

L'evoluzione del trattamento della dipendenza da cocaina: dalla psicoanalisi al costruttivismo

Luca Rossi*, Eleonora Carlino**

SUMMARY

■ *The psychotherapeutic treatment of cocaine addiction has undergone significant transformations over time, moving from theoretical models rooted in psychoanalysis to psychotherapeutic interventions based on a more recent constructivist cognitive approach.*

This article aims to examine the historical evolution of therapeutic approaches, emphasizing the theoretical and methodological differences and discussing the clinical implications of the various perspectives. ■

Keywords: *Psychotherapeutic treatment of cocaine addiction, Psychoanalysis, Constructivist cognitive approach.*

Parole chiave: *Trattamento psicoterapeutico della dipendenza da cocaina, Psicoanalisi, Approccio cognitivo costruttivista.*

Introduzione

Il trattamento della dipendenza da cocaina rappresenta una delle sfide più complesse nel campo della salute mentale e della psicoterapia.

Si parla infatti di una dipendenza caratterizzata da forte craving, legata a perdita di controllo e se protratta nel tempo a compromissione significativa delle funzioni psicologiche, sociali e lavorative (Volkow *et al.*, 2015).

Nel corso del tempo, il trattamento di questa dipendenza ha visto l'emergere di paradigmi teorici diversi, riflettendo il carattere dinamico e complesso della dipendenza stessa.

Questo articolo esplora come gli approcci psicoanalitici abbiano gettato le basi per una comprensione della dipendenza, per poi seguire con differenti e più recenti modelli come quelli cognitivo-comportamentali e costruttivisti.

L'approccio psicoanalitico nel trattamento dell'uso di cocaina

Le prime teorizzazioni sul trattamento della dipendenza da cocaina si svilupparono proprio nel contesto della psicoanalisi classica.

Sigmund Freud stesso utilizzò la cocaina nel suo lavoro psicoanalitico e ne sottolineò le proprietà terapeutiche, fino al momento in cui divennero evidenti gli effetti di dipendenza legati all'uso della sostanza (Freud, 1884/1984).

Secondo l'interpretazione psicoanalitica tradizionale la dipendenza è un'espressione di conflitti inconsci irrisolti del pazien-

te, spesso legati a dinamiche di attaccamento e/o traumi infantili non portati alla consapevolezza (Khantzian, 1985).

L'uso di cocaina avrebbe quindi una funzione automedica (Khantzian, 1997) e seguirebbe un tentativo inconscio da parte del paziente di alleviare il proprio dolore emotivo derivante da vulnerabilità psicologiche sottostanti (come depressione, ansia o sentimenti di inadeguatezza).

La terapia psicoanalitica tradizionalmente ha come obiettivo quello di esplorare queste dinamiche, attraverso tecniche come il transfert e l'interpretazione delle motivazioni legate all'uso della sostanza.

Gli approcci psicoanalitici si sono, in alcuni casi, rivelati inadeguati ad affrontare i sintomi acuti della dipendenza, data la loro necessità di durare per tempi prolungati e la mancanza di strumenti pratici per gestire fasi che richiedono interventi tempestivi come i craving e le ricadute (Crits-Christoph *et al.*, 1999).

Il metodo dei 12 passi

Negli anni 30 nasce, all'interno della realtà degli Alcolisti Anonimi, il modello dei 12 passi che combina elementi spirituali e pratici e si basa su un programma strutturato in 12 passaggi volti a favorire il recupero personale utilizzando il supporto reciproco e la crescita spirituale (Alcoholics Anonymous, 2001).

Attualmente è un approccio molto utilizzato a livello globale per affrontare le dipendenze, inclusa quella da cocaina.

Il modello si avvale di una struttura gruppale; i partecipanti condividono le loro esperienze, offrono aiuto a chi è agli inizi del percorso e ritrovano motivazione reciproca.

Per garantirne l'efficacia devono essere rispettati alcuni fondamentali elementi di seguito elencati:

1. Ammissione della dipendenza dalla sostanza: i partecipanti riconoscono la propria dipendenza come tale.

* Psicologo, psicoterapeuta, SC Psicologia AF Dipendenze ASL TO3.

** Psicologa, SC Psicologia AF Dipendenze ASL TO3.

2. Fiducia nella forza del gruppo: vengono incoraggiate la connessione e la collaborazione tra il soggetto ed il gruppo.
3. Riflessione morale e aumento di consapevolezza: i partecipanti riflettono sulle proprie azioni e sulle loro conseguenze, cercando di identificare i fattori che alimentano la dipendenza.
4. Riparazione del danno e responsabilità personale: viene incentivato il contatto con le persone che hanno vissuto indirettamente la dipendenza del soggetto e le sue conseguenze, per dare alla persona la possibilità di riparare le relazioni ed affrontare le emozioni correlate.

La letteratura conferma che una partecipazione regolare agli incontri è associata ad un significativo miglioramento dell'astinenza, anche a lungo termine (Kelly *et al.*, 2017).

La relazione con gli altri membri del gruppo e la connessione che si crea tra i partecipanti hanno inoltre una grande importanza nel diminuire il senso di isolamento spesso associato alla dipendenza.

Per quanto riguarda i possibili limiti di questo modello, viene criticata l'eccessiva enfasi posta sul raggiungimento dell'astensione totale in quanto in contrasto con modelli più recenti che contemplano la riduzione del danno come obiettivo d'elezione per questo tipo di trattamenti (Tonigan *et al.*, 2003).

In un'ottica di intervento completo e complesso, oggi il modello dei 12 passi viene integrato con altri interventi psicoterapeutici – come la terapia cognitivo-comportamentale o la Terapia Metacognitiva Interpersonale, per affrontare non solo il comportamento di dipendenza, ma anche i processi psicologici sottostanti.

Questa combinazione può massimizzare i benefici del supporto collettivo ed offrire ai pazienti un trattamento più completo e multidimensionale.

Gli approcci cognitivo-comportamentali

Nella storia dell'evoluzione del trattamento della dipendenza da cocaina nel tempo, negli anni '60/'70 si osserva il passaggio da un approccio psicanalitico ad uno sempre più di stampo cognitivista, in linea con l'evoluzione del tempo del modo di concepire la mente umana.

Il focus si sposta quindi dalla ricerca dei contenuti inconsci alla modifica dei comportamenti disfunzionali, in ottica cognitivo-comportamentale.

L'approccio cognitivo comportamentale (CBT) sostiene infatti che siano i pensieri automatici e le false credenze a mantenere il comportamento di dipendenza ed è su questi che si pone l'obiettivo di lavorare (Beck *et al.*, 1993).

Tutt'oggi, nel trattamento della dipendenza da cocaina, la CBT lavora sulla identificazione e sul riconoscimento degli elementi trigger (situazioni, emozioni o pensieri che scatenano il comportamento d'uso), sull'aumento delle strategie di coping per gestire il craving, sulla ristrutturazione cognitiva (modificando le distorsioni cognitive che possono portare all'uso della sostanza) e sulla acquisizione di nuove strategie per affrontare situazioni a rischio di ricaduta (Beck *et al.*, 1993).

Per quando riguarda la prevenzione delle ricadute, la CBT normalizza con il paziente la possibilità delle ricadute sottolineando che un episodio di uso non equivale a un fallimento totale, ma può essere un'opportunità per comprendere e aumentare consapevolezza sui propri trigger e sulle proprie risorse (Beck *et al.*, 1993).

La letteratura ha dimostrato l'efficacia della CBT nel trattamento dell'uso di cocaina evidenziandone come limite l'enfasi sulla

dimensione razionale e comportamentale, che rischia di non tenere conto della complessità dell'esperienza individuale legata alla dipendenza da sostanza (Carroll & Kiluk, 2017).

L'approccio della Dialectical Behavior Therapy (DBT) e la Mindfulness nel trattamento della dipendenza da cocaina

Negli ultimi anni, la Dialectical Behavior Therapy (DBT) e le pratiche di mindfulness hanno iniziato a ricoprire un posto di rilevanza nel trattamento della dipendenza da cocaina, nello specifico con pazienti che presentano comorbidità con disturbi di personalità, disregolazione emotiva e impulsività (Linehan, 1993), offrendo strumenti pratici per affrontare i meccanismi emotivi e cognitivi che mantengono il ciclo di dipendenza.

La DBT nasce con gli studi di Marsha Linehan sul trattamento del disturbo borderline di personalità e viene successivamente adattata ad altri contesti di cura, incluso quello delle dipendenze. La DBT combina principi della terapia cognitivo-comportamentale con pratiche di accettazione (ACT) e tecniche di regolazione emotiva.

L'approccio DBT incentiva ad accettare la propria esperienza emotiva legata alla dipendenza, mentre si lavora attivamente per cambiare comportamenti disfunzionali legati all'uso della sostanza (Bornovalova *et al.*, 2012).

Si lavora principalmente sulla regolazione emotiva, aiutando il paziente ad apprendere nuove strategie di comprensione e gestione delle proprie emozioni, riducendo il rischio di virare sulla sostanza come strategia di coping.

L'intervento è anche incentrato sulla tolleranza della frustrazione legata al non poter usare la sostanza e sull'acquisizione di strategie alternative per affrontare momenti di forte stress emotivo.

L'obiettivo è quello di aumentare il senso di autoefficacia del paziente, migliorando le proprie relazioni sociali e riducendo il senso di isolamento che rischia di aumentare la dipendenza dalla sostanza, in un ciclo che si autoalimenta (Linehan, 1993).

Tra gli strumenti della DBT troviamo la mindfulness utilizzata per aiutare i pazienti ad aumentare la consapevolezza e la connessione con i propri pensieri, emozioni e comportamenti impulsivi che possono essere legati all'uso della sostanza (Kabat-Zinn, 1990).

Il protocollo Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP), ad esempio, si concentra sulla riduzione del craving e sulla prevenzione delle ricadute nelle dipendenze da sostanza, agendo sull'aumento della capacità di riconoscere i comportamenti legati al craving, sul fornire strumenti di gestione dello stress e sull'aiutare il paziente a non identificarsi con i propri pensieri, riconoscendoli come prodotti della mente diversi dalla realtà (Kabat-Zinn, 1990).

Diversi studi hanno dimostrato l'efficacia della DBT nel ridurre l'uso di sostanze, migliorare la regolazione emotiva e aumentare la motivazione al cambiamento.

Un limite può essere riscontrato nei lunghi tempi di applicazione del metodo e nelle risorse necessarie non sempre presenti nei diversi contesti di cura (Bornovalova *et al.*, 2012).

La Terapia Metacognitiva Interpersonale (TMI)

La Terapia Metacognitiva Interpersonale (Dimaggio *et al.*, 2007) nasce per trattare disturbi psicopatologici complessi, inclusi i comportamenti di dipendenza.

Questo approccio integra i principi dell'approccio cognitivo costruttivista e pone un'attenzione particolare ai processi metacognitivi, ovvero alla capacità del soggetto di riflettere sui propri stati mentali e su quelli altrui.

Questa abilità metacognitiva è, secondo la TMI, elemento centrale nell'eventuale sviluppo di una dipendenza.

La dipendenza è vista infatti come il risultato di schemi interpersonali rigidi che rendono difficile il riconoscimento da parte del paziente delle proprie emozioni e di quelle degli altri.

L'incomprensione dei propri stati emotivi e altrui può portare il paziente ad utilizzare la sostanza, in questo caso la cocaina, come strategia per controllarli o regolarli e per affrontare la propria sofferenza emotiva.

Dati questi presupposti, la TMI si pone l'obiettivo di aiutare il paziente ad aumentare la consapevolezza sulle proprie abilità metacognitive e di fornire maggiori strumenti di riconoscimento e regolazione delle proprie emozioni (Dimaggio *et al.*, 2007).

Nello specifico la TMI lavora con il paziente per riconoscere i suoi schemi interpersonali disfunzionali protratti nel tempo, identificare i modelli relazionali ricorrenti e le loro eventuali conseguenze sull'uso della sostanza.

Il paziente, insieme al terapeuta, impara a osservare e descrivere le proprie emozioni, pensieri e impulsi, riprendendo senso di autoefficacia e allontanandosi da comportamenti automatici.

La TMI fornisce strategie per affrontare emozioni difficili in modo adattivo e aiuta il paziente a costruire nuove narrazioni personali.

In linea con l'approccio costruttivista la TMI lavora, infatti, sulla co-costruzione insieme al paziente di una narrativa più complessa e flessibile del sé e del proprio comportamento che permetta di affrontare le difficoltà, senza ricorrere a strategie disfunzionali e distruttive.

Studi recenti dimostrano come questo approccio possa migliorare significativamente la capacità di autoregolazione emotiva, soprattutto in pazienti con profonde difficoltà nella gestione delle emozioni, favorendo una riduzione dell'uso di cocaina (Dimaggio *et al.*, 2015).

Nella TMI, così come nell'approccio cognitivo costruttivista, la relazione terapeutica ha un ruolo centrale. Il terapeuta collabora, aiutando il paziente a esplorare le proprie esperienze in assenza di giudizio.

Questo processo relazionale favorisce la creazione di uno spazio sicuro in cui il paziente può iniziare a sviluppare nuovi modi di relazionarsi a sé e agli altri, promuovendo un cambiamento duraturo (Guidano *et al.*, 1983).

L'approccio terapeutico cognitivo costruttivista relazionale

Il trattamento rivolto al paziente con uso/abuso di cocaina basato sulla psicoterapia cognitivo costruttivista relazionale si fonda su di un approccio integrato che contempla vari aspetti psicologici e sociali legati all'uso della sostanza.

Il modello terapeutico combina il cognitivismo, che analizza l'influenza dei pensieri nel determinare il comportamento ed il costruttivismo che studia come la realtà sia costruita dalla percezione individuale e dai significati che attribuiamo agli eventi. Inoltre, l'orientamento relazionale ha una duplice finalità: la relazione come strumento nel processo di cambiamento ed in parallelo come tema trattato ed analizzato in seduta con il paziente.

L'approccio utilizza una serie di strategie operative che ne delineano l'orientamento e l'intervento. La ristrutturazione cognitiva si pone come obiettivo quello di aiutare il paziente ad identificare e modificare i pensieri disfunzionali legati all'uso della co-

caina spesso fondati su convinzioni irrazionali o distorte ("Non posso farcela senza la cocaina" o "La cocaina mi aiuta a gestire il dolore") con l'obiettivo di aiutare progressivamente il paziente a sostituirle con pensieri più positivi e connotati con la realtà.

L'esplorazione delle narrazioni personali, basata sull'approccio costruttivista e fondata sull'idea che ogni individuo costruisca la propria realtà attraverso storie e significati personali, vede nell'uso della sostanza una strategia messa in atto dal paziente per fronteggiare esperienze traumatiche, situazioni aggravate da alti livelli di stress o difficoltà relazionali.

Il lavoro del terapeuta si fonda su di una progressiva esplorazione dell'esperienza di vita del soggetto evidenziando come sovente le proprie narrazioni interne contribuiscano al comportamento di dipendenza.

Perno portante dell'intervento è la relazione che viene progressivamente a definirsi tra terapeuta e paziente.

Offrendo al soggetto in trattamento uno spazio unico ed esclusivo connotato da accettazione, comprensione, astensione dal giudizio viene, con il procedere degli incontri, a svilupparsi un contesto in cui il paziente può permettersi di valutare ed analizzare assieme al terapeuta la relazione sperimentata durante i colloqui, definita da dinamiche messe in atto spesso inconsapevolmente ed agiti derivanti da strategie di coping disfunzionali. Partendo da tali presupposti si opera in parallelo sullo sviluppo di nuove abilità di coping più funzionali ed efficaci nella quotidianità del soggetto, fondate sul riconoscimento e gestione delle emozioni con l'obiettivo progressivamente di sostituirle all'uso della sostanza.

Sovente il contesto terapeutico definisce una delle prime esperienze di condivisione narrata dell'uso di cocaina che il paziente sperimenta con un'altra persona.

Difficile che possa fare lo stesso in un ambiente familiare o di amici in relazione al timore nell'essere giudicato o svalutato.

Ulteriore aspetto cruciale della psicoterapia cognitivo-costruttivista è l'intervento mirato sulla motivazione del paziente, fondato sul processo di cambiamento attraverso un'esplorazione dei desideri, dei valori e dei significati legati alla vita ed alla quotidianità in assenza di cocaina.

Nel trattamento viene dedicato uno spazio alla prevenzione di future ricadute.

L'utilizzo di strumenti pratici acquisiti durante il percorso terapeutico si fonda sull'identificazione di segnali di allarme, come stati emotivi o situazioni sociali che possano innescare il desiderio di usare la sostanza.

Il paziente passa progressivamente dall'essere spettatore passivo a regista attivo della propria vita identificando strategie e modalità alternative più sane ed egosintoniche.

Conclusioni

L'evoluzione dei trattamenti psicoterapeutici per la dipendenza da cocaina evidenzia una progressiva integrazione tra modelli teorici e pratiche terapeutiche: dai primi approcci psicoanalitici, fino alle terapie evidence-based come la CBT, la DBT, l'approccio costruttivista e le tecniche di mindfulness.

L'approccio psicoanalitico ha posto l'accento sui fattori inconsci e sulle relazioni precoci che contribuiscono allo sviluppo della dipendenza, come illustrato nei lavori di Freud (1920) e Winnicott (1965).

Sebbene innovativo per l'epoca, questo modello ha mostrato limiti nella gestione diretta dei sintomi e nella prevenzione delle ricadute.

L'introduzione della CBT si è dimostrata efficace nel ridurre il craving e nell'insegnare ai pazienti tecniche di coping, ma po-

trebbe risultare meno flessibile rispetto ad approcci più recenti come il costruttivismo e la DBT (Carroll & Kiluk, 2017).

La Dialectical Behavior Therapy (Linehan, 1993), particolarmente utile per i pazienti con comorbidità, come il disturbo borderline di personalità, ha dimostrato di ridurre i comportamenti impulsivi e favorire la stabilità emotiva (Bornovalova et al., 2012).

La mindfulness, incorporata in vari approcci terapeutici come la Mindfulness-Based Relapse Prevention (MBRP) (Bowen et al., 2014), si è dimostrata efficace nel gestire il craving e prevenire le ricadute, offrendo un complemento utile alle terapie più strutturate.

Parallelamente, l'approccio dei 12 passi ha sottolineato il valore del gruppo come risorsa per affrontare la dipendenza (Alcoholics Anonymous, 2001; Kelly et al., 2017).

Sebbene non privo di critiche, rimane uno strumento fondamentale, soprattutto se integrato con altre terapie.

L'approccio costruttivista, con strumenti come la Terapia Metacognitiva Interpersonale (Dimaggio et al., 2007), si concentra sulla comprensione delle narrazioni personali e delle dinamiche interpersonali che mantengono la dipendenza.

Questo modello risponde alla necessità di trattamenti più personalizzati, capaci di adattarsi alla complessità delle storie individuali.

L'approccio cognitivo costruttivista relazionale si fonda sull'idea che la realtà sia costruita attraverso le interpretazioni individuali della persona.

Il comportamento di abuso viene visto come una risposta a determinate situazioni, esperienze passate a fronte delle quali la persona ha costruito propri schemi cognitivi, significati e strategie di azione per sopravvivere.

In tale contesto, il terapeuta esplora come queste strategie influenzino il comportamento del paziente e mantengano la relazione con la sostanza.

La base relazionale del modello enfatizza l'importanza delle dinamiche interpersonali nel trattamento e nella comprensione della dipendenza.

L'interazione tra il terapeuta e il paziente diventa uno spazio in cui i processi interni vengono esplorati, per comprendere come le relazioni passate e presenti influenzano l'uso della cocaina. Esperienze di attaccamento precoci, relazioni familiari e sociali possono contribuire a modalità disfunzionali di gestione delle emozioni e incentivare l'uso di cocaina per cercare di dare significato a un malessere che non si comprende.

L'obiettivo del trattamento è permettere al paziente di costruire una nuova narrazione personale che ridia un significato alla propria vita, senza la necessità di utilizzare la sostanza, esplorando nuove visioni di sé e nuovi modi futuri possibili di stare al mondo.

Riferimenti bibliografici

- Alcoholics Anonymous (2001). *Alcoholics Anonymous: The story of how many thousands of men and women have recovered from alcoholism* (4th ed.). New York: Alcoholics Anonymous World Services.
- Beck A.T. (2011). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Beck A.T., Wright F.D., Newman C.F., Liese B.S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.
- Bornovalova M.A., Daughters S.B., Hernandez G.D., Richards J.B., Lejuez C.W. (2012). Differences in impulsivity and risk-taking propensity between primary users of crack cocaine and primary users of heroin in a residential substance-use program. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 13(4): 311-318. Doi: 10.1037/1064-1297.13.4.311.

- Bowen S., Chawla N., Marlatt G.A. (2014). *Mindfulness-Based Relapse Prevention for Addictive Behaviors: A Clinician's Guide*. New York: Guilford Press.
- Carroll K. M., & Kiluk B. D. (2017). Cognitive behavioral interventions for alcohol and drug use disorders: Through the stage model and back again. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(8): 847-861. Doi: 10.1037/adb0000311.
- Caretti V., La Barbera D. (2005). *Addiction e relazioni interpersonali: Modelli psicodinamici e neuroscienze*. Roma: Giovanni Fioriti.
- Cocaine Anonymous World Services (2016). *Hope, faith, & courage: Stories from the fellowship of Cocaine Anonymous* (3rd ed.). Los Angeles, CA: Cocaine Anonymous World Services, Inc.
- Cohen L., Lindy L. (2003). Cognitive-behavioral therapy for substance use disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17(4): 343-357.
- Crits-Christoph P., Siqueland L., Blaine J., Frank A. (1999). Psychosocial treatments for cocaine dependence: National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Archives of General Psychiatry*, 56(6): 493-502.
- Dimaggio G., Popolo R., Montano A., Salvatore G. (2015). Metacognitive interpersonal therapy for personality disorders: A case study. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 45: 235-245. Doi: 10.1007/s10879-015-9300-7.
- Dimaggio G., Semerari A., Carcione A., Nicolò G., Procacci M. (2007). *Psicoterapia metacognitiva interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina.
- Freud S. (1920). Beyond the pleasure principle. In: J. Strachey (Ed. & Trans.). *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 7-64). London: Hogarth Press.
- Freud S. (1984). *On cocaine*. (Original work published 1884). London: Penguin Classics.
- Guidano V.F., Liotti G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders: A structural approach to psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Kabat-Zinn J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delacorte.
- Kelly J.F., Humphreys K., Ferri M. (2017). Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11), CD012880. Doi: 10.1002/14651858.CD012880.pub2.
- Khantzian E.J. (1985). The self-medication hypothesis of addictive disorders: Focus on heroin and cocaine dependence. *American Journal of Psychiatry*, 142(11): 1259-1264.
- Khantzian E.J. (1997). *Treating addiction as a human process*. Northvale, NJ: Jason Aronson Inc.
- Linehan M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Mahoney M.J. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Marlatt G.A., Donovan D.M. (Eds.) (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- McLellan A.T., Lewis D.C., O'Brien C.P., Kleber H.D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*, 284(13): 1689-1695. Doi: 10.1001/jama.284.13.1689.
- Parker G., Byrne S. (2000). The role of the therapeutic relationship in addiction treatment: A review of the literature. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(3): 301-309.
- Salkovskis P.M. (1996). *The cognitive-behavioral therapy of anxiety disorders: A practice manual and a conceptual guide*. New York: Guilford Press.
- Tonigan J.S., Toscova R., Miller W.R. (2003). Meta-analysis of the literature on Alcoholics Anonymous: Sample and study characteristics moderate findings. *Journal of Studies on Alcohol*, 61(1): 62-68. Doi: 10.15288/jsa.2003.64.62.
- Velotti P., Garofalo C., Caretti V. (2020). Substance use disorders and emotion dysregulation: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 79, 101895.
- Wegscheider-Cruse S. (2001). *The family recovery workbook: The family support system of addiction recovery*. Deerfield Beach, FL: Health Communications.
- Winnicott D.W. (1965). *The maturational processes and the facilitating environment*. London: Hogarth Press.
- Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.