Osservando i pensieri senza farsi trascinare da essi ma distanziandosene, si mette in atto la *“defusione cognitiva”*, così cara alla *Acceptance and Commitment Therapy* (Hayes et al., 1999). *Parafrasando un’immagine utilizzata spesso in questi contesti, si può dire che l’obiettivo è quello di creare, in mezzo a quel “ciclone” che si scatena con il craving e rischia di travolgere tutto, uno spazio interiore di libertà e di calma paragonabile all’“occhio del ciclone”, che consenta di sfuggire alla dicotomia del soccombere o fuggire, restando invece sereni esattamente dove si è.*

L’interesse già coltivato da qualcuno di noi per questo ambito, sia dal punto di vista personale che professionale e che aveva peraltro già portato all’utilizzo dell’ipnosi nei trattamenti, ci ha condotto nell’anno 2012 verso l’organizzazione per il Dipartimento delle Dipendenze della USL 7 di Siena, di un corso sul Protocollo MBSR tenuto dalla dott.ssa Sicilia D’Arista. Successivamente, oltre alla prosecuzione della pratica individuale, anche attraverso la frequentazione del *“Centro senese per la riduzione dello stress”* ed altre esperienze di meditazione, la formazione è proseguita attraverso alcuni seminari sulla MBRP, tenuti a Milano da Neharika Chawla e a Siena da Doriana Losasso, che applica da anni questo protocollo presso il Ser.T. di Canzio della ASL di Milano.

## Il protocollo MBRP in carcere

L’utilizzo della meditazione in carcere, in particolare Vipassana, dalla quale deriva la *Mindfulness*, ha una lunga tradizione ed illustri rappresentanti quali S.N. Goenka in India e lo stesso Alan Marlatt che l’ha utilizzata negli Stati Uniti, così come non mancano esperienze anche in Italia. La nostra ultraventennale esperienza clinica presso la Casa di Reclusione di San Gimignano, rivolta ai detenuti con problematiche alcol-drogacorrelate, ci ha indotti a sperimentare in tale contesto il protocollo MBRP, utilizzando come guida la versione tradotta nel 2013 del manuale originario (Bowen, Chawla e Marlatt, 2013).

La scelta di effettuare un gruppo MBRP in un contesto carcerario nasce dalla constatazione che un ambiente di quel tipo, può garantire sobrietà dall’uso di sostanze e la necessaria continuità per l’apprendimento. Il carcere è del resto un contesto *“protetto”* che consente una funzione di contenimento mentale in soggetti con vulnerabilità. Il protocollo MBRP richiede costanza e pratica quotidiana e spesso risulta difficile utilizzarlo nei contesti ambulatoriali per le dipendenze, considerando l’instabilità e

le condizioni di vita mutevoli dei tossicodipendenti. (Hinnenthal e Cibin, 2011). Fogel (1993) e Perkins (1998) affermavano:

Si è generalmente d'accordo nel ricondurre il comportamento criminale individuale ad alcune cause primarie quali un'inadeguata capacità di gestire efficacemente situazioni di forte stress, deprivazione e scarsa autostima, insieme alla pressione del gruppo e ai relativi codici di comportamento. Tali fattori possono essere notevolmente potenziati dall'assunzione di droghe e alcool, sostanze capaci di alleviare il disagio emotivo alterando o eliminando i normali livelli di consapevolezza e controllo degli impulsi. In tali circostanze, emozioni intense quali odio, paura, frustrazione, rabbia e bramosia possono rapidamente portare ad agire comportamenti antisociali; la risultante reclusione in istituti di pena aggiunge ulteriore stress, con la possibilità di esacerbare queste condizioni.

Tale situazione profondamente stressante che è dovuta a una serie di fattori, quali: il sovraffollamento, la convivenza forzata, la rabbia alimentata dall'inattività, il rapporto quotidiano e spesso conflittuale con il personale penitenziario, i periodi di attesa del tutto imprevedibili, è quasi sempre vissuta nella totale assenza di consapevolezza delle proprie reazioni (sensazioni, emozioni, pensieri). Si tratta di una condizione comune, ma in quel contesto può risultare molto nociva. Il periodo di detenzione infatti, breve o lungo che sia, può essere vissuto con minore disagio e, soprattutto, vissuto diversamente da una passiva attesa e utilizzato per l'apprendimento di strumenti utili sia in carcere che fuori, anche in prospettiva del reinserimento sociale.

## Gruppo MBRP Media Sicurezza 2014-2015

È su tali premesse che nel 2014-2015 abbiamo effettuato un gruppo di prevenzione della ricaduta basato sulla MBRP nella Casa di Reclusione di San Gimignano con detenuti con dipendenza da sostanze e con pena definitiva. Il gruppo si è svolto, come progetto sperimentale, nella sezione di Media Sicurezza, all'interno della struttura non era mai stata condotta prima un'esperienza di *Mindfulness*.

### *Procedura, strumenti, metodi*

I detenuti che hanno partecipato all'esperienza sono stati selezionati su base volontaria, attraverso un colloquio individuale, cercando di comprendere la loro motivazione ad intraprendere il percorso. Durante il colloquio veniva fatto presente che per la partecipazione al gruppo veniva richiesta la disponibilità alla somministrazione di alcuni test psicologici da effettuare prima e dopo l'esperienza gruppale.

Si è trattato di un gruppo chiuso, co-condotto dal Dott. Ameglio e dalla Dott.ssa D'Arista. Il metodo della co-conduzione è specifico dei protocolli *Mindfulness Based*. In questo caso l'intervento è stato concordato in modo da alternare la conduzione dove la Dr.ssa D'Arista ha guidato gli esercizi meditativi, gli stretching, il *feedback* alle esercitazioni e la parte maggiormente legata alla *mindfulness*, mentre il dr. Ameglio ha condotto la riflessione cognitivo-comportamentale e l'inquadramento della *mindfulness* nello specifico di persone con problemi di dipendenza.

Al gruppo hanno partecipato due osservatrici partecipanti, una delle quali ha poi co-condotto il secondo gruppo della presente ricerca. Il ruolo di osservatore/partecipante è definito a priori e

comprende simultaneamente la partecipazione al gruppo alla pari degli altri partecipanti e l'osservazione della propria partecipazione attraverso scambi con i conduttori.

Tutti gli otto incontri, ciascuno della durata di 1,45 ore, sono stati svolti in un'aula adibita alle attività scolastiche: i conduttori e i detenuti erano seduti in maniera circolare per facilitare i processi comunicativi.

Abbiamo colto l'occasione del gruppo per effettuare anche uno studio osservazionale al fine di valutare l'"efficacia sul campo" dell'MBRP, in particolare se lo svolgimento del protocollo avesse indotto un miglioramento nella capacità di regolazione emotiva, dei tratti ansiosi e depressivi dei detenuti. Per misurare questo ci siamo avvalsi di due strumenti valutativi psicologici somministrati prima e dopo il trattamento, la scala *Toronto Alexithimia Scale-20*, TAS-20 (Parker *et al.*, 1993; Bagby *et al.*, 1994 a,b) che ha l'obiettivo di misurare l'alestitimia, cioè un deficit della consapevolezza emotiva che comporta l'incapacità sia di riconoscere sia di descrivere a parole i propri stati emotivi e quelli altrui e il test *Cognitive Behavioural Assessment*-Valutazione degli esiti, CBA-VE (Michielin *et al.*, 2012) per la verifica dell'efficacia nella pratica dei trattamenti psicologici e psicoterapeutici.

### *Caratteristiche del campione*

Sono stati coinvolti 8 detenuti tossicodipendenti di cui 4 hanno completato il percorso. Gli altri 4 lo hanno interrotto per motivi di vario genere: due detenuti sono stati trasferiti presso un'altra struttura, un altro ha ottenuto una misura alternativa, l'ultimo detenuto ha espresso, dopo alcuni incontri, le sue difficoltà a garantire una certa costanza e concentrazione per gravi problematiche insorte nella sua famiglia.

Sesso: M

Età compresa tra i 33 e i 48 anni (M = 37; DS = 7)

Anni di scolarità compresi tra i 5 e i 13 anni (M = 8,5; DS = 3)

Tipologia di sostanza: n. 1 eroinomane, n. 2 cocainomani, n. 1 poliassuntore  
Anni di detenzione effettuati compresi tra 5 e 10 anni (M = 7; DS = 2)  
Anni di astinenza compresi tra 1 anno e 7 anni (M = 3; DS = 3)

### *Le 8 sessioni del protocollo MBRP*

Ogni sessione ha un tema centrale sul quale si sviluppano degli obiettivi e degli esercizi specifici. La struttura di ogni sessione è articolata nel seguente modo: *check-in*, revisione del lavoro effettuato durante la settimana precedente, pratica esperienziale, assegnazione del lavoro da effettuare durante la settimana successiva, chiusura.

Come da protocollo, nei giorni che intercorrevano tra un incontro e l'altro, ai detenuti era stato prescritto sia di effettuare gli esercizi previsti, anche attraverso l'utilizzo del materiale cartaceo consegnato e sia di ascoltare nella loro stanza i Cd contenenti le meditazioni audio-registrate come aiuto per la pratica personale.

#### **Sessione 1 "Pilota automatico e ricaduta"**

In questa sessione viene affrontato il tema del "pilota automatico", cioè della tendenza ad agire senza la piena consapevolezza di cosa stiamo facendo. Attraverso la pratica si introduce l'attenzione consapevole e ci si concentra sulle esperienze corporee al momento presente.

Presentazione dei partecipanti. Aspettative e regole del gruppo. Struttura e formato del gruppo. Esercizio dell'uvetta: osservazione a *pop corn*. Introduzione del concetto di pilota automatico e relazione con la "ricaduta. Che cos'è la *Mindfulness*. Esercizio di esplorazione corporea: *Body Scan*.

**Sessione 2. "Consapevolezza degli eventi scatenanti e del craving"**

Ci si focalizza sull'imparare a riconoscere quegli stimoli scatenanti e ad osservare come spesso conducono a sensazioni corporee, pensieri ed emozioni inconsapevoli.

*Body Scan*. Esercizio della passeggiata in strada. Esercizio del surf dell'impulso e discussione sul *craving*.

Meditazione della montagna.

**Sessione 3. "Mindfulness nella vita quotidiana"**

Viene presentata la pratica del respiro SOBER come modalità per ritornare al presente e riportare la consapevolezza al corpo, pratica che si può estendere alle situazioni e difficoltà quotidiane.

Consapevolezza dell'udire. Meditazione sul respiro. Spazio SOBER di respiro.

**Sessione 4. "Mindfulness nelle situazioni ad alto rischio"**

Ci si focalizza sull'essere presenti nelle situazioni o con le persone associate all'uso di sostanze o ad altri comportamenti reattivi per sperimentare gli impulsi senza reagire in modo automatico.

Consapevolezza del vedere. Meditazione seduta: osservazione di suoni, respiro, sensazioni, pensiero. Rischi di ricaduta individuali e comuni. Spazio SOBER di respiro in situazioni difficili.

**Sessione 5. "Accettazione e azione efficace"**

L'obiettivo è quello di coltivare una diversa relazione nei confronti delle esperienze sfidanti, quali sensazioni, emozioni o situazioni spiacevoli, attraverso l'accettazione consapevole di qualunque esperienza. Lo stesso movimento consapevole può aiutare a praticare consapevolezza e accettazione.

Meditazione seduta: osservare suoni, respiro, sensazioni, pensiero, emozioni. Spazio SOBER di respiro in coppia. Discussione su accettazione e azione efficace. Movimento consapevole.

**Sessione 6. "Vedere i pensieri come pensieri"**

Si osservano i pensieri che giocano un ruolo nel ciclo di ricaduta e quali sono i modi di lavorare con essi in maniera efficace.

Meditazione seduta: pensieri. Pensieri e ricaduta. Ciclo della ricaduta. Spazio SOBER di respiro. Preparazione alla conclusione del programma.

**Sessione 7. "Cura di sé e uno stile di vita equilibrato"**

Si cerca di identificare quegli aspetti, quelle attività della vita che ci aiutano a sentirci bene (*nourishing*) e quelli che sentiamo come non soddisfacenti e che ci espongono a maggior rischio (*depleting*).

Meditazione seduta. Amorevole gentilezza. Scheda delle attività quotidiane. Dove inizia la ricaduta? Spazio SOBER di respiro. Scheda promemoria.

**Sessione 8. "Supporto sociale e proseguimento della pratica"**

Nella sessione finale vengono riviste le abilità e le pratiche apprese e si affronta l'importanza di costruire un sistema di supporto sociale come un modo per ridurre il rischio.

*Body Scan*. L'importanza delle reti di supporto. Riflessioni sul programma. Propositi per il futuro. Meditazione conclusiva. Cerchio di meditazione conclusiva.

Ogni incontro è cominciato e terminato con un momento di meditazione: quello dell'inizio per promuovere una maggior consapevolezza e presenza all'interno del gruppo mentre quello finale per supportare la pratica quotidiana, invitandoli a concentrarsi su ciò che accadeva nel proprio corpo e intorno a sé affinché restassero con tale consapevolezza.

*Outcome clinici*

I risultati dei test sono relativi ai quattro detenuti che hanno completato il percorso.

<b>CBA – VE</b> <i>1ª somministrazione</i>		<b>CBA – VE</b> <i>2ª somministrazione</i>		<b>T.A.S.</b> <i>1ª somministrazione</i>		<b>T.A.S.</b> <i>2ª somministrazione</i>	
<b>1</b>	A	39	A	17	63 (alessitimia presente)	46	
	B	22	B	30			
	C	27	C	33			
	D	30	D	15			
	O	56	O	16			
<b>2</b>	A	31	A	13			
	B	26	B	35			
	C	20	C	32			
	D	45	D	13			
	O	37	O	14			
<b>3</b>	A	11	A	8			
	B	32	B	29			
	C	24	C	23			
	D	2	D	4			
	O	3	O	5			
<b>4</b>	A	18	A	1			
	B	19	B	32			
	C	18	C	31			
	D	23	D	2			
	O	27	O	3			

Legenda: A = ansia, B = benessere; C = percezione del cambiamento pos.; D = depressione; O = disagio.  
Toronto Alexithimia Scale-20, TAS-20 (Parker et al., 1993; Bagby et al., 1994 a,b)

All'inizio del percorso un soggetto presentava un'alessitimia positiva e dopo il percorso il valore era sceso sotto soglia. Gli altri tre soggetti presentavano un valore alessitimico sotto il cut-off sia al pre che al post trattamento.

*Cognitive Behavioural Assessment-Valutazione degli esiti, CBA-VE (Michielin et al., 2012)*

Considerata l'esiguità del campione, per valutare i punteggi pre e post trattamento non abbiamo effettuato un'analisi statistica ma abbiamo utilizzato i *range* di riferimento per ogni scala.

Uno dei partecipanti, i cui valori in tutte e quattro le scale erano nella norma prima del trattamento, sono rimasti tali anche dopo il trattamento. I restanti soggetti che avevano ottenuto al pre-trattamento un punteggio positivo per le scale che misurano l'ansia (A), la depressione (D) e il disagio (O), mostrano al post-trattamento valori al di sotto del cut-off.

Per ciò che riguarda la scala del cambiamento positivo (C), che valuta la capacità di poter affrontare le difficoltà e di ricevere sostegno dagli altri, un soggetto presenta valori nella norma sia nel pre che nel post trattamento, un altro ottiene al pre-trattamento un punteggio al limite della norma, passando al post-trattamento ad avere un valore nella norma. Un altro soggetto passa dall'aver un disagio (pre-trattamento) a valori nella norma (post-trattamento).

### Considerazioni finali

I detenuti che hanno completato il percorso hanno dimostrato interesse per quanto veniva loro proposto e da un confronto con gli stessi si è avuto modo di appurare che hanno appreso la metodologia facendola propria ed applicandola nel contesto delle loro vite in maniera appropriata.

Gli stessi risultati dei test pre e post trattamento segnalano un miglioramento nella capacità di regolazione emotiva, dei tratti ansiosi e depressivi dei detenuti.

L'esperienza effettuata nell'ambiente detentivo ha messo in evidenza alcune criticità, relative al contesto, nel regolare svolgimento del percorso:

- l'orario a nostra disposizione è risultato non sufficiente a svolgere tutto il protocollo previsto, soprattutto è mancato il tempo per approfondire ed elaborare i contenuti emersi e per la condivisione finale sull'esperienza svolta. Dalle due ore iniziali si è passati ad un'ora e quaranta minuti per esigenze organizzative della struttura;
- per motivi di spazio e contesto è stato difficoltoso effettuare la parte relativa al Movimento consapevole ed impossibile quella della Meditazione camminata;
- le esperienze di meditazione sono state talvolta rese difficoltose a causa delle interferenze sonore ambientali;
- è stato inoltre difficile per i partecipanti poter ascoltare i CD audio nella loro stanza per mancanza di lettore, per imbarazzo nei confronti del compagno di stanza, per condizioni logistiche che non permettevano uno spazio adeguato di raccoglimento. Questo ha comportato una scarsa adesione all'impegno di esercitazione infrasettimanale. Ma nonostante ciò il gruppo ha compreso il metodo, adeguandolo alle proprie esigenze, come se nell'isolamento vissuto e nelle condizioni quotidiane di pressione continua ciascuno avesse trovato un modo semplice per ritrovare se stesso ed evolvere. Il metodo maggiormente utilizzato è stata la meditazione, l'osservazione di pensieri ed emozioni, quel che era possibile effettuare anche senza l'utilizzo degli ausili.

Il problema della brevità degli incontri per l'organizzazione interna del carcere è stato tenuto in considerazione nella programmazione del successivo gruppo nel quale abbiamo apportato delle modifiche al protocollo, prevedendo più sedute e sostenendo la pratica infrasettimanale con delle sedute aggiuntive finalizzate a tale scopo.

### Gruppo MBRP Alta Sicurezza 2017

Nel 2017, alla luce della precedente esperienza positiva, abbiamo voluto replicare il protocollo MBRP, questa volta in Alta Sicurezza, una sezione della Casa di Reclusione di San Gimignano in cui sono riuniti i condannati per reati di tipo associativo, mafia, traffico di droga, sottoposti ad una sorveglianza più stretta rispetto ai detenuti comuni. Anche questi detenuti erano dipendenti da sostanze e con pena definitiva.

### Procedura, strumenti, metodi

I partecipanti a questo gruppo sono stati selezionati su base motivazionale, con le stesse modalità utilizzate per il gruppo precedente.

La conduzione del gruppo è avvenuta, come nella precedente esperienza, attraverso una co-conduzione, nella quale il dott. Ameglio ha svolto le attività meditative mentre la dott.ssa Cincinelli si è occupata della parte relativa alla prevenzione della ricaduta. Poter essere in due a condurre un gruppo MBRP rappresenta un'importante risorsa per osservare le dinamiche di gruppo. Il *setting* è stato simile a quello del primo gruppo (aula scolastica, i partecipanti seduti in maniera circolare). Al gruppo ha partecipato come osservatrice-partecipante la dott.ssa Tanzini che ha curato anche la somministrazione ed elaborazione dei test pre e post protocollo. Ha effettuato inoltre alcuni colloqui di sostegno psicologico nel post trattamento volti ad indagare sia il loro pensiero che il vissuto emotivo rispetto alla tipologia del gruppo.

L'obiettivo del progetto è stato anche quello di valutare se vi fosse un miglioramento clinico di sintomi come ansia e depressione e una differenza statisticamente significativa tra pre e post trattamento rispetto al *craving* e all'area dell'aggressività, considerando il comune coinvolgimento delle aree prefrontali tra *craving* ed aggressività (Wexler, 2001; Kaufman, 2003; Paulus, 2005; Grafman, 1996; Anderson, 1999; Raine, 2000). Inoltre si voleva valutare se l'approccio cognitivo-comportamentale basato sulla prevenzione della risposta avesse prodotto delle modificazioni nelle strategie di *coping* (Marlatt e Donovan, 2005). Al fine di osservare ciò sono stati somministrati i seguenti strumenti valutativi:

- *Buss Durkee Hostility Inventory* – BDHI (Buss e Durkee, 1975).

Lo strumento indaga non solo il tipo di aggressività, ma anche la modalità con cui viene manifestata, secondo l'ottica comportamentista.

- *Cocaina Craving Questionnaire* (Weiss et al., 1997).

Lo strumento misura il *craving* al momento attuale e nelle ultime 24 ore.

- *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale-MADRS*. (Montgomery e Asberg, 1979).

È adatta per la valutazione di pazienti adulti con sintomatologia depressiva di qualsiasi natura.

- *Self-Rating Anxiety Scale-SAS* (Zung, 1971). È una scala di autovalutazione della sintomatologia ansiosa intesa come l'ansia-stato SAS. Il periodo di riferimento è quello della settimana precedente l'intervista.
- *Brief Cope* (Carver, 1997). La scala si propone di valutare le caratteristiche del *coping* dei soggetti.

## Caratteristiche del campione

Il gruppo iniziale, gruppo chiuso, era composto da 13 detenuti di Alta Sicurezza, di cui 8 hanno completato il percorso. Le defezioni sono state dovute a motivi vari: un detenuto è stato momentaneamente trasferito in un altro Istituto, un altro presentava una patologia che non gli permetteva di stare seduto comodamente sulla sedia, un altro è stato declassificato, due sono risultati, nel corso del percorso, meno motivati ad un'esperienza di quel tipo.

Sesso: M

Età compresa tra i 37 e i 50 anni (M = 46; DS = 4,7)

Anni di scolarità compresi tra gli 8 e i 13 anni (M = 9 DS = 2)

Tipologia di sostanza: n. 3 cocaina quotidiana, n. 3 cocaina occasionale, n. 2 eroina quotidiana Anni di astinenza che varia da 1 anno a 14 anni (M = 7; DS = 4)

Anni di detenzione effettuati compresi tra 1 anno e 28 anni (M = 15; DS = 8)

## Le 10 sessioni del protocollo MBRP modificato

Per ovviare alle criticità emerse durante la precedente esperienza sono state apportate alcune modifiche al protocollo originario. Ci siamo presi questa libertà, confortati dalle parole riportate nella pagina 27 del suddetto manuale (Bowen, Chawla e Marlatt, 2013) che auspicano la continua evoluzione della MBRP ed incoraggiano la sperimentazione di adattamenti nell'applicazione a "specifiche popolazioni e situazioni".

L'esigenza di trattare un numero minore di tematiche e pratiche in ogni incontro, è stata affrontata trasformando il protocollo da 8 a 10 incontri, che sono stati peraltro realizzati inizialmente a cadenza quindicinale, inframezzati da incontri aggiuntivi di supporto alla pratica, ma che hanno prontamente assunto cadenza settimanale, accompagnati nella stessa settimana da un altro incontro aggiuntivo di supporto alla pratica. Si è cercato in questo modo di intensificare il processo di consapevolezza, che con quella tempistica poteva risultare troppo diluito nel tempo.

Le sessioni aggiuntive, basate sulla Meditazione seduta, il Movimento consapevole e la Meditazione camminata, erano tese ad incentivare e facilitare una pratica consapevole. Tali incontri sono stati condotti, sotto supervisione da Claudio Pupilli, nostro tirocinante che effettuava il Corso di *Mindfulness Counseling* tenuto presso l'Istituto "Lama Tzong Khapa" di Pomaia, al quale si è successivamente aggiunta la sua insegnante di Yoga Annalisa Favalli.

Gli argomenti trattati e le pratiche ed esercizi effettuati durante le sessioni sono i seguenti:

### Sessione 1. "Pilota automatico e ricaduta"

Aspettative del gruppo e regole fondamentali della privacy e riservatezza. Organizzazione e struttura del gruppo. Esercizio

dell'uvetta- pilota automatico e ricaduta. Che cos'è la *mindfulness*? Meditazione sul respiro (versione breve).

### Sessione 2. "Consapevolezza degli eventi scatenanti e del craving"

Meditazione sul respiro. Esercizio della passeggiata in strada. Esercizio del surf dell'impulso e discussione sul *craving*. Meditazione della montagna.

### Sessione 3. "Mindfulness nella vita quotidiana"

*Body Scan*. Esercizio di consapevolezza dell'ascoltare (meditazione sui suoni). Spazio di respiro SOBER. Meditazione sul respiro.

### Sessione 4. "Mindfulness nelle situazioni a rischio (I)"

Rischi di ricaduta individuali e comuni. Spazio di respiro SOBER nelle situazioni difficili. Meditazione sul respiro (30 minuti).

### Sessione 5. "Mindfulness nelle situazioni a rischio (II)"

Esercizio di consapevolezza del vedere. Spazio di respiro SOBER a coppie. Utilizzo dello spazio SOBER nelle situazioni difficili. Meditazione seduta: suoni, respiro, sensazioni, pensieri ed emozioni 30'.

### Sessione 6. "Vedere i pensieri come pensieri"

Meditazione seduta: i pensieri. Pensieri e ricaduta. Spazio di respiro SOBER focalizzando sui pensieri che emergono. Meditazione del Respiro.

### Sessione 7. "Cura di sé e stile di vita equilibrato"

Meditazione seduta: amorevole gentilezza. Il ciclo della ricaduta (*relapse*). Dove inizia la ricaduta. Scheda annotazione attività quotidiane

### Sessione 8. "Accettazione e azione efficace"

Meditazione suoni-respiro-sensazioni-pensieri-emozioni. Scheda del ciclo della ricaduta. Spazio di respiro SOBER a occhi aperti. Discussione su accettazione ed azione efficace. *Body Scan*.

### Sessione 9. "Riepilogo dei metodi"

Meditazione seduta: amorevole gentilezza. Scheda promemoria. Importanza reti di supporto. Respiro SOBER in situazioni difficili.

### Sessione 10. "Supporto sociale e proseguimento della pratica"

*Body Scan*. Riflessioni sul programma. Condivisione e questionario di valutazione del programma. Propositi per il futuro. Meditazione conclusiva. Cerchio di condivisione conclusiva.

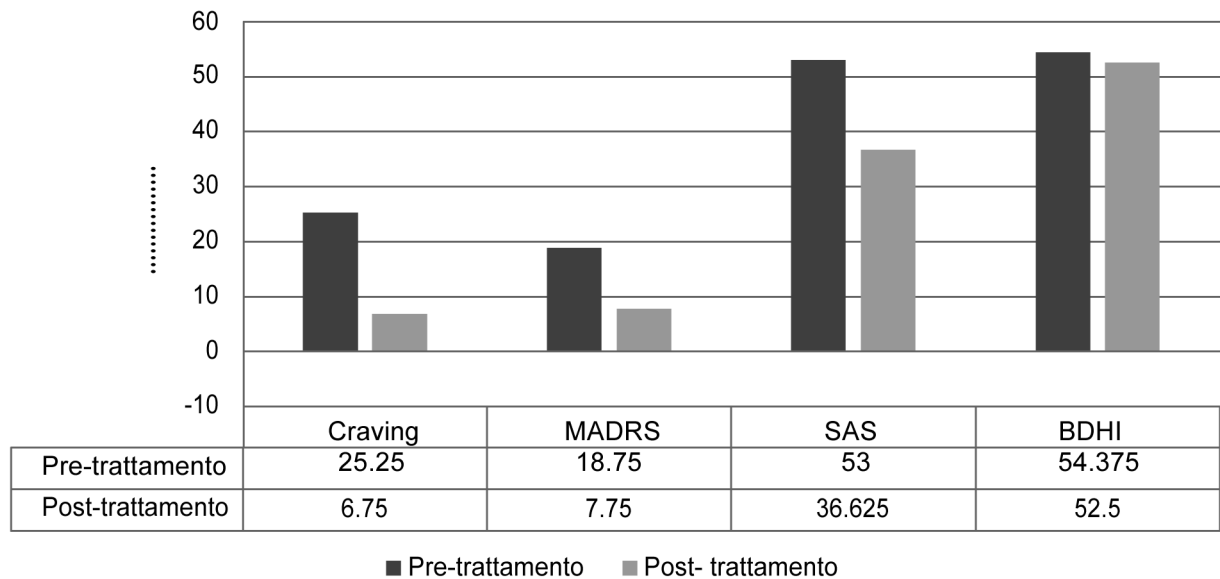
## Outcome clinici

Si può affermare che per ciò che riguarda il *craving*, desiderio di assumere la sostanza con riferimento al momento presente e nelle ultime 24 ore, si osserva una riduzione statisticamente significativa ( $p < .05$ ,  $t_{1,7} = 6,204$ ). Se ipotizziamo che il *craving* possa considerarsi un fattore per il rischio di ricaduta, possiamo affermare che l'aspettativa, per i soggetti che ne riportano una riduzione clinica significativa, sia negativa rispetto ad una ricaduta nell'uso delle sostanze.

Una differenza statisticamente significativa si osserva anche rispetto al miglioramento dei sintomi depressivi ( $p < .05$ ,  $t_{1,7} = 3,290$ ) ed ansiosi ( $p < .05$ ,  $t_{1,7} = 3,294$ ), come dimostrano numerosi studi scientifici basati sulla *mindfulness* (Bowen *et al.*, 2006). Non si osservano differenze statisticamente significative per ciò che riguarda il fattore aggressività ( $p = .598$ ,  $t_{1,7} = 0,552$ ). Data l'eterogeneità delle scale che valutano l'aggressività, sia quella attiva che passiva, il risultato potrebbe essere stato falsato. Sarebbe auspicabile correlare il *craving* separatamente sia all'aggressività etreo-diretta, sia intra-diretta.

Per quanto attiene il test *Brief Cope* (Carver, 1997) è stata calcolata la frequenza media nella tipologia di risposta di ogni scala

## Outcome clinici



che compone il test. Si sono registrate delle differenze per ciò che riguarda le scale di uso di sostanze, accettazione, pianificazione, autoaccusa.

In particolare per ciò che riguarda la scala "Uso di sostanze" affermano di aver fatto uso di sostanze abbastanza spesso per superare momenti difficili e per sentirsi meglio, mentre al post-trattamento affermano di ritenere che questo comportamento non sia utile al fine di risolvere i problemi.

- Per la scala "Accettazione" al pre-trattamento dicono che poche volte hanno accettato la realtà dei fatti accaduti se questi erano elementi di disturbo, bensì si rifiutavano di farci i conti. Al post-trattamento affermano che sarebbe assolutamente utile imparare a convivere con ciò che non si può cambiare.
- Per la scala "Pianificazione" al pre-trattamento affermano di non aver mai cercato una strategia prima di passare all'azione, mentre al post-trattamento ritengono che sia abbastanza utile pensare prima a quali mosse fare per affrontare una situazione.
- Per la scala "Autoaccusa" riferiscono al pre-trattamento di non avere mai fatto dell'autocritica per situazioni accadute che li coinvolgevano ma se ne sono sempre tirati fuori facendo sì che fossero gli altri a risolverle; al post-trattamento ritengono abbastanza utile poter capire di avere delle eventuali responsabilità negli accadimenti.

### Considerazioni finali

L'esperienza con questo secondo gruppo, con le modifiche apportate al protocollo e l'inserimento degli incontri di pratica, che ha permesso di ovviare alle criticità riscontrate nel primo gruppo, è risultata positiva, sia considerando gli *outcome* clinici sia basandoci sul confronto diretto con i partecipanti. Lo scetticismo iniziale, la difficoltà a capire di cosa trattasse il gruppo esattamente, hanno lasciato pian piano il posto ad una progressiva apertura e curiosità verso ciò che stavamo facendo. Nel prosieguo degli incontri si è via via creato un clima di gruppo in cui i partecipanti hanno avvertito di poter parlare delle proprie fragilità relative alla dipendenza.

Siamo certamente consapevoli dell'impossibilità di verificare direttamente possibili episodi di *relapse* in entrambi i gruppi, considerata l'astensione forzata dovuta al contesto; abbiamo potuto però valutare i loro progressi negli atteggiamenti tramite i colloqui individuali che sono stati svolti successivamente agli incontri (come è avvenuto nel primo gruppo). Alcuni hanno riferito di essere stati meno impulsivi, migliorando l'autoregolazione emozionale ed altri hanno anche utilizzato alcuni strumenti *Mindfulness* (Spazio di respiro SOBER, *Body Scan*) nelle situazioni potenzialmente a rischio nella vita quotidiana, meravigliandosi dei risultati raggiunti.

### Gruppo "Liberi di scegliere" 2017-2018

Per evitare che il percorso effettuato insieme terminasse con la fine del protocollo e tenuto conto della loro positiva adesione, abbiamo ritenuto utile proseguire l'esperienza grupale con gli stessi detenuti, aprendolo anche ad altri che fossero interessati; al gruppo originario si sono aggiunti altri tre detenuti.

Il nostro obiettivo era quello di lavorare in continuità con il percorso appena concluso, impostando un programma che comprendesse sia tematiche generali di probabile interesse per loro, sia concetti provenienti dalla MBRP, abbinati alla meditazione. Lo stesso nome trovato per il gruppo ha voluto significare l'apertura ad nuova visione di sé, volta ad un processo di cambiamento personale.

L'effettivo svolgimento degli incontri ci ha permesso di seguire lo schema da noi predisposto, con un cronoprogramma che abbiamo comunque reso più interattivo ed aperto ad accogliere tematiche che emergevano direttamente da alcuni di loro.

Per cui, partendo da concetti *Mindfulness* quali ad esempio l'accettazione e la compassione, abbiamo introdotto argomenti come la paternità, la trasgressione, la gestione della rabbia e della frustrazione. I componenti hanno apportato un contributo continuo e vivace, evidenziando il bisogno di dare voce a parole ed emozioni che non trovavano modo di esprimere in altro modo.

Detenuti che durante il colloquio individuale non riuscivano a veicolare informazioni su di sé che non passassero necessariamente da richieste di aiuto rispetto ad istanze di vario genere, all'interno del contesto gruppo sono riusciti a parlare di se stessi in termini personali ed emotivi.

Il dispositivo gruppale ha consentito di contenere e trasformare i vissuti portati dai singoli individui, favorendo una possibilità di cambiamento e di crescita e valorizzando le specificità di ognuno.

## Bibliografia

- Ameglio M., Cincinelli B., Severini I. (2014). Trattamento psico-comportamentale del tabagismo: un paradigma per le altre dipendenze. In: Ameglio M., Bosi S. (a cura di). *Reti e Comunità. Dalla Pianificazione Regionale alla Programmazione Aziendale di interventi di prevenzione e cura sul tabagismo e gli altri stili di vita. Guida per Operatori*. Pisa: Pacini Editore.
- Anderson S.W., Bechara A., Damasio H., Tranel D., Damasio A.R. (1999). Impairment of sociale and moral behavior related to early damage in human prefrontal cortex. *Nature Neuroscience*, 2: 1032-1037. doi: 10.1038/14833.
- Bagby R.M., Parker J.D.A., Taylor G.J. (1994 a). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38: 23.
- Bagby R.M., Taylor G.J., Parker J.D.A. (1994b). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale II. Convergent, discriminant and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38: 29.
- Bowen S., Chawla N., Marlatt G.A. (2011). *Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addiction Behaviors*. New York: Guilford Press.
- Bowen S., Chawla N., Marlatt G.A. (2013). *Mindfulness e comportamenti di dipendenza. Guida pratica per la prevenzione delle ricadute*. Milano: Raffaello Cortina .
- Bowen S., Witkiewitz K., Dillworth T., Chawla N., Simpson T., Ostafn B., Larimer M.E., Blume A., Parks G., Marlatt G.A. (2006). Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20: 343-343.
- Buss A.H., Durkee A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Consulting Psychology*, 21: 343-349. doi: 10.1037/h0046900.
- Caretti V., Craparo G., Schimmenti A. (2008). Psicodinamica delle dipendenze patologiche. *Nóσς*, 2: 107-116.
- Carver C.S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4: 92. doi: 10.1207/s15327558ijbm0401\_6.
- Daley D.C., Marlatt G. A. (2006). *Overcoming Your Alcohol or Drug Problem. Effective Recovery Strategies*. New York: Oxford University Press.
- Fogel C.I. (1993). Hard time: The stressful nature of incarceration for women. *Issues in Mental Health Nursing*, 14: 367-377. doi: 10.3109/01612849309006900.
- Grafman J., Schwab K., Warden D., Pridgen A., Brown H.R., Salazar A.M. (1996). Frontal lobe injuries, violence, and aggression. A report of the Vietnam head injury study. *Neurology*, 46: 1231-1238. doi: 10.1212/WNL.46.5.1231.
- Hayes S.C., Strosahl K.D., Wilson K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change*. New York: Guilford Press.
- Hinnenenthal I.M., Cibin M. (2011). *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e cocaina. Il modello Soranzo*. Torino: SEEd.
- Kabat-Zinn J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York: Delacorte.
- Kaufman J.N., Ross T.J., Stein E.A., Garavan H. (2003). Cingulate hypoactivity in cocaine users during a GO-NO-GO task as revealed by event-related functional magnetic resonance imaging. *Journal of Neuroscience*, 23: 7839-7843.
- Marlatt G.A., Donovan D.M. (2005). *Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Relapse Prevention*. New York: Guilford Press.
- Marlatt G.A., Parks G., Witkiewitz K. (2002). *Clinical Guidelines for Implementing Relapse Prevention Therapy. A Guideline Developed for the Behavioral Health Recovery Management Project*. Washington, DC: University of Washington.
- Marlatt G.A., Gordon J.R. (1985). *Relapse prevention: maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Michielin P., Bertolotti G., Sanavio E., Vidotto G., Zotti A.M. (2012). *Manuale d'uso del CBA-VE*. Università degli Studi di Padova, — testo disponibile al sito: [http://www.ordpsicologier.it/public/genpags/biggs/manuale\\_CBAVE.pdf](http://www.ordpsicologier.it/public/genpags/biggs/manuale_CBAVE.pdf).
- Miller W.R., Rollnick S. (1994). *Il colloquio motivazionale. Tecniche di counseling per problemi di alcol e altre dipendenze*. Trento: Edizioni Centro Studi Erikson.
- Montgomery S.A., Asberg M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *British Journal of Psychiatry*, 134: 382. doi: 10.1192/bjpp.134.4.382.
- Parker J.D.A., Bagby R.M., Taylor G.J., Endler N.S., Schmitz P. (1993). Factorial validity of the twenty-item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*, 7: 221. doi: 10.1002/per.2410070403.
- Parker J.D.A., Wood L.M., Bond B.J., Shaughnessy P. (2005). Alexithymia in young adulthood: a risk factor for pathological gambling. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75: 51-55. doi: 10.1159/000082027.
- Paulus M.P., Tapert S.F., Schuckit M.A. (2005). Neural activation patterns of methamphetamine-dependent subjects during decision making predict relapse. *Archives of General Psychiatry*, 62: 761-768. doi: 10.1001/archpsyc.62.7.761.
- Perkins R. (1998). The efficacy of mindfulness-based techniques in the reduction of stress in a sample of incarcerated women. Thesis (Ph.D.). Florida State University.
- Prochaska J.O., Di Clemente C.C. (1986). Toward a comprehensive model of change. In: Miller W.R., Heather N. (Eds.). *Treating addictive behaviours Processes of change* (pp. 3-27). New York: Plenum Press.
- Raine A., Lencz T., Bihrlé S., Lacasse L., Colletti P. (2000). Reduced prefrontal gray matter volume and reduced automatic activity in Antisocial Personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57: 119-127.
- Segal Z.V., Williams J.M.G., Teasdale J.D. (2002). *Mindfulness based cognitive behavioral therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Taylor G. J., Parker J.D., Bagby R.M. (1990). A preliminary investigation of alexithymia in men with psychoactive substance dependence. *Am J Psychiatry*, 147: 1228-1230. doi: 10.1176/ajp.147.9.1228.
- Uzun O., Ates A., Cansever A., Ozsahin A. (2003). Alexithymia in male alcoholics: study in a Turkish sample. *Compr Psychiatry*, 44: 349-352. doi: 10.1016/S0010-440X(03)00009-9.
- Weiss R.D., Griffin M.L., Cathryn Hufford B.A., Muenz L.R., Najavits L.M., Jansson S.B., Kogan J., Thompson H.J. (1997). Early Prediction of Initiation of Abstinence From Cocaine. Use of a Craving Questionnaire. *American Journal of Addictions*, 6: 224- 231. doi: 10.1111/j.1521-0391.1997.tb00401.x.
- Wexler B.E., Gottschalk C.H., Fulbright R.K., Prohovnik I., Lacadie C.M., Rounsaville B.J., Gore J.C. (2001). Functional magnetic resonance imaging of cocaine craving. *American Journal of psychiatry*, 158: 86-95. doi: 10.1176/appi.ajp.158.1.86.
- Witkiewitz K., Marlatt G.A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was Zen, this is Tao. *American Psychologist*, 59: 224-235. doi: 10.1037/0003-066X.59.4.224.
- Zung W.W.K. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12: 371. doi: 10.1016/S0033-3182(71)714790.